



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

**INTERVENCIÓN CONTEXTUAL-FUNCIONAL PARA REDUCIR LA
INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

Proyecto del Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología
Clínica-Mención Psicoterapia

AUTOR: Ps. Cl. Andrea Silvana Ramos Jiménez

TUTOR: MSc. William Saud Yarad Salguero

Ibarra, 2023

DEDICATORIA

Para todos los que se atreven a buscar un nuevo camino para hacer un nuevo andar... En el trayecto de esta reciente aventura surgieron dudas, miedos y temores, que llevaron a cuestionar el porqué de las cosas. Estos pensamientos rondaron la mente de la autora por algún tiempo repitiendo día tras día una sola pregunta: ¿qué pasaría si...? Sin duda, te has hecho esta pregunta alguna vez en tu vida... Apuesto que lo has hecho, ¿verdad? Y, ahora mismo, estás leyendo dichas líneas; por tal motivo, te invito a que se trate de contestar esta interrogante.

En muchas ocasiones, el cuestionar la vida misma lleva al abismo y frena en la realización de metas y anhelos, lo que deja muchos sin sabores a lo largo de la vida y se llega a vivir del lamento... Este lamento se convierte en frustración y estancamiento que te paralizan y, en el peor de los casos, te inmoviliza, te quedas ahí sin acción, sin moverte; en una zona de confort o de falsa seguridad, dado que es más arriesgado atreverse que moverse hacia lo desconocido. Permíteme decirte que cuanto más oscuro está el día es porque está a punto de amanecer; cuando más perdido parece estar, aparece la luz en tu andar que ilumina tu camino. De esta manera, se empieza a comprender que no todo está perdido, que aún, quizá, ni siquiera se ha empezado y es cuestión de replantearte: ¿para qué estoy aquí?

En consecuencia, el dolor y el sufrimiento es una situación experiencial que se evita a toda costa, pero que, al evadirla, también se prohíbe sentir y aprender; porque nos han enseñado que se debe perseguir la felicidad y huir del sufrimiento, cayendo en la “trampa de la felicidad”. Este trabajo se lo dedico a todas las personas que confían en mí; mi familia, amigos y a la Universidad Técnica del Norte, que me permitió cumplir el anhelo de crecer profesionalmente. Por último, a todos los lectores que en algún momento se sintieron perdidos, pero encontraron la dirección correcta para llegar a su destino.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien ha iluminado mi vida, aun cuando pensé que ya no había salida. Un sincero y profundo agradecimiento a mis padres (Luis y Anita), que sin su apoyo incondicional no podría estar aquí... Son el pilar de mi vida; su confianza en mí me alentó a realizar todo lo que me propongo, porque me han impulsado a no rendirme. A mis hermanos (Michael, David y Nicole), que son mi inspiración en los momentos más difíciles... Me motivaron a seguir y no darme por vencida.

Mis queridos amigos y, en especial, a mi estimada Jacqueline, amiga que conocí en esta maestría; quien con sus llamadas telefónicas y palabras de aliento me ayudaron a despejar dudas y me confortaron en los días de presión y angustia. A mi tutor, Magíster Saud Yarad y, asesor Magíster, Diego Quezada, que me guiaron y apoyaron en la culminación de este trabajo investigativo. Al final, quiero agradecer a la Dirección Distrital 10D03-Cotacachi-Salud, que me permitieron trabajar con su personal de salud. A la Universidad Técnica del Norte, por permitirme formarme académicamente con el objetivo de brindar una atención con ética y eficiencia a mis consultantes.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1720794690.		
APELLIDOS Y NOMBRES	Ramos Jiménez Andrea Silvana		
DIRECCIÓN	Cotacachi- Calle Bolívar y 10 de Agosto		
EMAIL	psicoandre.silramos30@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	N/A.	TELÉFONO MÓVIL:	0980405882.

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Intervención Contextual-Funcional para reducir la inflexibilidad psicológica y <i>burnout</i> en profesionales de la salud.
AUTOR:	Ramos Jiménez Andrea Silvana.
FECHA:	31 Julio del 2023
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia.
DIRECTOR	MSc. William Saud Yarad Salguero.

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 25 de octubre de 2023.

LA AUTORA: Ramos Jiménez Andrea Silvana



Firma _____

Nombre: Ramos Jiménez Andrea Silvana

CC:172079469-0

C.6 Conformidad con el documento final

Ibarra, 31 de julio de 2023

Dr (a) Lucía Yépez
Director (a)
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Director(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Intervención Contextual-Funcional para reducir la Inflexibilidad Psicológica y Burnout en Profesionales de la Salud" de la maestrante: Andrea Silvana Ramos Jiménez, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	MSc. William Saud Yarad Salguero	Firmado digitalmente por WILLIAM SAUD YARAD SALGUERO Fecha: 2023.08.07 14:42:42 -05'00'
Asesor/a	MSc. Quezada Cevallos Diego Fernando	 DIEGO FERNANDO QUEZADA CEVALLOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	15
Abstract.....	16
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I EL PROBLEMA.....	19
1.1 Planteamiento del problema	19
1.2 Antecedentes.....	21
1.3 Objetivos.....	24
1.3.1 General.....	24
1.3.2 Específicos.....	24
1.4 Hipótesis	24
1.5 Justificación	24
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	26
2.1 Posicionamiento teórico.....	26
2.2 Estrés y <i>burnout</i> en personal de salud	27
2.2.1 Concepto de estrés	27
2.2.2 Relación del estrés en la salud mental relativa al trabajo	31
2.3 El síndrome de <i>burnout</i>	32
2.3.1 Prevalencia de burnout	32
2.3.2 Definiciones del síndrome de burnout.....	33
2.3.3 Manifestaciones clínicas del burnout	37
2.3.4 Dimensiones del síndrome de burnout	37
2.3.5 El burnout en profesionales sanitarios en la pandemia COVID-19.....	38
2.4 Inflexibilidad psicológica	39
2.4.1 Definiciones de inflexibilidad psicológica	39
2.4.2 Inflexibilidad psicológica y burnout.....	40
2.4.3 Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios	41

2.4.4	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el manejo de burnout e inflexibilidad psicológica.	42
2.5	Modelo de Hexaflex	44
2.5.1	Descripción de Hexaflex	45
2.5.2	Propuesta de intervención contextuales-funcional y burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y burnout	46
2.5.3	Propuesta de intervención Contextuales-Funcional y Burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y Burnout	49
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO		52
3.1	Descripción del área de estudio	52
3.2	Enfoque y tipo de investigación	53
3.3	Procedimientos	54
3.4	Técnicas de Recolección.....	55
3.5	Consideraciones bioéticas:.....	56
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		57
4.1	Propiedades Psicométricas de las Escalas	59
4.1.1	Consistencia interna.....	59
4.1.2	Consistencia Interna Pretest.....	59
4.1.3	Prueba final (postest).....	60
4.2	Análisis Factorial Exploratorio.....	62
4.2.1	Prueba inicial (pretest).....	63
4.2.2	Prueba final (postest).....	68
4.3	Análisis Factorial Confirmatorio	73
4.3.1	Prueba inicial (pretest).....	75
4.3.2	Prueba final (postest).....	77
4.4	Análisis de Normalidad	79
4.4.1	Prueba inicial (pretest).....	80
4.4.2	Prueba final (postest).....	80

4.5	Análisis de correlación	81
4.5.1	Prueba inicial (pretest).....	82
4.5.2	Prueba final (postest).....	83
4.6	Contraste de Hipótesis según Variables Sociodemográficas.....	84
4.6.1	Análisis de hipótesis	85
4.6.2	Evaluación de los Niveles de Burnout según el Género de los Participantes.....	87
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....		97
5.1	Análisis de resultados: determinar los niveles de <i>burnout</i> por género	97
5.1.1	Agotamiento Emocional (AE).....	97
5.2	Análisis de resultados: determinar los niveles de <i>burnout</i> por género	97
5.2.1	Despersonalización (DP).....	97
5.3	Análisis de resultados: determinar los niveles de <i>burnout</i> por género	98
5.3.1	Realización Personal (PA).....	98
5.4	Análisis de resultados: determinar los niveles de inflexibilidad psicológica por género.....	98
5.5	Análisis de resultados: determinar los niveles de <i>burnout</i> por edad	98
5.5.1	Agotamiento Emocional (AE).....	98
5.5.2	Despersonalización (DP).....	99
5.5.3	Realización Personal (PA).....	99
5.6	Análisis de resultados: determinar los niveles de inflexibilidad psicológica por edad ..	99
5.7	Análisis de resultados: si se reduce la inflexibilidad psicológica y <i>Burnout</i> una vez realizada la intervención contextual- funcional	100
5.8	“En análisis de correlación de las variables de estudio se puede señalar lo siguiente”	102
5.9	Comprobación de hipótesis.....	102
CONCLUSIONES		104
RECOMENDACIONES.....		106
REFERENCIAS.....		107
ANEXOS... ..		112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición de burnout	34
Tabla 2. Fases del burnout	35
Tabla 3. Descripción de sesiones para intervención Contextuales-Funcional y Burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y Burnout	49
Tabla 4. Enfoque y tipo de investigación.....	53
Tabla 5. Nombres de Ítems MBI-HSS para fases de estudio.....	57
Tabla 6. Nombres de Ítems WAAQ para fases de estudio	58
Tabla 7. Alpha de Cronbach. Maslach Burnout Inventory. (Pretest).....	59
Tabla 8. Alpha de Cronbach. Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo. (pretest) – Resultado Inicial	60
Tabla 9. Alpha de Cronbach. Maslach Burnout Inventory. (postest) – Resultado Inicial	61
Tabla 10. Alpha de Cronbach Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo. (postest)	61
Tabla 11. Prueba KMO y Barlett Maslach Burnout Inventory (Pre-Test).....	63
Tabla 12. Varianza Total Explicada Maslach Burnout Inventory (pretest) – Resultado Inicial	63
Tabla 13. Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (pretest).....	64
Tabla 14. Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (pretest).....	65
Tabla 15. Alpha de Cronbach Maslach Burnout Inventory (Pretest).....	66
Tabla 16. Prueba KMO y Barlett Aceptación y Acción en el Trabajo (Pre-Test)	66
Tabla 17. Varianza Total Explicada Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)	67
Tabla 18. Matriz de Factor Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest).....	67
Tabla 19. Alpha de Cronbach Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)	68
Tabla 20. Prueba KMO y Barlett Maslach Burnout Inventory (Postest).....	68
Tabla 21. Varianza Total Explicada Maslach Burnout Inventory (postest).....	69
Tabla 22. Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (postest)	69
Tabla 23. Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (postest)	70
Tabla 24. Alpha de Cronbach Maslach Burnout Inventory (Postest).....	71
Tabla 25. Prueba KMO y Barlett Aceptación y Acción en el Trabajo (Postest)	72
Tabla 26. Varianza Total Explicada Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)	72
Tabla 27. Matriz de Factor Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest).....	73
Tabla 28. Alpha de Cronbach Aceptación y Acción en el Trabajo (postest).....	73

Tabla 29. Estadísticos y Criterios de Referencia para el AFC.....	74
Tabla 30. Índices de Ajuste AFC Maslach Burnout Inventory (pretest)	76
Tabla 31. Índices de Ajuste AFC Maslach Burnout Inventory (postest).....	79
Tabla 32. Análisis de Normalidad Prueba Kolmogórov-Smirnov (pretest)	80
Tabla 33. Análisis de Normalidad Prueba Kolmogórov-Smirnov (postest).....	80
Tabla 34. Análisis de Coeficiente de Correlación Prueba de Spearman (pretest)	82
Tabla 35. Análisis de Coeficiente de Correlación Prueba de Spearman (postest).....	83
Tabla 36. Caracterización y Resultados Descriptivos de los Participantes según Variables Sociodemográficas	84
Tabla 37. Resultados Descriptivos de las Escalas Maslach Burnout Inventory y de Aceptación y Acción en el Trabajo.....	85
Tabla 38. Prueba de Wilconxon Escala Maslach Burnout Inventory pretest/postest	86
Tabla 39. Tamaño del Efecto Subescala AE.....	87
Tabla 40. Prueba de Wilconxon Escala Aceptación y Acción en el Trabajo pretest/postest...	87
Tabla 41. Estadísticas de muestras relacionadas según Género	88
Tabla 42. Tamaño del Efecto en Hombres y Mujeres. AE	88
Tabla 43. Valoración de las Subescalas de MBI-HSS.....	88
Tabla 44. Valoración de la Subescala de AE (pretest).....	89
Tabla 45. Valoración de la Subescala de AE (postest).	89
Tabla 46. Valoración de la Subescala de DP (pretest).....	89
Tabla 47. Valoración de la Subescala de DP (pretest).....	90
Tabla 48. Valoración de la Subescala de PA (pretest).....	90
Tabla 49. Valoración de la Subescala de PA (postest).	91
Tabla 50. Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (pretest).....	91
Tabla 51. Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (postest).	92
Tabla 52. Valoración de la Subescala de AE (pretest).....	92
Tabla 53. Valoración de la Subescala de AE (postest).	93
Tabla 54. Valoración de la Subescala de DP (pretest).....	93
Tabla 55. Valoración de la Subescala de DP (postest).	94
Tabla 56. Valoración de la Subescala de PA (pretest).....	94
Tabla 57. Valoración de la Subescala de PA (postest).	95

Tabla 58. Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (pretest).....	95
Tabla 59. Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (postest).	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Conceptualización del estrés	30
Figura 2. Grados de burnout	36
Figura 3. Dimensiones del síndrome de burnout	38
Figura 4. Objetivos de ACT	42
Figura 5. Modelo de Hexaflex	45
Figura 6. Localización de las oficinas Distrito 10D03 Cotacachi-Salud	52
Figura 7. Distrito 10D03-Unidades operativas: Centro Salud Anidado, Centro de Salud Quiroga, Centro de Salud Imantag y Hospital Asdrúbal de la Torre	53
Figura 8. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 3 factores (pretest).....	75
Figura 9. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 1 Factor (pretest)	76
Figura 10. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 3 factores (postest)	77
Figura 11. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 1 Factor (postest).....	78

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Aprobación anteproyecto	112
Anexo 2. Aprobación de estudios: distrito 10d03 Cotacachi-salud.....	114
Anexo 3. Consentimiento informado e Instrumentos	118
Anexo 4. Registro de asistencia: firmas de participantes	122
Anexo 5. Registro fotográfico.....	128

RESUMEN

La sobre exigencia, largas jornadas de trabajo, el contacto directo con el sufrimiento humano al que están expuestos los profesionales de salud los expone a un alto riesgo de sufrir burnout. Entendiéndose como una respuesta desadaptativa ante las presiones laborales al no poder responder de manera eficaz y eficiente, sobrepasando su capacidad resolutive. Por otro lado, la inflexibilidad psicológica, es el comportamiento encaminado a evitar los eventos privados. El presente estudio analiza los efectos de una intervención contextual funcional para reducir los niveles de burnout y de inflexibilidad psicológica. El método de la investigación fue de tipo cuasiexperimental: no probabilístico y no aleatorio, con la participación de 59 profesionales de la salud. Los cuales asistieron de manera presencial a 6 sesiones, con una duración de una hora y 30 minutos, se dividieron en dos grupos para un mayor control en la realización de las sesiones grupales. Se valoró inflexibilidad psicológica en el trabajo con (WAQII) y los niveles de burnout en personal de salud con (MBI). Finalizada la intervención los resultados obtenidos con la prueba de Wilcoxon se obtuvo que no se había detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo ($Z=-.955$, $p=<0.05=.340$). Lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional no pudo reducir los niveles de inflexibilidad psicológica en los participantes. Sin embargo, en las tres subescalas del burnout: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (PA), el resultado de la prueba de Wilcoxon señala que se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, en las subescalas de (MBI). Tan solo en AE ($Z=-4.953$, $p=<0.05=.001$) y DP ($Z=-2.810$, $p=<0.05=.005$). Lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional logró reducir los niveles de burnout en los participantes, en las subescalas de Agotamiento Emocional y de Despersonalización.

Palabras clave: intervención contextual-funcional, burnout, inflexibilidad psicológica, personal de salud.

ABSTRACT

The excessive workload and face-to-face contact with human pain to which those professionals are exposed bear a high risk of burnout. Unable to respond effectively and efficiently, that issue is a maladaptive response to work pressures exceeding their capacities. On the other hand, psychological inflexibility is behavior aimed at avoiding private events. This study was looking forward to the effects of contextual-functional intervention in order to reduce burnout levels and psychological inflexibility. The investigation approached a quasi-experimental method: non-probabilistic and non-random sampling; the study sampled 59 healthcare professionals. The subjects attended six on-site sessions that lasted one hour and thirty minutes each; there were two groups for greater control in the group work sessions. The WAQII helped to value psychological inflexibility at work, and the MBI values the level of burnout in healthcare professionals. Once the intervention finished with the results from the Wilcoxon test, there were detected non-significant differences statistically between the pretest and the post-test in acceptance probability and work action scale ($Z=-.955$, $p=<0.05=.340$). It showed that contextual-functional intervention was not able to reduce the levels of psychological inflexibility in participants. However, in the three subscales of burnout, Emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP), and self-fulfillment, the Wilcoxon test results indicate statistically significant differences between the pretest and post-test in the subscales MBI. Only in AE ($Z=-4.953$, $p=<0.05=.001$) and DP ($Z=-2.810$, $p=<0.05=.005$). It means that the applications of contextual-functional intervention reduced participants' burnout levels in the subscales related to Emotional exhaustion (EE) and depersonalization (DP).

Keywords: contextual-functional intervention, burnout, psychology inflexibility, healthcare professionals.

INTRODUCCIÓN

Para Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), el burnout es un factor riesgo laboral que limita las funciones cognitivas, afectivas, sociales y de estado físico, lo cual conllevaría a riesgos en la salud que pueden ir desde sintomatología leve o, por el contrario, hasta otros que pueden ser incapacitantes por el desgaste emocional, predominando el daño en el organismo debido al agotamiento físico, motivacional y emocional. Lo que es traducido en una pérdida de ideales y no por el ahorro de energía (Alarcón, 2018). Además de tener una asociación con factores de riesgo con respecto a la salud mental (ansiedad, depresión, estrés, consumo de sustancias, etc.). Hasta entonces, no se describía en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV Korczak et al. (2010) y Echeburúa et al. (2014). Después, la OMS incluyó en la 11ª edición de la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos” al síndrome de burnout con el código QD85 y se ha descrito como desgaste ocupacional.

Estadísticamente, la prevalencia de burnout en personal de salud se sitúa alrededor del 50 %. Las cifras indicaron que el síndrome de burnout con el pasar de los años parece incrementar, debido a las exigencias de cada institución o empresa. En las ciencias de la salud, las largas jornadas de trabajo, exposición a entornos desagradables y la sobrecarga laboral son predisponentes al Agotamiento Emocional (AE) y, como consecuencia, el estrés laboral, llegando a convertirse en burnout. Investigaciones en años pasados mostraron una realidad interesante: el género femenino suele tener un nivel más alto de cansancio a nivel emocional; en cuanto al género masculino, estos poseen un nivel más alto de despersonalización (DP). Lo anterior puede deberse al contexto laboral o familiar, a errores cometidos, falta de sueño, exceso de trabajo, etc.

Por tal motivo, los factores de protección fueron inteligencia emocional, empatía y poder desarrollar carrera profesional (Navinés et al., 2021). Asimismo, esta investigación tiene como objetivo principal hacer una revisión sobre las conceptualizaciones del estrés laboral y el burnout; en donde se recalque el papel clave que puede tener la inflexibilidad psicológica en el entorno laboral. Entendiéndose la evitación experiencial como una respuesta inflexible, que es caracterizada por la presencia de comportamientos expresados con una

misma función: controlar o evitar los eventos privados negativos (emociones, pensamientos, sensaciones o recuerdos), así como las circunstancias que los generan (Ortiz-Fune, 2018).

Para esto, el presente trabajo se dividió en diversos capítulos; en primera instancia, se define el burnout y las implicaciones de dicho término, se hace un análisis de información importante acerca de la prevalencia del burnout en profesionales del área sanitaria. Además, se hizo la revisión de estudios enfocados en la relación del burnout con ciertas variables, se hace un repaso del término inflexibilidad psicológica y el rol papel de la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) en su aplicación. También, se analizan algunas investigaciones donde se refleja la relación de la inflexibilidad psicológica con el burnout; igualmente, el rol que desempeña la ACT en los contextos laborales. Para finalizar, se diseña una intervención con enfoque contextual-funcional específico para trabajar con los profesionales en el ámbito de salud.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los profesionales que laboran en carreras afines con ciencias de la salud son considerados personas en riesgo de sufrir estrés laboral prolongado, pues pueden padecer diferentes afectaciones físicas, por ejemplo: cefalea, migraña, afectaciones a nivel cardiovascular o fatiga crónica. Además, emocionalmente, es posible que sufran depresión, baja autoestima, problemas de concentración, frustración, etc. Mientras que, a nivel conductual, ausencia laboral, abuso de sustancias, conductas violentas, alteraciones de la conducta alimentaria, baja productividad laboral, falta de competencia, entre otras (Ortega y López, 2004).

Sin embargo, pese al reconocimiento por la OMS como factor de riesgo laboral, no se describía en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV Korczak et al. (2010) y Echeburúa et al. (2014). Luego, la OMS incluyó al síndrome de burnout en la undécima edición de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos bajo el código QD85, con el calificativo de síndrome de desgaste ocupacional (OMS, 2019).

Por tal motivo, la OMS reconoció en el año 2000 al síndrome de burnout o “Síndrome del quemado” como un elemento que representa riesgo a nivel laboral por su prevalencia elevada en las profesiones que están expuestas al contacto con el sufrimiento humano. Por ejemplo, profesiones inmersas en ciencias de la salud, siendo objeto de estudio durante las últimas décadas, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e, incluso, hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Aceves, 2006).

En ese orden de ideas, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) consideraron al burnout desde tres dimensiones: la primera es el Agotamiento Emocional, considerado el área medular del burnout por la sintomatología clínica evidenciada en los trabajadores que padecen estrés; además, es la más investigada. La segunda dimensión es la Despersonalización; esta se manifiesta como una consecuencia inmediata del Agotamiento Emocional, que se caracteriza por un intento en poner distancia entre uno mismo y los que son receptores del trabajo

(pacientes). Ignorando activamente las cualidades que les hace humanos; de igual forma, se emplea como una forma de afrontamiento que facilite la actividad laboral, y ello requiere la relación con otras personas en esa situación.

En consecuencia, la tercera dimensión es la sensación de ineficacia o reducción en el logro personal, que está relacionada con las dos primeras dimensiones: Agotamiento Emocional y Despersonalización. Pues, unas pésimas condiciones laborales generadoras de estrés comprometen la capacidad de ser eficaz en el propio trabajo.

Dicho de otro modo, los trabajos que implican el contacto directo con otros seres humanos, y que presenten exceso de carga laboral, conflictos de rol, ausencia de feedback de reconocimiento (Maslach et al., 2001), apenas podrán generar una sensación de logro personal. Por tanto, cuando se está agotado, se percibe un comportamiento indiferente con las personas del trabajo, lo cual conduce a una sensación de ineficacia.

De ahí que, Ortega y López, (2004) refieren que, desde que se comenzó a estudiar el burnout se han implementado varias estrategias para prevenir, reducir y atenuar sus consecuencias. Algunas de estas estrategias son las de nivel personal y organizacional. Entre las intervenciones a nivel personal, las más empleadas son solucionar problemas, usar técnicas para relajarse, reestructuración a nivel cognitivo, preparación en asertividad y formas de autocontrol. Sin embargo, el uso de estas trata de dar una solución eficaz a partir de paquetes de intervención de forma individual (Ortega y López, 2004). Por consiguiente, en varias investigaciones se ha hecho énfasis en la relevancia de comprender el burnout como un síndrome que incluye la relación de la persona con su contexto.

Asimismo, a la hora de intervenir sobre este fenómeno y de prevenirlo, es imprescindible tener en cuenta, tanto los factores individuales como contextuales, así como la interacción entre ambos (Maslach y Goldberg, 1998).

Por otro lado, Ortiz-Fune (2018) propuso el abordaje del burnout desde una perspectiva más funcional-contextual, tomando en cuenta la relación mutua entre factores ambientales y personales. Para lo cual planteó una redefinición conceptual desde la evitación experiencial, como la inflexibilidad psicológica, que es el concepto central de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Luciano, 2016). Siendo definida como conducta orientada a evitar los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos,

predisposiciones conductuales) generados por las circunstancias laborales (Hayes et al., 1996).

La inflexibilidad psicológica conlleva a comportarse de manera incompatible con los propios valores y metas. En consecuencia, el papel desadaptativo de la inflexibilidad psicológica da lugar a la manifestación de síntomas psicológicos, entre los que recalcan la ansiedad, la depresión, el estrés y las quejas somáticas en el ámbito de la salud (Hayes et al., 2006 y Bohlmeijer et al., 2011). Además de tener una fuerte correlación negativa con las medidas de salud general y calidad de vida (A-Tjak et al., 2015 y Berghoff et al., 2017).

Lo anterior lleva a visualizar el burnout desde una perspectiva funcional-contextual como la Terapia de Aceptación y Compromiso. La finalidad de la presente investigación es determinar la correlación existente, que justifican la definición del burnout como inflexibilidad psicológica. De igual forma, cómo esta afecta al personal de salud al relacionarse con pacientes, que en general producen estrés, al tener el deber de curar sus padecimientos. Sin embargo, el profesional de salud puede experimentar diversas formas representativas de sufrimiento que desgastan a quienes los tratan y atienden; por los altos índices de Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Satisfacción Personal, que son síntomas del síndrome de burnout (García-Moran, 2016).

Por ende, las manifestaciones del burnout pueden terminar repercutiendo, tanto en el bienestar del profesional como en la satisfacción del paciente (Carrillo et al., 2015). Así pues, no basta tan solo con tener cifras estadísticas que muestran la presencia de cansancio emocional, despersonalización e ineficacia laboral. En consecuencia, se propone una intervención basada en las terapias de Tercera Generación en el ámbito organizacional, que permite que los trabajadores identifiquen las barreras internas que complican que se desarrollen sus valores. Favoreciendo, así, a la reducción en los factores de cansancio emocional y despersonalización con el incremento de flexibilidad psicológica. Puesto que ha demostrado convertirse en un factor mediador en la disminución del cansancio emocional y la evolución de la despersonalización (Bond y Flaxman, 2010).

1.2 Antecedentes

En el campo de salud ocupacional, el burnout es un tema sumamente investigado en la actualidad; no obstante, todavía no existe suficiente información sobre los riesgos

psicosociales dentro del trabajo en los países latinoamericanos. En los últimos estudios realizados en Ecuador se destacó un incremento de dicha alteración, donde el 30 % de las enfermedades ocupacionales son causadas por el estrés (Enríquez, 2016). Lo anterior debido al incremento de las exigencias del entorno cambiante y los mayores niveles de competitividad del mercado (Ramos et al., 2019).

Por consiguiente, a través del acuerdo Ministerial 82 en 2017, específicamente el 16 de junio, el Ministerio del Trabajo expidió la “Normativa Erradicación de la Discriminación en el Ámbito Laboral”, que en su artículo 9 se refiere al carácter obligatorio de la implementación de un programa de prevención de riesgo psicosocial en las organizaciones y empresas privadas y públicas que tengan más de 10 trabajadores. Sin embargo, pese a que se mencionó el estrés laboral como un elemento de riesgo psicosocial, se enfatizó en los riesgos biológicos y físicos.

Sumado a esto, Cebrià-Andreu (2005) señaló que uno de cada dos profesionales experimentará cansancio emocional, la primera faceta del burnout, debido a la exposición de elevados niveles de estrés que padecen los médicos; tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Además, destacó la sobrecarga de trabajo como una de las principales causas. El agotamiento a nivel emocional es la posible razón por la cual una gran cantidad de profesionales usen técnicas de protección y afrontamiento asociados con la despersonalización.

Por ende, hay que intervenir en beneficio del bienestar del personal médico que está expuesto a una demanda de exigencias laborales. Diversos han sido los modelos de intervención para reducir el estrés laboral; entre los que resaltan inoculación del estrés, relajación muscular, técnicas de visualización, etc. Pero, esta investigación se centrará en nuevas propuestas de intervención, siendo la promoción de la flexibilidad psicológica el objeto de estudio. Cuyo objetivo es aumentar la probabilidad de responder de acuerdo con las contingencias de reforzamiento en el entorno laboral, teniendo como base los propios valores (Bond et al., 2006).

También, Bond y Bunce (2000) realizaron una comparación de tres intervenciones de tipo experimental. La primera basada en Terapia de Aceptación y Compromiso; la segunda, en la solución de problemas y, la tercera, en la condición de control de la lista de espera. Las dos primeras intervenciones (Aceptación y Compromiso y solución de problemas) mostraron

eficacia a la hora de mejorar la salud mental de los participantes; así como otras variables relacionadas con el desempeño laboral, como la capacidad de innovación. No obstante, estas dos intervenciones no mejoraron la satisfacción o la motivación en el ámbito laboral. A pesar de esto, los resultados obtenidos en el grupo que participó en la intervención, basada en Aceptación y Compromiso, reflejó rendimientos que indicaron que son influenciados por la capacidad para aceptar pensamientos, emociones y sentimientos poco agradables; junto con el poder adquirir compromisos con acciones de alto valor.

Otro estudio realizó una comparación de dos intervenciones; la primera basada en Aceptación y Compromiso, y la segunda centrada en la inoculación de estrés y una lista de espera. Esto resultó en que las dos intervenciones fueron eficaces para disminuir el estrés. De tal manera, la variable Aceptación y Compromiso resulta de mayor importancia, cuyo objetivo es el aumento en el nivel de flexibilidad psicológica. Ahora bien, no se pudo concluir que el cambio del contenido de los pensamientos sea la variable mediadora en la terapia de inoculación de estrés (Flaxman y Bond, 2010).

Por otro lado, otros estudios realizados con trabajadores en riesgo de padecer burnout en Reino Unido encontraron que la intervención con la Terapia de Aceptación y Compromiso favorecía a la reducción del cansancio emocional y despersonalización. De tal manera que Stafford-Brown y Pakenham (2012) plantearon intervenciones que se realizaron de forma grupal, durante dos o cuatro sesiones, por lo general, con una frecuencia de tres horas por semana. Todos incluían los componentes empleados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, al igual que otros psicoeducativos, actividades en casa y mindfulness. Ninguno realiza sesiones de mantenimiento posterior a terminar la intervención.

Ortiz-Fune et al. (2020) hicieron un estudio sobre profesionales en salud mental para encontrar si la flexibilidad psicológica ayuda a desarrollar valores y mejorar la conexión social y la intimidad. La aplicación de dicho conocimiento se enfocó en la adquisición de habilidades como comprensión de pensamientos, emociones y necesidades de los otros y las propias. Lo que generó el valor para realizar acciones que conllevan vulnerabilidad, tales como mostrar emociones y realizar revelaciones propias. Más adelante, los resultados mostraron que, en general, los profesionales que presentan mayor percepción de logro personal, menos agotamiento emocional y menos conductas de distanciamiento son los que tienen mayor capacidad de flexibilidad psicológica (Ortiz-Fune et al., 2020).

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Diseñar una intervención contextual-funcional para reducir la inflexibilidad psicológica y burnout en profesionales de la salud.

1.3.2 Específicos

- Determinar los niveles de inflexibilidad psicológica mediante la aplicación del Cuestionario de Aceptación y Acción relacionado con el Trabajo (WAAQ).
- Identificar los niveles de burnout mediante la aplicación del inventario Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey For Medical Personnel (MBI-HSS (MP)).
- Realizar una intervención contextual-funcional para reducir la inflexibilidad psicológica y burnout en profesionales de la salud.
- Comprobar si los niveles de inflexibilidad psicológica y de burnout se reducen a partir de la aplicación de una intervención contextual- funcional.

1.4 Hipótesis

- La aplicación de una intervención contextual- funcional reduce los niveles de inflexibilidad psicológica.
- La aplicación de una intervención contextual- funcional reduce la sintomatología de burnout.

1.5 Justificación

En ausencia a intervenciones para modular las reacciones de estrés, estos síntomas pueden conducir a mecanismos de afrontamiento inadaptados, algunos psicológicos y enfermedades físicas (Maslach et al., 2001; Schulz et al., 2011). Por tal motivo, la presente investigación pretendió abordar una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, cuyo objetivo es reducir los factores de cansancio emocional y

despersonalización con el desarrollo e incremento de flexibilidad psicológica. Dado que se ha comprobado que esta actúa como mediadora en la disminución del cansancio emocional y de la despersonalización (Bond et al., 2013).

En ese orden de ideas, Ortiz-Fune et al. (2020) emplearon un análisis contextual-funcional para lograr un cambio conductual (entrenamiento de flexibilidad psicológica y habilidades de conexión social). Lo anterior estableció consecuencias positivas para gestionar el estrés y demás emociones negativas, lo que puede permitir que los profesionales se sientan más útiles en su ambiente laboral. A su vez, esto repercutiría de forma positiva en el proceso de los pacientes; además, tales modelos asumen que los problemas emocionales, al igual que los sentimientos como la vulnerabilidad, no se pueden evitar, debido a la relación con el sufrimiento de los demás.

Sin embargo, existen elementos que ejercen influencia en la génesis del estrés laboral (elementos circunstanciales y organizacionales). Por ello, es necesario realizar estudios que no solo arrojen estadística, sino que, por el contrario, conduzcan a la creación y desarrollo de estrategias de mejora. Donde prime el bienestar personal, social y laboral y, por otro lado, permita la armonización entre el personal que labora (personal médico), el jefe (empresa u organización) y el entorno en el cual está la sociedad (comunidad, familia, usuarios).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Posicionamiento teórico

El presente trabajo de investigación tiene como base teórica el enfoque conductual-contextual, cuya fundamentación se basa en las terapias de tercera generación, que ocupan la tercera ola de las terapias cognitivas y conductuales, cobrando gran relevancia en los años 90. Esta fundamentación terapéutica se centra en disminuir la lucha sintomatológica, empleando estrategias de cambio relacionadas, de primera mano, con lograr la flexibilidad psicológica del trabajador. Así como, también, poner más énfasis en el contexto y contingencias naturales, en lugar de enfocarse solo en la conducta o suponer de entrada un déficit del pensamiento (García y Pérez, 2016).

Así pues, “la modalidad terapéutica de ACT consiste en desarrollar los niveles de concienciación y de aceptación no juzgada de todas las experiencias, tanto negativas como positivas” (Quiñones et al., 2015, p. 111).

La aceptación del dolor, mientras se lleva una vida plena dirigida por los valores establecidos, ha demostrado ser un factor importante en la habilidad de las personas para restaurar su funcionamiento adaptativo. Además, de lograr una mejor calidad de vida (Wetherell et al., 2011); por ende, la aceptación como estrategia de afrontamiento ha sido correlacionada con la reducción en el nivel de discapacidad, en la intensidad del dolor y en el distrés psicológico (McCracken, y Jones, 2012; Vowels, McCracken, y O’Brien, 2011). Esto significa aprender a disminuir la evitación, a desconectar sus pensamientos de sus acciones (ver el problema desde afuera), y el comprometerse a actuar de acuerdo con sus valores. (Quiñones et al., 2015, p. 111)

Por otro lado, para Hayes (2004), centrar las intervenciones en las experiencias subjetivas y la conciencia, no solo en los síntomas de la persona, permitirá una mayor funcionalidad en el sujeto. Uno de los pilares de fundamentales dentro de las terapias de tercera generación es la contextual funcional, en donde la flexibilidad psicológica es un componente esencial para el logro de metas. Entonces, esta es entendida como el afrontamiento hacia cada situación y las consecuencias que arrastrará una vez se seleccione las respuestas. Las cuáles serán ventajosas

para lograr sus metas, desarrollando formas más evolutivas de adaptarse y mantener una sola dirección en un entorno que está en constantes modificaciones (Wilson y Luciano, 2002).

En contraposición con la flexibilidad psicológica, está la inflexibilidad psicológica que es reconocida como esa “rigidez mental” o conducta evitativa. Tan pronto se logre enfocar a la persona acerca del dolor y el sufrimiento, que es entendida como una parte sustancial de la vida que debe contar con su espacio, para permitir el desarrollo de la conciencia de sentimientos, temores, recuerdos, pensamientos, etc. Hasta alcanzar una mayor flexibilidad psicológica, reduciendo el malestar emocional y actuar acorde a sus valores personales (Ribero y Agudelo, 2016).

2.2 Estrés y *burnout* en personal de salud

2.2.1 *Concepto de estrés*

Esta ha sido empleada, tanto por profesionales de las ciencias de la salud como de otros ámbitos, junto con el lenguaje coloquial. La palabra estrés podría ser definida como tensión nerviosa, y viene del término inglés *stress*, que significa presión, que se asocia con rapidez en otros idiomas; por ende, este término se ha establecido sin problemas en la conciencia popular. No obstante:

Aún existe una gran controversia sobre su definición, pues se deriva del griego “*stringere*”, que significa provocar tensión. Asimismo, se utilizó por primera vez en el siglo XIV y, a partir de entonces, se empleó en diferentes textos de inglés como: *stresse*, *estrest* y *straisse*. (Pineda, 2019, p. 27)

Según, Cannon (1935) y Hans (1950) como se citó en (Alarcón, 2018), se compartió la idea de que el estrés es un estado de homeóstasis amenaza o peligro de perderse. Para Selye (1935) como se citó en Barradas et al. (2018) “el estrés estuvo relacionado con el origen de muchas enfermedades, considerándolo como un síndrome de reacciones fisiológicas no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (pp. 2-3). Mientras que, Lazarus y Folkman (1984) como se citó en (Alarcón, 2018):

Consideraron al estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno. Su teoría se basó en “Todos los seres vivos, incluidos los seres humanos, responden bioquímicamente a su ambiente como mecanismo universal de adaptación al medio

circundante y, en ocasiones, la demanda exterior se percibe como amenaza o a una sensación de peligro”. (pp. 4-5)

Además de que se puede responder psicológicamente de forma errónea al no contar con los recursos adecuados para adaptarse a las condiciones externas. Por lo que fueron intentos fallidos del organismo, ocasionando como respuesta el estrés al no poder adaptarse a las condiciones del ambiente que lo rodea. Al considerar su definición se debe tener en cuenta los distintos enfoques teóricos con los que se relaciona. Por tanto, Naranjo (2009) señaló lo siguiente:

- **Enfoque Bioquímico y Fisiológico:** las respuestas orgánicas que tienen las personas cuando pasan por una situación que los amenaza.
- **Enfoque Psicosocial:** relevancia de los factores externos; o sea, los factores y las situaciones que estimulan la aparición del estrés.
- **Enfoques Cognitivos:** el estrés aparece gracias a la evaluación cognitiva que la persona hace, de acuerdo con diversos aspectos internos como el ambiente.

Así pues, el estrés en sí mismo no es malo, pues se produce cuando no se puede responder de manera apropiada a la presión. En otras palabras, cuando las exigencias los sobrepasan, la persona comienza a alterar su equilibrio, manifestándose en la incapacidad para enfrentarse a la exigencia del medio intrínseco o extrínseco, con los que pueda contar el individuo (Barradas et al., 2018). En cambio, Alarcón (2018) consideró la importancia de identificar algunos tipos de estrés que pueden repercutir en el estado de salud de la persona.

Tipos de estrés:

- **Estrés agudo:** está presente en pequeñas dosis, siendo el estrés más común. Este tiende a manifestarse de exigencias y presiones del pasado y de presión anticipada del futuro. Sin embargo, es importante considerar que dosis elevadas de estrés puede conducir al agotamiento psicológico manifestándose en cefaleas tensionales, molestias gastrointestinales, etc. Al ser de corto plazo no posee tiempo para dejar consecuencias negativas importantes asociadas con el de largo plazo. Por último, este puede manejarse y tratarse.
- **Estrés agudo episódico:** se refiere a la presencia de estrés agudo de forma repetitiva, siendo una característica propia el desorden y falta de organización originando caos y crisis. Son personas que siempre están contra el reloj: apuradas, pero a menudo llegan

tarde. Se asume muchas responsabilidades, por lo que es innegable que no haya una organización adecuada. Las manifestaciones más visibles son a nivel emocional, irritabilidad, mal carácter, conductas ansiosas y tensión. Algo interesante que se ha podido identificar en el campo organizacional es que estas personas presentan “muchísima energía nerviosa” siempre en apuros, de modo que suelen ser cortantes y, en ocasiones, la irritabilidad se suele considerar una actitud hostil.

Ahora bien, las relaciones entre las personas se dañan rápidamente cuando hay respuestas hostiles de verdad, por lo que el ambiente laboral se torna un lugar de estrés. Ante dichas situaciones, clínicamente presentan síntomas de acción más prolongada: dolores de cabeza tensionales persistentes, migrañas, hipertensión, dolor de pecho y enfermedad cardíaca. Su abordaje requiere de intervención profesional, de tal manera que su manejo puede llevar varios meses.

- **Estrés crónico:** se caracteriza por ser agotador “desgastante” debido a que afecta el estado físico y psicológico de quien lo padece, dado que se mantiene a largo plazo. El estrés crónico tiende a llegar a ser para la persona algo agobiante, pues hay una sobre exigencia ante la presión de culminar con el dolor y sufrimiento que puede provocar una situación infeliz, sea esto en el ámbito familiar, interpersonal o laboral; siendo el más difícil de tratar debido a que la persona se habitúa. Por lo tanto, el estrés crónico tiende a pasar desapercibido al considerarse como algo viejo: adaptativo (familias disfuncionales, acoso laboral, infelicidad ante la profesión o trabajo).

Lo anterior es visto como familiar o conocido, en vista de que los recursos físicos y mentales están desgastados y son difíciles de tratar. Lo que puede requerir de tratamiento farmacológico y psicoterapia para trabajar en estrategias de afrontamiento; por cuanto, al no ser intervenido a tiempo, y sin atención especializada, que muchas veces resulta fatal. Tomando en cuenta que el estrés crónico puede llevar a la muerte mediante la violencia, el suicidio, problemas del corazón, cáncer o apoplejía. Así pues, una persona puede llegar a tener crisis nerviosas fatales; en conclusión, se puede considerar al estrés desde dos perspectivas:

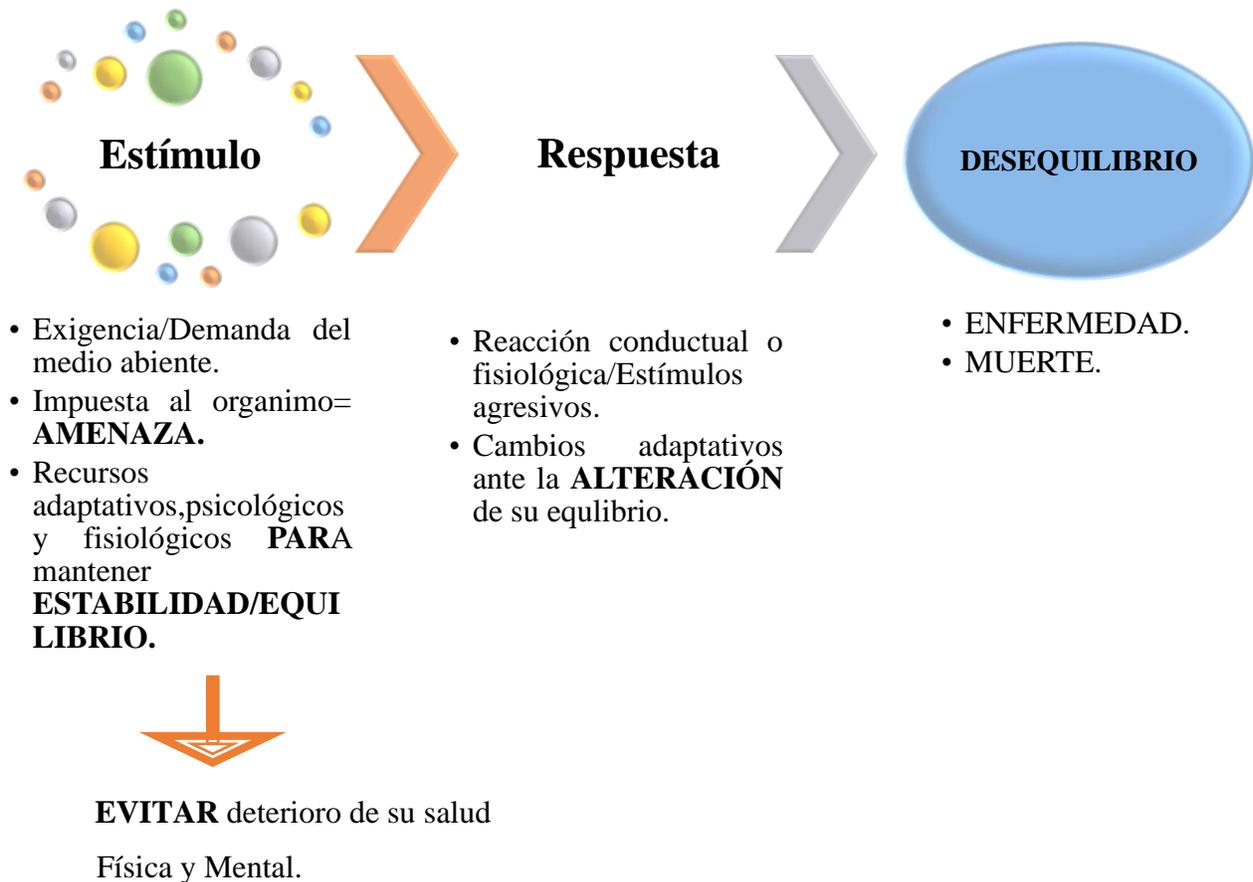


Figura 1. Conceptualización del estrés

Nota. Elaboración propia, adaptado de Estrés y Burnout: Enfermedades en la vida actual, por M.E. Barradas et al., 2018, Palibrio.

De igual forma, hay que mencionar que el estrés es adaptativo, o sea, frente a un acontecimiento externo inevitable provocará una descarga de energía a nivel fisiológico y mental, que posibilita el afrontamiento de los eventos inesperados y poder afrontar los retos diarios. Por lo tanto, exponerse a un nivel moderado de estrés es útil para el mantenimiento del tono vital, estar alerta, no aburrirse y afrontar las demandas del entorno en el que se desenvuelven.

2.2.2 Relación del estrés en la salud mental relativa al trabajo

La Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2016) consideró al estrés laboral como un gran peligro que emerge y es causado por las nuevas condiciones laborales a nivel mundial. Cuyo coste e implicaciones para las organizaciones empresariales y la salud mental de los trabajadores han incrementado (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014). Siendo los sectores más afectados los de la salud y la educación. Así pues, el estrés laboral desde el ámbito de la salud es visto como “inestabilidad”, siendo percibido desde la exigencia y la habilidad de reacción del sujeto en circunstancias adversas o desconcertantes a dar una respuesta ante la necesidad. Dando como resultado reacciones catastróficas (Barraza-Macias, 2006).

Por tal motivo, en el siglo XX, el estrés es considerado como un fenómeno de gran relevancia, pues se le tiene en cuenta socialmente; es así como está relacionado, a menudo, en el sector laboral. De tal manera que diversas investigaciones señalaron que el estrés laboral ocupó un porcentaje entre el 50 y 60 % de ocasionar ausentismo laboral (OMS, 2019). Otro factor determinante de estrés es la fatiga, siendo el motivo la insatisfacción laboral, ocasionada por jornadas de trabajo extensas, poco descanso, sobre exigencia en el trabajo y monotonía. De ahí que, esta es un estado fisiológico y subjetivo caracterizado por falta de interés en las labores que se realizan, debido a sentimientos de malestar y una disminución de la eficiencia. Como se afirmó con anterioridad, la fatiga se confunde a menudo con el estrés, aunque ambos pueden distinguirse.

Asimismo, se alivia con un cambio de actividad y se disipa con el reposo, cosa que no ocurre con el estrés (Coduti et al., 2013). Todo lo expuesto confirmó que el estrés tiene un origen biológico y complejo, que resulta del procesamiento cerebral de la interacción de la persona con el medio ambiente (Valdés, 2016). De igual manera, tiene un carácter individual de toda persona y que depende de los estímulos de amenaza (por ejemplo, de mayor intensidad en las amenazas sociales frente a las físicas). Es por esto por lo que llega a ser incontrolable, convirtiéndose en un estado biológico de transición a la enfermedad.

Por lo cual produce diversas enfermedades: cardiovasculares, digestivas, musculoesqueléticas, además de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (Valdés, 2016 y Amstem y Shanafelt, 2021). En definitiva, según el modelo de esfuerzo-recompensa en el trabajo expresado por Valdés (2016), el riesgo de presentar estrés y trastornos psicosomáticos se

produciría cuando el esfuerzo no está compensado por factores de recompensa. Tales como, el salario, la estima, la promoción profesional o la seguridad en el trabajo (Amstem y Shanafelt, 2021).

2.3 El síndrome de *burnout*

La OIT (2016) señala que los factores de riesgo psicosocial son particularidades personales del ámbito laboral, que repercuten de forma negativa en la salud de las personas; a través de mecanismos fisiológicos y psicológicos denominados como estrés. Hay factores de este tipo que repercuten negativamente en el bienestar en el trabajo, que se evidencian y se agregan a los riesgos laborales. Por ende, la aparición de estos ha señalado una monumental desigualdad con diversos riesgos laborales tradicionalmente rememorados por el Código del Trabajo del Ecuador (Jaramillo, 2018).

2.3.1 Prevalencia de *burnout*

La OMS reconoció en el 2000 al síndrome de burnout o “síndrome del quemado” como un factor de riesgo en el contexto laboral por su prevalencia elevada en las profesiones que están expuestas al contacto con el sufrimiento humano. Por ejemplo, profesiones inmersas en ciencias de la salud, siendo objeto de estudio durante las últimas décadas debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e, incluso, hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Aceves, 2006). Más adelante, la OMS incluyó al síndrome de burnout en la undécima edición de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos bajo el código QD85, con el calificativo de síndrome de desgaste ocupacional (OMS, 2019).

Ahora bien, a partir de cifras estadísticas encontradas, en diversas investigaciones sobre el ámbito de Hispanoamérica, se han efectuado estudios relevantes en países como Ecuador, Perú, México, Colombia, El Salvador, Guatemala, Uruguay, Argentina y España. Donde, según 11 530 profesionales, se identificó que el 2,5 % y 14,9 % ha padecido de *burnout* (Grau et al., 2009). A nivel nacional, en investigaciones efectuadas en el año 2018, donde participaron 77 docentes de educación superior y educación media, se obtuvo una incidencia de síndrome de *burnout* del 2,5 % (Cabezas y Beltrán, 2018).

Mientras que, para el 2021, en otro estudio efectuado a centros de la salud pública, de diversas provincias de Ecuador, se reportó una incidencia de 9 % en síndrome de *burnout*, que padecían los participantes de la investigación. En cuanto a las dimensiones de este, se obtuvo despersonalización en el 95 % de los evaluados, 47 % en la dimensión agotamiento y 11 % en realización profesional (Torres, 2021).

2.3.2 Definiciones del síndrome de burnout

En primer lugar, González et al. (2015) refirieron que este es un padecimiento exclusivo del campo laboral, por culpa de las exigencias y responsabilidades, caracterizándose por el cansancio emocional y la baja relación personal. De igual manera, lo mencionó, quien relacionó el burnout con un elevado nivel de estrés crónico, en el que se involucró la tríada: agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de bajo rendimiento profesional.

En este sentido, Picasso (2015) explicó que los médicos generales en su área de trabajo están propensos a padecer estrés, debido a los tipos de pacientes que atienden, las exigencias y la sobrecarga de trabajo, pudiendo ser causantes del padecimiento. Este se da origen a partir del estado de tensión que trae consigo excederse en las labores o las responsabilidades asignadas. Como resultado de ello, las personas que viven con estrés crónico pueden sufrir trastornos psicológicos o físicos. Por otro lado, para Sánchez (2015), considera al burnout como la manifestación de los síntomas cognitivos, afectivos y físicos; mismos que se describen a continuación.

Tabla 1
Definición de burnout

Sintomatología cognitiva	Pérdida de la capacidad de flexibilidad en el pensamiento, mostrando actitudes negativas que no le facilitan la capacidad de afrontamiento.
Sintomatología afectiva	Muestran habitualmente sentimientos contradictorios entre su malestar personal y el no poder cumplir su deber como profesionales.
Sintomatología física	La persona va perdiendo progresivamente parte de la energía y vitalidad que demuestra en situaciones normales.
Sintomatología conductual	La persona afectada muestra diferentes actitudes que reflejan su estado ansioso llegando a adoptar determinados comportamientos de riesgo.

Nota. Elaboración propia, adaptado de *Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)*, por G.R. Sánchez, 2015,

Además, Sánchez (2015) mencionó que, para el desarrollo del *burnout*, el individuo atraviesa por ciertas fases que se describen de la siguiente manera:

Tabla 2.

Fases del burnout

Fase inicial- de entusiasmo	Los profesionales muestran actitud positiva y mucha energía en su nuevo puesto de trabajo, con grandes esperanzas en la labor que van a realizar.
Fase de estancamiento	Los profesionales hacen una valoración entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos o los beneficios percibidos y no encuentran una distribución equitativa.
Fase de frustración	Pierden su motivación para poder realizar su trabajo eficazmente. Se da el comienzo de problemas entre compañeros de equipos multidisciplinares, y se dan las primeras muestras de problemas de salud que se relacionan con esta situación.
Fase de hiperactividad y apatía	Los profesionales deciden hacer frente a demasiadas tareas a la vez, lo que los lleva a una sobrecarga emocional.
Fase de quemado	En esta los profesionales sufren importantes consecuencias, tanto a nivel físico como profesional, que puedan acarrearle problemas en su ámbito familiar, laboral y social.

Nota. Elaboración propia, adaptado de *Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)*, por G.R. Sánchez, 2015,

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884822/2015_sanchez_monografia_desdaste_profesional.pdf

De acuerdo con el argumento de Hernández et al. (2008), una vez que las fases de *burnout* empiezan a manifestarse con alteraciones, se exteriorizan las siguientes reacciones o grados en quien lo padece, sobre todo, en el personal médico

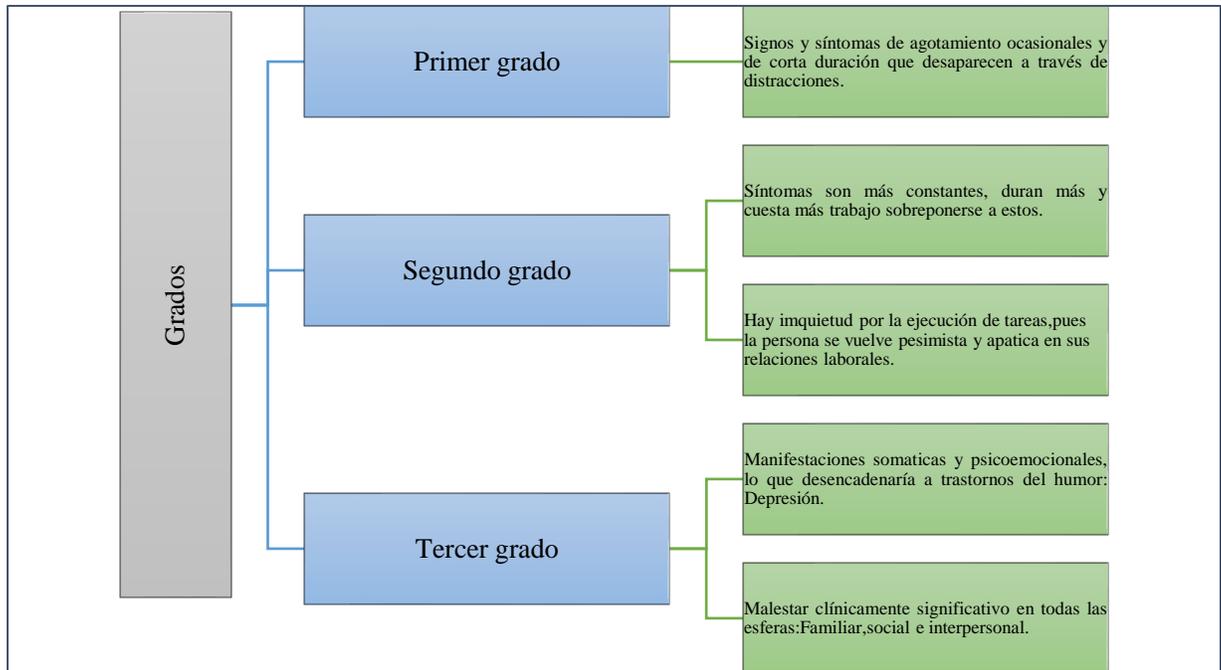


Figura 2. Grados de burnout

Nota. Elaboración propia, adaptado de El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos, por C. Hernández et al., 2008, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 51(1).

Por otro lado, para García (2018a), el burnout “es un proceso paulatino, por lo cual las personas pierden el interés en sus tareas, la responsabilidad y hasta llegar a profundas depresiones” (p. 31). En conclusión, la definición que más se acerca a describirlo es la de Maslach y Jackson (1986) “El burnout, es consecuencia del estrés crónico por la imposibilidad de afrontar de manera favorable a las exigencias de trabajo y se manifiesta como agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo” (p. 6). Además de presentar una alta incidencia en profesiones que están relacionadas en el campo de la educación o docencia y de las ciencias de la salud. Puesto que se encuentra a una población altamente vulnerable debido a la exposición al sufrimiento (Gil-Monte, 2005).

2.3.3 Manifestaciones clínicas del burnout

La presencia de sintomatología se ha categorizado desde las manifestaciones sugestivas, entre estos: agotamiento emocional, irritabilidad, hastío, cinismo, hostilidad e impaciencia, dificultades para una adecuada gestión de las emociones y exteriorizarlas, la ansiedad, la depresión y la confusión. Mostrando alta tendencia a perder la autoestima, falta de capacidad para arriesgarse, afectaciones para cumplir los deberes y predisponerse a consumir en exceso sustancias nocivas como alcohol, cafeína, tabaco y más drogas (Santaella, 2022).

Del mismo modo, se evidencia una serie de manifestaciones somáticas que se relacionan con el burnout: falta de sueño, cefalea, anginas, diarrea, palpitaciones frecuentes, lumbalgia y cervicalgia. El cuadro clínico puede ser leve, moderado o grave. Al ser leve incluye quejas y fatiga; en contraste, el moderado puede traer pesimismo, desconfianza o aislamiento. Entre tanto, el grave desemboca en consumo de drogas y otras sustancias, ausentismo, poca capacidad de respuesta. Mientras que unos pueden desembocar en ansiedad y depresión, autolisis y comportamiento asocial (Santaella, 2022).

Ahora bien, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) destacó que el ambiente laboral debe considerarse un ambiente vital para promocionar la salud en este siglo. La salud en el trabajo y los ámbitos laborales son algunos de los factores más valiosos para las personas, las sociedades y las naciones. Un adecuado entorno laboral saludable es sustancial, no solo para obtener una buena salud de sus trabajadores; sino, también, para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida (Casas y Klijn, 2006).

2.3.4 Dimensiones del síndrome de burnout

Para este trabajo se ha considerado la conceptualización teórica de Maslach, quien concluyó que el burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida satisfacción laboral” (Olivares, 2017, p. 1). Ante lo que se postula lo siguiente:

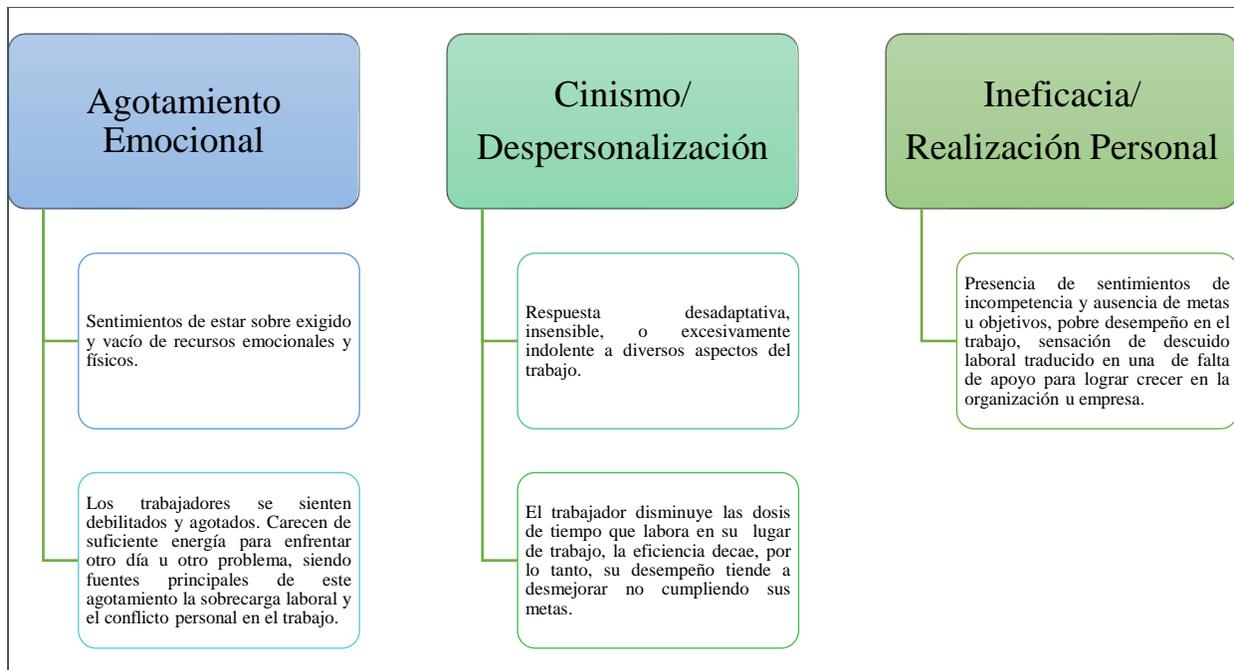


Figura 3. Dimensiones del síndrome de burnout

Nota. Elaboración propia, adaptado de El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos, por C. Hernández et al., 2008, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 51(1).

2.3.5 El burnout en profesionales sanitarios en la pandemia COVID-19

Según, un estudio de la OTI, antes del COVID-19, más del 40 % de la población del Ecuador tenían problemas de salud mental relacionados con su trabajo. **Ese indicador se disparó hasta el 55 % en el último año**, debido a factores como el temor al desempleo, el miedo al contagio por covid-19 o la angustia por obtener ingresos extra (OIT,2022). Por lo tanto, la situación que se produjo por la pandemia de la COVID-19 conllevó a la presencia de un nivel de incertidumbre muy alto. Esto causa un impacto importante en la salud mental de los trabajadores del área de la salud, de manera especial, en los de primera línea o que se expusieron a una presión extrema. Lo que ocasionó agotamiento físico, estrés emocional, estigmatización e insomnio (Danet, 2021). Además, se debe considerar que antes del COVID-19, los profesionales sanitarios ya se consideraban con gran riesgo de estrés.

En línea con lo anterior, numerosas investigaciones sobre el estrés en médicos residentes demostraron que este grupo de profesionales es bastante vulnerable y presenta una alta

incidencia de burnout (Navinés et al., 2021). Sin embargo, no todos los profesionales en salud son vulnerables, pues debe considerarse los diferentes factores de riesgo asociados con el propio individuo (variables sociodemográficas o rasgos de personalidad); con el trabajo sanitario como tal (atención a padecimientos graves o jornadas largas) y la organización asistencial (carga de trabajo extrema o falta de supervisión). Navinés et al. (2021). Por último, los profesionales pueden hacer bien su trabajo a pesar del estrés si este les da una retroalimentación positiva. Lo que dependerá del grado, resiliencia y de la presencia de factores protectores (Zabar et al., 2019 como se citó en Navinés et al., 2021).

2.4 Inflexibilidad psicológica

2.4.1 Definiciones de inflexibilidad psicológica

En virtud de las terapias de conducta de tercera generación (Hayes, 2004), la inflexibilidad psicológica (IP) es el proceso que subyace a la psicopatología. Mientras que, la evitación experiencial limitante o trastorno de evitación (Hayes et al., 1996) hace referencia a la tendencia generalizada de dejarse llevar por los pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos indeseados. Llevando a cabo conductas para que desaparezcan, sin importar la utilidad a la larga que tuvieran dichas conductas (Hayes et al., 1996). De igual forma, la IP es un concepto más general que también incluye el control inflexible del comportamiento por parte de emociones y pensamientos positivos (Bond et al., 2011).

Hoy en día, la IP se considera un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico presente en psicopatologías tan diversas como: trastornos afectivos, ansiedad, adicciones, anorexia y la bulimia, los trastornos del control de impulsos, los síntomas psicóticos, y el estrés postraumático; para evidencia más reciente, ver por ejemplo (Aguirre y Moreno, 2017; Callaghan et al., 2015; Glick et al., 2014; Houghton et al., 2014; Levin et al., 2014; Levin et al., 2016; Rosales-Nieto et al., 2016; Wicksell et al., 2012; Woodruff et al., 2014 como se citó en Villanueva et al., 2018, p. 109)

“Así pues, la IP se asienta en dos procesos diferentes, aunque íntimamente relacionados” (Valdivia-Salas et al., 2017 como se citó en Villanueva et al., 2018, p. 109) como los siguientes:

- La Fusión Cognitiva (FC). Es la tendencia a identificarse con los sentimientos y pensamientos (también contenidos emocionales y cognitivos, como auto

instrucciones, expectativas, entre otros). Así, en vez de experimentarlos como sucesos temporales, las personas se ven sometidas por estos.

- La Evitación Experiencial (EE). Es la tendencia a hacer acciones u omisiones, a fin de cambiar el contenido o disminuir la frecuencia de sentimientos y pensamientos negativos. La IP se vuelve una problemática cuando es la única reacción que se da frente a contenidos emocionales y cognitivos, pues llevaría a las personas a comportarse evitando eventos o situaciones y no tanto relacionada con lo realmente esencial a mediano o largo plazo (por ejemplo, tipo de persona que se desea ser en las diversas facetas de su vida).

2.4.2 Inflexibilidad psicológica y burnout

Como se ha evidenciado, el burnout implica muchos factores y presenta diversas consecuencias individuales y organizacionales. Asimismo, su prevalencia es alta y, si bien no se considera un problema psiquiátrico, es un problema de salud y psicológico. A continuación, se da una definición alternativa del fenómeno desde una perspectiva ligeramente diferente a la utilizada, a menudo, refiriéndose a los conceptos de evitación experiencial y rigidez mental (Ortiz-Fune, 2018).

Por ende, la inflexibilidad psicológica conlleva a comportarse de manera incompatible con los propios valores y metas de uno mismo. En consecuencia, el papel desadaptativo de la inflexibilidad psicológica da lugar a la manifestación de síntomas psicológicos, entre los que recalcan la ansiedad, la depresión, el estrés y las quejas somáticas en el ámbito de la salud (Hayes et al., 2006 y Bohlmeijer et al., 2011). Además de tener una fuerte correlación negativa con medidas de salud general y de calidad de vida (A-Tjak et al., 2015 y Berghoff et al., 2017).

En último término, Ortiz-Fune (2018) propuso el abordaje del burnout desde una perspectiva más funcional-contextual, tomando en cuenta la relación mutua entre factores ambientales y personales. Para lo cual sugirió una redefinición conceptual, como evitación experiencial, o expresando una capacidad más inclusiva, como inflexibilidad psicológica, por lo que es el concepto central de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Luciano, (2016). Define la IP, como conducta orientada a evitar los eventos privados (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, predisposiciones conductuales), generados por las circunstancias laborales (Hayes et al., 1996).

2.4.3 Inflexibilidad psicológica gestionada por profesionales sanitarios

El burnout y estrés en profesionales sanitarios tiene una fuerte asociación con otras variables, como puede ser el exceso de estimulación aversiva, el contacto continuo con el enfermo, la carga asistencial, la incapacidad para poder curar, la falta de conocimientos para el manejo de las emociones en el entorno laboral, la burocratización y al individualismo en las organizaciones (Ortega y López, 2004). En consecuencia, se llevaron a cabo investigaciones con el propósito de exponer esta variable y su influencia en la gestión de respuestas desadaptativas, para diversas patologías de origen psicológico o conductual. Por tal motivo, se revisarán algunos sus resultados de los siguientes estudios.

A nivel internacional hay una investigación llevada a cabo con el personal de enfermería de la Unidad de Trasplantes del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (España), la cual concluyó que el factor que prevalece en el estrés es el contacto con la muerte y el dolor; seguido de los problemas con los superiores y el exceso de labores. Esto se acentúa, sobre todo, en las profesionales expuestas a altos grados de depresión y ansiedad (Pérez et al., 2003 como se citó en Ortiz-Fune, 2018).

También, Montero et al. (2014) como se citó en Ortiz-Fune (2018), quienes realizaron un estudio con personal de la Universidad de Zaragoza. Su propósito era explorar la relación entre diferentes aspectos del agotamiento y las estrategias de afrontamiento empleadas por los empleados. Por tanto, se extraen las siguientes conclusiones: La sobrecarga emocional se explica por centrarse en estrategias de resolución de problemáticas; la falta de desarrollo personal por el uso de estrategias de evitación cognitiva (disociación presente) y la falta de atención por desconexión conductual (bajo rendimiento laboral: no correcto), realizar tareas o actividades).

A nivel nacional, en Ecuador, no se han encontrado estudios sobre inflexibilidad psicológica en el área de la salud, como sucede con el burnout, cuya variable ha sido estudiada todo el tiempo. Sin embargo, si se han realizado estudios sobre los efectos psicológicos postpandemia. Por ejemplo, Huang Jizheng et al. (2020) como se citó en Bermejo et al. (2021), “en su estudio sobre salud mental del personal médico que trabaja en la lucha contra la COVID-19, evidenciaron que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23.04 %”.

La incidencia de ansiedad severa, moderada y leve fueron 2,17 %, 4,78 % y 16,09 %, respectivamente. Así, la tasa de ansiedad femenina fue más alta que la masculina; asimismo, fue más alta entre las enfermeras que entre los médicos, y el porcentaje de trastornos de estrés en el

personal de salud fue del 27,39 %. A fin de que resulta imperioso el poder indagar sobre la incidencia de la evitación experiencial o inflexibilidad en el personal de salud en la sociedad ecuatoriana.

2.4.4 *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el manejo de burnout e inflexibilidad psicológica.*

La ACT tiene su base en la filosofía del contextualismo funcional, que es de ciencia y le da importancia al análisis funcional de las acciones en el contexto. En tal sentido, la ACT se fundamenta terapéuticamente en el análisis experimental, la cognición humana y el lenguaje, propuesta en la RFT (Teoría del Marco Relacional). Ofreciendo una alternativa a los sistemas de clasificación sindrómicos, en la que resulta central el trastorno de evitación experiencial o patrón de inflexibilidad psicológica (Barbero-Rubio, 2022). En consecuencia, ACT posee como principal objetivo implementar las herramientas clínicas o estrategias fundamentales, mediante las cuales el clínico cumple con tal propósito. Además, se distribuyeron en tres según, Törneke et al. (2015).

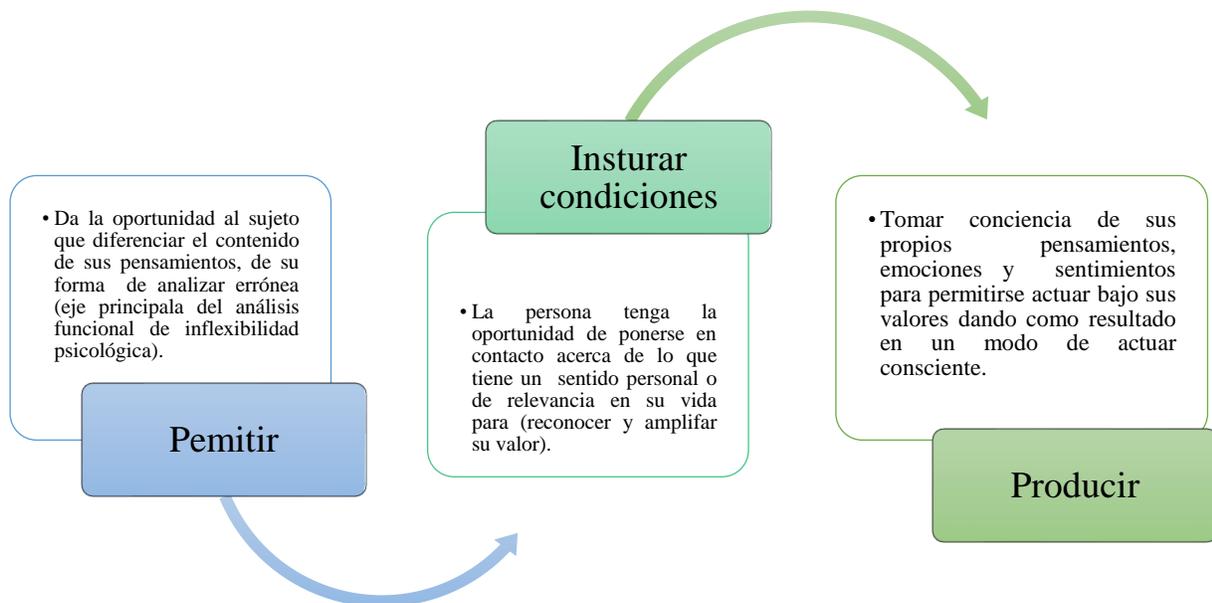


Figura 4. Objetivos de ACT

Nota. Elaboración propia, adaptado de RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering, por N. Törneke et al., 2015, Wiley.

Por ende, son tres estrategias que operan juntas para potenciar la flexibilidad y demandan de una preparación sistemática por parte del terapeuta en sesión (Arjol y Barbero-Rubio, 2022). Ahora bien, Cebrià-Andreu (2005) señaló que uno de cada dos profesionales experimentará cansancio emocional. La primera faceta del burnout, debido a los altos niveles de estrés que sufren los médicos, en el contexto hospitalario y en atención primaria; de igual forma, destacó la sobrecarga de trabajo como una de las principales causas. El cansancio a nivel emocional es la razón por la que una gran cantidad de profesionales empiezan a usar estrategias para protegerse y afrontar las situaciones, que se relacionan con la despersonalización.

Las situaciones anteriores conducen a intervenciones para el bienestar del personal médico frente a las demandas laborales. Existen diversas modalidades de intervención para reducir el estrés laboral, siendo las más destacadas la inoculación del estrés, la relajación muscular, las técnicas de visualización, etc. Sin embargo, este estudio se centrará en nuevas propuestas de intervención que promuevan la flexibilidad mental en los sujetos de estudio. El objetivo es aumentar la probabilidad de responder a las contingencias reforzadas en el entorno laboral con base en los propios valores (Bond et al., 2006).

Por otro lado, Bond y Bunce (2000) realizaron una comparación de tres intervenciones de tipo experimental; la primera basada en ACT; la segunda, en la solución de problemas y, la tercera, condición control de lista de espera. Las dos primeras intervenciones (solución de problemas y ACT) evidenciaron eficacia para la mejora de la salud mental de los participantes; junto con otras variables relacionadas con el desempeño en el trabajo, como la innovación. No obstante, ninguna de las dos pudo mejorar la motivación o satisfacción con el ambiente laboral. A pesar de esto, los resultados obtenidos en el grupo de la intervención con ACT reflejaron que están mediados por la capacidad para aceptar emociones, sensaciones y pensamientos negativos, al igual que la capacidad para tener compromiso con acciones importantes.

Otro estudio realizó una comparación de dos intervenciones, la primera basada en ACT, y la segunda intervención centrada en la TIE (terapia de inoculación de estrés) y una lista de espera. Como conclusión, se apreció que las dos intervenciones resultan igual de eficaces para la reducción del estrés. Siendo esta variable mediadora la más esencial en el ACT, cuyo objetivo fue el incremento de la flexibilidad psicológica. Sin embargo, no se pudo concluir que el cambio del contenido de los pensamientos sea la variable mediadora en la terapia de inoculación de estrés (TIE) (Flaxman y Bond, 2010).

En línea con lo anterior, otros estudios realizados en Reino Unido, con personal de salud y con una alta posibilidad de sufrir burnout a los cuales se los incluyó al estudio de intervención con ACT, permitió determinar que favoreció a la reducción de la despersonalización y el cansancio emocional. Por ende, Stafford-Brown y Pakenham (2012) plantearon intervenciones que se hicieron grupalmente, donde la duración oscilaba entre dos y cuatro sesiones, por lo general, con tres horas de duración semanalmente. Todos contenían los elementos básicos de ACT, al igual que otros de tipo psicoeducativo, tareas para casa y mindfulness. Nadie efectuaba sesiones de mantenimiento luego de culminar la intervención.

Ahora bien, Ortiz-Fune et al. (2020), en un estudio a profesionales en salud mental, cuyo objetivo principal fue identificar la presencia de flexibilidad psicológica con el desarrollo de valores y favorecer en estos profesionales la conexión social y la intimidad. Con el entrenamiento de habilidades como la identificación de necesidades propias y de los demás, de pensamientos y emociones; el valor para realizar conductas que hacen sentir vulnerable (hacer autorrevelaciones y expresar emociones). Las conclusiones evidenciaron que, generalmente, los profesionales que tienen más percepción de logro personal, menos agotamiento emocional (AE) y menos conductas de distanciamiento, tienen más capacidad de flexibilidad psicológica.

Consecuentemente, la finalidad de este trabajo investigativo es conducir la inflexibilidad psicológica a la flexibilidad psicológica entendida como el hecho de poder conectarse con el “aquí y ahora” (situación presente), y con los sentimientos y pensamientos sin mostrar conductas defensivas. Cuyo resultado esperado fue permitir que la situación no persista o, en el mejor de los casos, modificar la conducta en concordancia con los valores personales y las metas propuestas.

2.5 Modelo de Hexaflex

Se señalaron los seis focos de intervención interconectados (contacto con el momento presente, aceptación, difusión, yo contexto, valores, y acción y compromiso), con el objetivo de generar flexibilidad (Hayes et al., 2004). A continuación, se describe la función de cada foco de Hexaflex para un mejor entendimiento.

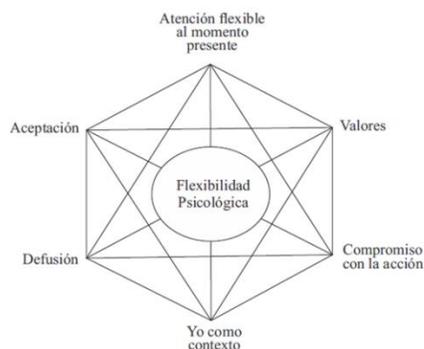


Figura 5. Modelo de Hexaflex

Nota. Modelo de Flexibilidad Psicológica Hexaflex. Adaptado de Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness), por S. C. Hayes et al., 2014, Editorial Descleé De Brouwer.

2.5.1 Descripción de Hexaflex

1. Contactar con el momento presente: radica en la importancia de centrarse en el presente, en vista de que en muchas ocasiones las personas presentan rumiaciones: gastar su tiempo en pensamientos intrusivos (pasado-futuro) que generan malestar (Harris, 2006). De ahí que la orientación para llegar a los valores únicamente se produce en el presente; o sea, en las acciones que se están efectuando en el momento.
2. Aceptación: es reconocer los eventos internos, como las sensaciones, las emociones y los pensamientos. Entenderlos, aunque sean dolorosos o desagradables, pues eso da la oportunidad de renunciar y evitar la lucha para sentir, pensar sin dolor, ir en contra de las sensaciones y abrirse, a fin de darse la oportunidad de experimentarlos sin importar si es agradable o repulsivo (Harris, 2009). Es importante que esto no se confunda con resignación, pues dicha actitud es autocompasiva e involucra una observación de las circunstancias, por lo que se evitan los prejuicios y se presta atención a la experiencia (Aguilar y Baños, 2009).
3. Defusión: para Harris (2009) consistió en desarrollar un aprendizaje que permita el desapego o la distancia de las emociones internas de cada persona; esto significa, modificar la forma de experimentar cualquier clase de emociones, pensamientos y

sensaciones. Para resumir, implica distanciarse de los eventos privados y verlos como pensamientos externos que pueden estancar a un sujeto y no dejarlo avanzar.

4. Valores: para ACT no son tomados como factores morales, en vez de eso se toman como direcciones valiosas, metas y objetivos que las personas establecen según sus intereses y propósitos. Estos son entendidos metafóricamente como una brújula que direcciona la vida.
5. Compromiso con la acción (actuar): desde el modelo explicativo de ACT, es tomar acciones concretas o estar dispuesto a recorrer la vida en dirección a lo que en realidad son sus valores, a fin de disfrutar de lo bueno y aceptar que podrían aparecer elementos negativos (Hayes, 2016).
6. Yo como contexto: es el más importante, pues la persona puede ser consciente de sus propias experiencias, pero no se apega a estas; con esto se fomentan dos elementos importantes: la defusión y la aceptación. Esto facilita la habilidad para observar un yo que tiene atención plena en el presente, al ser consciente de pensamientos y sensaciones (Harris, 2009).

2.5.2 Propuesta de intervención contextuales-funcional y burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y burnout

Intervenciones en psicoeducación: el objetivo principal para las intervenciones contextuales-funcionales se centra en el manejo de las emociones difíciles de controlar de los trabajadores sanitarios, puesto que, como se ha planteado, ello no consiste en evitar o suprimir el estrés o la ansiedad, sino en impulsar al trabajador a gestionar sus emociones de manera efectiva. Así, el profesional que se encuentre en evitación experiencial y que no se sienta bien debe aprender a sentirse bien (Beker et al., 2015). La finalidad de esta intervención es optimizar el estilo de comunicación entre el personal médico y el usuario (Bougerois et al., 2004).

Intervenciones en Mindfulness: de acuerdo con Cocker y Joss (2016), se destaca que la creación de programas de intervención para disminuir el agotamiento emocional o la fatiga en el personal sanitario tiende a centrarse en el manejo de la resiliencia, que es entendida como la capacidad para enfrentar los infortunios ante un evento muy perturbador. Otras intervenciones se orientan en alcanzar un aumento en el autocuidado y la propia conciencia (Adimando, 2017).

No obstante, ante estas intervenciones no se identifica evidencia científica consistente que demuestre eficacia rigurosa de estas aplicaciones (Romani y Ashkar, 2014). Según Simón (2011), se han efectuado intervenciones centradas en mindfulness o atención plena, que se entiende como la capacidad de observar la realidad tal y como es, desde la conciencia, la atención y la memoria (procesos internos), con la finalidad de estar atento y llevar la mente a un proceso de concentración en todas las actividades, sin que esta divague en el pasado o el futuro (García, 2018b).

La práctica en mindfulness forma parte de las terapias de tercera generación y es de las más usadas en el ámbito de los profesionales sanitarios (Duarte y Pinto-Gouveira, 2017). Por ello se han realizado intervenciones centradas en el personal médico, principalmente en aquellos que atienden pacientes oncológicos.

Finalmente, su práctica busca que el profesional sanitario identifique sus eventos privados (rumiaciones, emociones desagradables) que se transforman en bloqueos de tipo mental, como la rigidez psicológica que imposibilita actuar de manera adecuada con sus valores (Ortiz-Fune, 2018). De ese modo, entrenar la mente con mindfulness se relaciona con promover actuaciones acordes con los valores de la persona y conlleva a un desarrollo de la flexibilidad psicológica.

2.5.3 Propuesta de intervención contextuales-funcional y burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y burnout

Intervención: diseñada de manera específica para trabajar con profesionales del área de la salud que mantienen contacto directo con pacientes, y que sus funciones sean operativas, o sea, que ejecuten atención en tiempo real. Constó de seis sesiones-talleres (una por semana), con una duración de 90 minutos cada una. Además, la finalidad de cada sesión fue implementar los elementos de Hexaflex de la ACT (contacto con el momento presente, aceptación, defusión, yo contexto, valores, y acción comprometida) en cada una de las sesiones (Hayes et al., 1996). Cada sesión estaba conformada por los siguientes pasos:

1. Psicoeducación: explicación y vivencia de cada elemento a ser trabajado con Hexaflex, por medio de ejercicios experienciales y el empleo de metáforas.
2. Ejercicio de contacto con el momento presente.
3. Recomendaciones y el empleo de tareas para casa.

4. La duración de los talleres fue de una hora y 30 minutos.
5. La distribución de los grupos fue de 30 para el primer grupo y 29 para el segundo grupo.

Cabe señalar que, cada ejercicio fue diseñado para personal que trabajar en contacto directo con el paciente. A continuación, en la siguiente tabla se detalla el trabajo realizado.

Fase postest

1. Aplicación de cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para medición de burnout y el cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ), que mide la inflexibilidad psicológica una vez se concluyó con las sesiones de intervención contextual-funcional.
2. Se considera un tiempo estimado de seis meses para su re- aplicación al personal que participo de las sesiones.

2.5.4 Propuesta de intervención Contextuales-Funcional y Burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y Burnout

Tabla 3.

Descripción de sesiones para intervención Contextuales-Funcional y Burnout para reducir la inflexibilidad psicológica y Burnout

SESIONES/TALLERES	TEMA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TAREAS
SESIÓN TALLER 1 Contacto con el presente	-Psicoeducación y mindfulness, definición y orígenes.	-Analizar los diferentes conceptos de aplicación para que los participantes comprendan la metodología a ser empleada. -Enseñar el funcionamiento de la mente: rumiación Vs. conciencia plena.	-Explicar a los profesionales en qué consiste cada una de las variables a ser trabajadas en los profesionales de salud. -Uso de metáfora: el Roble y la Espiga.	-Identificar acciones que se hacen en piloto automático. -Atención plena: meditación dos veces al día.
SESIÓN TALLER 2 Defusión	-Explicar la conceptualización de fusión cognitiva. -Hablar sobre la importancia de juicio de la mente y su influencia en la toma de decisiones.	-Entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos.	-Permite al personal de salud admitir a cada uno sobre sus pensamientos y emociones, sean cuales sean, sin juzgarlos. El proceso psicológico de mindfulness intenta focalizar la atención en el sentir y hacer de la persona para tener conciencia para transformar el actuar de las acciones. El logro es pasar a la transformación	-Focalizar el contacto con las situaciones presentes. -Identificar juicios de valor en otros. -Identificar ideas desagradables, vergüenza.

			de la mente (ideas rumiantes) a la responsabilidad (conciencia y auto regulación). Es decir, no funcionar en automático. -Uso de ejercicio de “números”.	
SESIÓN TALLER 3 Aceptación	-Identificar la presencia de evitación experiencial. Elaborar la MATRIX.	-Entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos.	-Enseñar que las experiencias y emociones negativas no son los enemigos. Por el contrario, hay que afrontarlas y no huir de estas. -Empleo de la metáfora del tigre.	-Meditación ejercicios de atención plena de la mano. -Darse una ducha fría: defusión cognitiva y la aceptación. -Ejercicio de identificación: metáfora del tigre (¿cómo se alimenta el tigre?)
SESIÓN TALLER 4 Valores	-Desarrollar el manejo claridad de valores.	-Desarrollar un sentido de gran significado a la vida de la persona, esto a fin de lograr que el paciente acepte que no se puede evitar el dolor.	-Es ayudar al consultante a construir una vida con valores personales, una vida con significado. Al mismo tiempo, acepta el dolor como algo inevitable.	-Meditación de la bondad 2 veces al día. -Revisión de MATRIX: Avances/Estancamientos. -Realizar una buena acción para compartirla después en la próxima sesión.
SESIÓN TALLER 5 Acción Comprometida	-Desarrollar el manejo Acción comprometida.	-Desarrollar en la persona una vida significativa para el sujeto, logrando que el paciente acepte que el dolor es inevitable.	-Consiste en permitir el manejo del dolor desde la comprensión de que este no se puede evitar que debe afrontarse para llegar al desarrollo de valores para una vida más plena.	-Auto meditación dos veces por semana. -Ejercicio: diez dedos (ejercicios de gratitud y toma de perspectiva).

SESIÓN TALLER 6 El yo-Contexto	-Fomentar el Yo contexto.	-Manejar situaciones experienciales: Preocupación Vs. Cuidado.	-Aprender a identificar lo negativo y afrontarlo en el día a día. -Uso de metáfora: el ajedrez.	N/A.
---	---------------------------	---	---	------

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio

Este trabajo se realiza en el Distrito 10D03 Cotacachi-Salud, ubicado en la provincia de Imbabura, cantón Cotacachi, parroquia San Francisco, en la calle Pedro Moncayo 6-49 y Segundo Luis Moreno.

El Distrito 10D03 Cotacachi-Salud está conformado por 14 unidades operativas distribuidas en todo el cantón Cotacachi. Para efectos de este estudio se ejecuta la intervención psicológica con cuatro unidades operativas: Hospital Básico Asdrúbal de la Torre, Centro de Salud Cotacachi, Centro de Salud Quiroga y Centro de Salud Imantag. En estas unidades de salud se encuentra laborando personal médico, enfermería, odontología, técnicos de atención primaria, quienes serán partícipes de este trabajo investigativo.

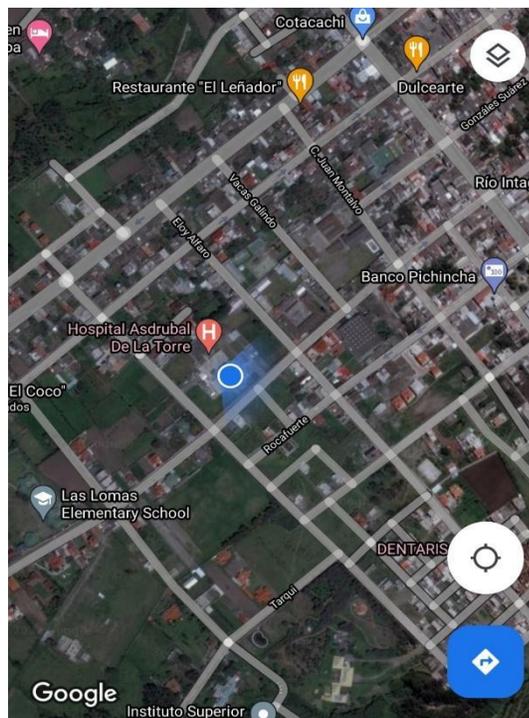


Figura 6. Localización de las oficinas Distrito 10D03 Cotacachi-Salud

Nota. Google Maps.

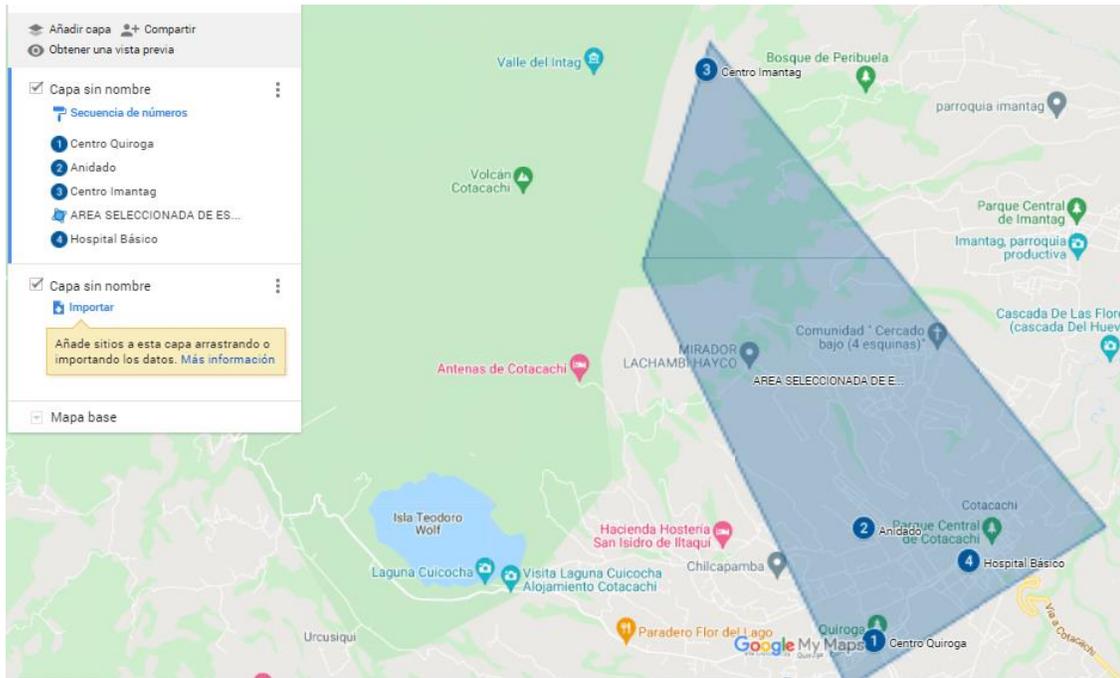


Figura 7. Distrito 10D03-Unidades operativas: Centro Salud Anidado, Centro de Salud Quiroga, Centro de Salud Imantag y Hospital Asdrúbal de la Torre
Nota. Google Maps

3.2 Enfoque y tipo de investigación

Tabla 4.

Enfoque y tipo de investigación

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN
<p>CUANTITATIVO</p> <p>Se hace uso de la recolección de informes y datos para probar o descartar hipótesis, por medio de la medición numérica y el análisis estadístico. Para determinar pautas de comportamiento y probar teorías.</p>	<p>CUASI EXPERIMENTAL</p> <p>La investigación se basa sobre todo en estudiar el efecto de la variable independiente (VI) sobre otras variables, denominadas variables dependientes (VD).</p> <p>Por ejemplo: investigar la eficacia de una intervención (variable independiente) a la hora de reducir el burnout e inflexibilidad psicológica (variable dependiente).</p> <p>NO PROBABILÍSTICO Y NO ALEATORIO: la selección de los grupos ya</p>

está conformada y ha sido seleccionada por el investigador. Trabajadores de salud operativos dada el fácil acceso y disponibilidad del personal de salud operativo para ser parte del estudio en un determinado tiempo.

POBLACIÓN PARTICIPANTES

Profesionales de la salud que se encuentren laborando en las Unidades Operativas: Centro de Salud Anidado, Centro de Salud Quiroga, Centro de Salud Imantag y Hospital Básico Asdrúbal de la Torre.

PROFESIONALES

- Médicos/as generales.
- Médicos/as especialistas.
- Enfermeras/as.
- Técnicos de Atención Primaria

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

La investigación que se realiza con profesionales de la salud del Distrito 10D03 Cotacachi- Salud. Que se encuentran operativos prestando sus servicios de atención a pacientes que acuden a consulta externa.

El total de participantes a ser parte del proceso de intervención es de 59 participantes, los cuales laboran en las distintas Unidades Operativas de Salud.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Participantes mayores de 18 años.
- Encontrarse laborando de forma operativa.
- Cumplir con el requisito profesional: médico/a, enfermero/a y Técnicos de Atención Primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No cumplir con el perfil profesional: personal administrativo.

3.3 Procedimientos

El trabajo investigativo se efectuó con la autorización previa firmada y aprobada mediante sistema informático Quipux de parte de la Dirección Distrital 10D03 Cotacachi-Salud. Los datos obtenidos fueron utilizados solo con fines académicos-científicos. Para efectos de este se elaboró un consentimiento informado para la participación de los profesionales que conformaron la muestra. Obteniéndose su consentimiento y participación en la intervención, recalcando que participar es voluntario, de forma que la persona podía retirarse cuando lo deseara, resguardando la información personal, según la Ley Orgánica de Protección de los

derechos a la privacidad y la intimidad sobre los Datos Personales Art. 3 al 6 (Enríquez, 2016; Ley Orgánica de protección de datos, 2016).

3.4 Técnicas de Recolección

“Work-Related Acceptance and Action Questionnaire, en español (WAAQ) del Cuestionario de Aceptación y Acción Relacionado con el Trabajo (WAAQ)”. Versión Española.

La flexibilidad psicológica, un elemento esencial de la ACT, se evidencia como un factor importante de la salud mental y la efectividad en el ámbito laboral. Estos hallazgos llevaron a diseñar una medida de flexibilidad psicológica ajustada al contexto laboral (Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo; WAAQ), el cual pueda evidenciar asociaciones incluso mayores con variables asociadas con el trabajo. Para la validación del WAAQ se realizó una traducción inversa en español y se aplicó a 209 trabajadores.

Obteniéndose resultados similares a los de la versión original del cuestionario AAQ II. El WAAQ demostró buena consistencia interna ($\alpha = .92$) y una estructura unifactorial. Igualmente, correlaciones más altas con medidas específicas del ámbito laboral que una medida general de inflexibilidad psicológica. Este cuestionario maneja una escala tipo Likert de 1 a 7 ítems, mismos que presentan diversas respuestas.

- 1: nunca es verdad
- 2: muy raramente es verdad
- 3: raramente es verdad
- 4: a veces es verdad
- 5: frecuentemente es verdad
- 6: casi siempre es verdad
- 7: siempre es verdad.

“Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS (MP)/Validación en Chile- Cuestionario para Personal Médico: Médicos, Enfermeras, Psicólogos”.

El MBI de Maslach y Jackson (1981, 1986) es un instrumento que contiene 22 ítems, valorados con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Maslach y Jackson, 1981) se han realizado diversas validaciones en español de este instrumento. Por tanto, está dividido en tres subescalas, que miden cada una tres factores ortogonales: AE 9 ítems, DP 5

ítems y PA en el trabajo 8 ítems. Así, se obtuvo en estas una puntuación considerada baja, media o alta, según las diversas puntuaciones de corte establecidas por las autoras para cada profesión, teniendo como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

En la última edición del manual (Maslach et al., 1996) se presentan tres versiones del MBI. Primeramente, el MBI Human Services Survey (MBI-HSS) para los profesionales de servicios humanos. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), conformado por 22 ítems distribuidos en tres escalas que evalúan la frecuencia con que los profesionales perciben baja PA en el trabajo (tendencia a evaluar negativamente, de forma especial con respecto a la habilidad para hacer el trabajo y relacionarse a nivel profesional con las personas a las que atienden) consta de 8 ítems. Por otro lado, el AE (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) tiene 9 ítems y DP (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) posee 5 ítems. (Olivares-Faúndez et al., 2014, p. 147)

Así pues, los datos se recogieron mediante la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) elaborada por Gil-Monte (1994) y Gil-Monte y Peiró (1997), dirigida a profesionales de servicios humanos (Maslach y Jackson, 1986). En el estudio se usó con la medición de frecuencias, usando una escala de 7 grados de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Los valores de fiabilidad de las escalas en este estudio, según alfa de Cronbach, fueron: 0.86 para AE, 0.76 para PA en el trabajo y 0.72 para DP. (Olivares-Faúndez et al., 2014, p. 147)

3.5 Consideraciones bioéticas:

Se realizó tan solo con fines investigativos y ser considerada a futuro como un documento de base, que puede orientar en futuras investigaciones que permitan encontrar nuevos hallazgos, en pro de lograr un mejor abordaje y tratamiento con los trabajadores que se desempeñan en servicios de la salud.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Como parte de los objetivos específicos de la investigación está la realización de una intervención contextual-funcional para reducir la inflexibilidad psicológica y el síndrome de *burnout* en la población objetivo. Por esta razón, se diseñó la aplicación de los cuestionarios Maslach *Burnout* Inventory (MBI-HSS) y el de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ), que mide la inflexibilidad psicológica en una etapa inicial (pretest) y en una etapa posterior (postest) a la intervención contextual-funcional. De igual manera, se realizó una estandarización de los nombres de los ítems que se utilizan en las escalas de los cuestionarios, para facilitar el manejo de la información según se indican en la Tabla 5 y 6, cada uno.

Tabla 5.

Nombres de Ítems MBI-HSS para fases de estudio

Escala/Subescala	Ítems	Fase	
		Pretest	Postest
Agotamiento Emocional (AE)	1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	prt_mbi_ee_1	pos_mbi_ee_1
	2.- Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo.	prt_mbi_ee_2	pos_mbi_ee_2
	3.-Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	prt_mbi_ee_3	pos_mbi_ee_3
	6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	prt_mbi_ee_6	pos_mbi_ee_6
	8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.	prt_mbi_ee_8	pos_mbi_ee_8
	13.- Me siento frustrado en mi trabajo.	prt_mbi_ee_13	pos_mbi_ee_13
	14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	prt_mbi_ee_14	pos_mbi_ee_14
Despersonalización (DP)	16.- Siento que trabajar directamente con personas me produce más estrés.	prt_mbi_ee_16	pos_mbi_ee_16
	20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	prt_mbi_ee_20	pos_mbi_ee_20
	5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	prt_mbi_dp_5	pos_mbi_dp_5
	10.- Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	prt_mbi_dp_10	pos_mbi_dp_10
	11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	prt_mbi_dp_11	pos_mbi_dp_11

Escala/Subescala	Ítems	Fase	
		Pretest	Postest
Realización Personal (PA)	15.- Siento que en realidad no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	prt_mbi_dp_1 5	pos_mbi_dp_1 5
	22.- Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	prt_mbi_dp_2 2	pos_mbi_dp_2 2
	4.- Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.	prt_mbi_pa_4	pos_mbi_pa_4
	7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	prt_mbi_pa_7	pos_mbi_pa_7
	9.- Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas.	prt_mbi_pa_9	pos_mbi_pa_9
	12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.	prt_mbi_pa_12	pos_mbi_pa_12
	17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	prt_mbi_pa_17	pos_mbi_pa_17
	18.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	prt_mbi_pa_18	pos_mbi_pa_18
	19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión.	prt_mbi_pa_19	pos_mbi_pa_19
	21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales los suelo tratar de forma adecuada.	prt_mbi_pa_21	pos_mbi_pa_21

Nota. Elaboración propia

Tabla 6.

Nombres de Ítems WAAQ para fases de estudio

Ítems	Fase	
	Pretest	Postest
1.- Soy capaz de trabajar eficazmente, aunque tenga preocupaciones personales.	prt_waaq_fp_1	pos_waaq_fp_1
2.- Puedo admitir mis errores en el trabajo y, aun así, seguir siendo exitoso.	prt_waaq_fp_2	pos_waaq_fp_2
3.- Puedo trabajar de manera eficaz, incluso cuando estoy nervioso por algún motivo.	prt_waaq_fp_3	pos_waaq_fp_3
4.- Mis preocupaciones no se interponen en mi camino hacia el éxito.	prt_waaq_fp_4	pos_waaq_fp_4
5.- Soy capaz de comportarme según la situación requiera, sin que me afecte cómo me sienta.	prt_waaq_fp_5	pos_waaq_fp_5
6.- Puedo trabajar eficazmente, incluso cuando dudo de mí mismo.	prt_waaq_fp_6	pos_waaq_fp_6

7.- Mis pensamientos y sentimientos no se interponen en lo que debo hacer en mi trabajo.	prt_waaq_fp_7	pos_waaq_fp_7
--	---------------	---------------

Nota. Elaboración propia

4.1 Propiedades Psicométricas de las Escalas

4.1.1 Consistencia interna

La consistencia interna permite observar el comportamiento del constructo en diferentes situaciones y comprobar su fiabilidad. Para el análisis del cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory (MBI-HSS) y el cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ) se utilizó el Alpha de Cronbach para las escalas y subescalas. También, el Alfa de Cronbach es un índice entre 0 y 1. Se considera fiable al superar 0.70. Tal índice es susceptible a la longitud de la escala y la variabilidad de la muestra, el cual aumenta si se elevan los ítems de la escala y la variabilidad de la muestra.

4.1.2 Consistencia Interna Pretest

4.1.2.1 Cuestionario Maslach *Burnout* Inventory (Pretest)

En la Tabla 7 se publican los resultados de la medición del Alpha de Cronbach para la escala y subescalas del cuestionario Maslach *Burnout* Inventory en la fase inicial (pretest), aplicado a los participantes de este trabajo de investigación. Los resultados presentados correspondieron a la información total previa a la aplicación del análisis factorial exploratorio.

Tabla 7.

Alpha de Cronbach. Maslach *Burnout* Inventory (Pretest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Escala MBI-HSS	59.39	15.237	0-6	22	0.798
Subescala Agotamiento Emocional (AE)	18.95	12.409	0-6	9	0.932
Subescala Despersonalización (DP)	4.92	4.735	0-6	5	0.687
Subescala Realización Personal (PA)	35.53	8.893	0-6	8	0.873

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

De los resultados iniciales del pretest se puede observar que la escala de Maslach *Burnout* Inventory, de 22 ítems (9 ítems de AE, 5 de DP y 8 de PA), dio como resultado en el análisis de

confiabilidad un Alpha de Cronbach: $\alpha=0.798$ (M=59.39, DE=15.237). La subescala de AE $\alpha=0.932$ (M=18.95, DE=12.409); la subescala de DP $\alpha=0.687$ (M=4.92, DE=4.735) y la subescala de PA $\alpha=0.873$ (M=35.53, DE=8.893).

4.1.2.2 Cuestionario de Aceptación en el Trabajo (pretest)

En la Tabla 8 se publican los resultados de la medición del Alpha de Cronbach para la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ) en la fase inicial (pretest), aplicado a los participantes de este trabajo de investigación. Los resultados presentados coincidieron a la información total previa a la aplicación del análisis factorial exploratorio.

Tabla 8.

Alpha de Cronbach. Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo. (pretest) – Resultado Inicial

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Aceptación y Acción en el Trabajo WAAQ	38.02	8.384	1-7	7	0.918

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

De los resultados iniciales del postest se puede observar que la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ), de 7 ítems, dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach $\alpha=0.918$ (M=38.02, DE=8.384).

4.1.3 Prueba final (postest)

4.1.3.1 Cuestionario Maslach *Burnout* Inventory (postest)

En la Tabla 9 se publican los resultados de la medición del Alpha de Cronbach para la escala y subescalas del cuestionario Maslach *Burnout* Inventory (MBI) en la fase final (postest), aplicado a los participantes de este trabajo de investigación. Los resultados presentados respondieron a la información total previa a la aplicación del análisis factorial exploratorio.

Tabla 9.

Alpha de Cronbach. Maslach Burnout Inventory. (postest) – Resultado Inicial

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Escala MBI-HSS	57.81	11.273	0-6	22	0.683
Subescala Agotamiento Emocional (AE)	17.47	10.032	0-6	9	0.890
Subescala Despersonalización (DP)	4.59	3.922	0-6	5	0.624
Subescala Realización Personal (PA)	35.75	7.427	0-6	8	0.822

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

De los resultados iniciales del postest se puede observar que la escala de Maslach *Burnout Inventory*, de 22 ítems (9 ítems de AE, 5 de DP y 8 de PA), dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach: $\alpha=0.683$ (M=57.81 DE=11.23). La subescala de AE $\alpha=0.890$ (M=17.17, DE=10.032); la subescala de DP $\alpha=0.624$ (M=4.59, DE=3.922) y la subescala de PA $\alpha=0.822$ (M=35.75, DE=7.427).

4.1.3.2 Cuestionario de Aceptación en el Trabajo (postest)

En la Tabla 10 se publican los resultados de la medición del Alpha de Cronbach para la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ) en la fase final (postest), aplicado a los participantes de este trabajo de investigación. Los resultados presentados pertenecieron a la información total previa a la aplicación del análisis factorial exploratorio.

Tabla 10.

Alpha de Cronbach Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo. (postest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Aceptación y Acción en el Trabajo WAAQ	39.02	7.082	1-7	7	0.893

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

De los resultados iniciales del postest se evidencia que la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ), de 7 ítems, dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach $\alpha=0.893$ (M=39.02, DE=7.082).

4.2 Análisis Factorial Exploratorio

El AFE (Análisis Factorial Exploratorio) es una manera de conocer la validez de un constructo. Esto posibilita, con base en un constructo determinado en un instrumento, confirmar su estructura interna o latente según las puntuaciones obtenidas de los casos de estudio y de las relaciones entre las variables. Por ende, el AFE es una técnica para reducir los datos que permite hallar grupos homogéneos de variables, de acuerdo con un considerable número de variables.

Los grupos homogéneos se crean con las variables que correlacionan entre sí y se procura, en un inicio, que unos grupos sean independientes de otros; por tanto, permite reducir la dimensionalidad de los datos. El objetivo es buscar el número mínimo de dimensiones que puedan explicar la mayor cantidad de información.

En consecuencia, en contraste con otras técnicas, como la regresión o el análisis de varianza, todas las variables del análisis tienen el mismo rol: son independientes, dado que no hay *a priori* una dependencia conceptual de unas variables sobre otras. Los reactivos que no se incluyan en una dimensión se aíslan y no miden lo mismo que los demás ítems, por tanto, deben eliminarse (Hernández et al., 2014). Para verificar la pertinencia de la aplicación del AFE se debe rectificar la medida de adecuación muestral KMO (Kayser, Meyer, Olkin) y la prueba de esfericidad de Barlett. Mientras que, para valores bajos de KMO se puede ver que las correlaciones entre pares de ítems no se pueden explicar por otros ítems; así, no se puede hacer el análisis factorial. La medida de adecuación de KMO oscila entre 0.5 y 1, de tal manera que se espera que el valor sea mayor a 0.5.

4.2.1 Prueba inicial (pretest)

4.2.1.1 AFE de la Escala Maslach *Burnout Inventory* (pretest)

En la Tabla 11 se observa el resultado de la prueba KMO y Barlett inicial de la escala Maslach *Burnout Inventory* de 22 ítems.

Tabla 11.

Prueba KMO y Barlett Maslach *Burnout Inventory* (Pre-Test)

Medida	Prueba de KMO		Prueba de Esfericidad de Bartlett	
	Valor	Aprox. Chi-cuadrado	Grados de Libertad	Significancia
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.847	876.870	231	.001

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

La medida de KMO de .847 muestra un valor que se considera apropiado. De igual manera, la prueba de esfericidad de Barlett fue estadísticamente significativa ($X^2=876.87$, $gl=231$, $p<0.001$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula (referida a que las variables a nivel poblacional se estructuran como una matriz identidad); siendo posible factorizar la matriz de correlaciones. En relación con la extracción inicial de factores, en la Tabla 12 se evidencia que cuatro de estos tiene autovalores iniciales superiores a 1, que explican el 68.96 % de la varianza total explicada. Lo que permite sustentar que la escala de Maslach *Burnout Inventory* presenta un modelo multidimensional.

Tabla 12.

Varianza Total Explicada Maslach *Burnout Inventory* (pretest) – Resultado Inicial

Factor	Autovalores Iniciales			Suma de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	8.283	37.649	37.649	7.963	36.198	36.198
2	3.577	16.260	53.909	3.190	14.500	50.698
3	1.904	8.656	62.565	1.519	6.906	57.604
4	1.408	6.401	68.966	1.025	4.658	62.262
5	0.976	4.436	73.401			
6	0.748	3.400	76.802			
7	0.622	2.827	79.629			
8	0.584	2.653	82.282			

9	0.517	2.349	84.631
10	0.475	2.159	86.790
11	0.441	2.005	88.794
12	0.411	1.869	90.663
13	0.385	1.748	92.412
14	0.339	1.541	93.952
15	0.287	1.305	95.257
16	0.258	1.173	96.431
17	0.221	1.005	97.436
18	0.188	0.855	98.290
19	0.137	0.624	98.914
20	0.108	0.489	99.403
21	0.080	0.364	99.767
22	0.051	0.233	100.000

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En la Tabla 13 se puede ver la relación inicial de los ítems de la escala en función de los cuatro factores o dimensiones subyacentes y la correlación entre estos.

Tabla 13.

Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (pretest)

Ítems	Factor			
	1	2	3	4
prt_mbi_ee_1	.902			
prt_mbi_ee_2	.866			
prt_mbi_ee_3	.895			
prt_mbi_ee_6	.591		.469	
prt_mbi_ee_8	.855			
prt_mbi_ee_13	.691		.375	.328
prt_mbi_ee_14	.603			
prt_mbi_ee_16	.415		.529	
prt_mbi_ee_20	.346			.728
prt_mbi_dp_5			.814	
prt_mbi_dp_10			.499	
prt_mbi_dp_11	.315		.609	
prt_mbi_dp_15			.672	
prt_mbi_dp_22				.688
prt_mbi_pa_4		.642		
prt_mbi_pa_7		.724		
prt_mbi_pa_9		.699		
prt_mbi_pa_12	-.616	.584		
prt_mbi_pa_17		.721	-.325	
prt_mbi_pa_18	-.342	.713		
prt_mbi_pa_19		.689		

prt_mbi_pa_21	-.343	.592
Método de Extracción: Factorización de Eje Principal		
Método de Rotación: Varimax con normalización Kaiser		

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Así pues, en la matriz de factor rotado inicial se puede observar que existen variables que saturan en dos o más factores de manera simultánea. Razón por la cual, se realizó una repetición del análisis factorial exploratorio eliminando las variables cuya saturación aparece en dos o más factores. El resultado del nuevo análisis presenta un grupo de tres factores subyacentes, en los que se eliminaron 11 variables prt_mbi_ee_6, prt_mbi_ee_13, prt_mbi_ee_16, prt_mbi_ee_20, prt_mbi_dp_11, prt_mbi_dp_22, prt_mbi_pa_12, prt_mbi_pa_17, prt_mbi_pa_18, prt_mbi_pa_19 y prt_mbi_pa_21. No obstante, se mantuvieron cinco ítems para el AE, tres ítems para DP y tres ítems para PA. El resultado se puede observar en la Tabla 14.

Tabla 14.

Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (pretest)

Ítems	Factor		
	1	2	3
prt_mbi_ee_1	.935		
prt_mbi_ee_2	.883		
prt_mbi_ee_3	.925		
prt_mbi_ee_8	.876		
prt_mbi_ee_14	.566		
prt_mbi_dp_5			.827
prt_mbi_dp_10			.439
prt_mbi_dp_15			.708
prt_mbi_pa_4		.653	
prt_mbi_pa_7		.823	
prt_mbi_pa_9		.678	
Método de Extracción: Factorización de Eje Principal			
Método de Rotación: Varimax con normalización Kaiser			

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

El valor de la varianza total explicada con los tres factores es de 72.28 %. Una vez que se han encontrado tres factores con cargas factoriales altas, se verifica de nuevo la confiabilidad con el Alfa de Cronbach resultante con los ítems que se mantienen presentes (Tabla 15).

Tabla 15.

Alpha de Cronbach Maslach Burnout Inventory (Pretest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Escala MBI-HSS	28.78	10.462	0-6	11	.818
Subescala Agotamiento Emocional (AE)	12.88	8.05	0-6	5	.931
Subescala Despersonalización (DP)	2.10	3.004	0-6	3	.649
Subescala Realización Personal (PA)	13.80	3.59	0-6	3	.760

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En el resultado final de luego de la aplicación del AFE se puede evidenciar que la escala de Maslach *Burnout Inventory*, de 11 ítems (5 ítems de AE, 3 de DP y 3 de PA), dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach: $\alpha=0.818$ (M=28.78 DE=10.462). La subescala de AE $\alpha=0.931$ (M=12.88, DE=8.05); la subescala de DP $\alpha=0.649$ (M=2.10, DE=3.004) y la subescala de PA $\alpha=0.760$ (M=13.80, DE=3.59).

4.2.1.2 AFE Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

En la Tabla 16 se observa el resultado de la prueba KMO y Barlett inicial de la escala Aceptación y Acción en el Trabajo de 7 ítems.

Tabla 16.

Prueba KMO y Barlett Aceptación y Acción en el Trabajo (Pre-Test)

Medida	Prueba de KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett		
		Valor	Aprox. Chi-cuadrado	Grados de Libertad Significancia
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.853	315.29	21	.001

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

La medida de KMO de .853 muestra un valor que se considera apropiado. De igual manera, la prueba de esfericidad de Barlett fue estadísticamente significativa ($X^2=315.29$, gl=21, $p<0.001$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula (referida a que las variables a nivel poblacional se estructuran como una matriz identidad), siendo posible factorizar la matriz de correlaciones. A propósito de la extracción inicial de factores, en la Tabla 17 se puede observar

que existe un autovalor inicial superior a 1, que explican el 68.91 % de la varianza total explicada. Lo que permite sustentar que la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo no presenta un modelo multidimensional.

Tabla 17.

Varianza Total Explicada Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

Factor	Autovalores Iniciales			Suma de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	4.824	68.917	68.917	4.489	64.123	64.123
2	0.781	11.153	80.070			
3	0.541	7.733	87.802			
4	0.295	4.209	92.012			
5	0.266	3.803	95.814			
6	0.186	2.656	98.471			
7	0.107	1.529	100.000			

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Debido a que no existe un modelo multidimensional no se requiere de un proceso de rotación. El resultado de las saturaciones de cada variable se presenta en la Tabla 18 y tienen valores altos.

Tabla 18.

Matriz de Factor Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

Ítem	Factor 1
prt_waaq_fp_1	.842
prt_waaq_fp_2	.716
prt_waaq_fp_3	.914
prt_waaq_fp_4	.683
prt_waaq_fp_5	.871
prt_waaq_fp_6	.831
prt_waaq_fp_7	.718

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Una vez que se conoce el resultado de la extracción de factores con saturaciones altas, se verifica la confiabilidad resultante de los ítems que se mantienen presentes (Tabla 19).

Tabla 19.

Alpha de Cronbach Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Aceptación y Acción en el Trabajo WAAQ	38.02	8.384	1-7	7	0.918

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En el resultado final del pretest luego del AFE no hay cambios; razón por la cual se puede observar que la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ) de 7 ítems dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach $\alpha=0.893$ (M=39.02, DE=7.082), similar al análisis inicial antes del AFE.

4.2.2 Prueba final (postest)

4.2.2.1 AFE Escala Maslach *Burnout Inventory* (postest)

En la Tabla 20 se observa el resultado de la prueba KMO y Barlett inicial de la escala Maslach *Burnout Inventory* de 22 ítems.

Tabla 20.

Prueba KMO y Barlett Maslach *Burnout Inventory* (Postest)

Prueba de KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett			
	Valor	Aprox. Chi-cuadrado	Grados de Libertad	Significancia
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.775	674.732	231	.001

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Ahora bien, la medida de KMO de .775 muestra un valor apropiado. De igual manera, la prueba de esfericidad de Barlett fue estadísticamente significativa ($X^2=674.73$, $gl=231$, $p<0.001$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula (referida a que las variables a nivel poblacional se estructuran como una matriz identidad), siendo posible factorizar la matriz de correlaciones. En relación con la extracción inicial de factores, en la Tabla 21 se puede observar que cinco de estos tiene autovalores iniciales superiores a 1, que explican el 65.85 % de la varianza total explicada.

Lo que permite sustentar que la escala de Maslach *Burnout Inventory* presenta un modelo multidimensional.

Tabla 21.

Varianza Total Explicada Maslach Burnout Inventory (postest)

Factor	Autovalores Iniciales			Suma de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	7.440	33.816	33.816	7.059	32.089	32.089
2	2.780	12.638	46.454	2.386	10.844	42.933
3	1.832	8.328	54.781	1.435	6.525	49.458
4	1.271	5.778	60.559	0.854	3.880	53.338
5	1.165	5.294	65.853	0.711	3.234	56.572
6	0.925	4.207	70.060			
7	0.827	3.758	73.817			
8	0.799	3.631	77.448			
9	0.696	3.165	80.613			
10	0.629	2.857	83.471			
11	0.525	2.385	85.855			
12	0.500	2.271	88.126			
13	0.463	2.104	90.230			
14	0.431	1.960	92.190			
15	0.381	1.730	93.920			
16	0.344	1.564	95.484			
17	0.247	1.122	96.606			
18	0.221	1.003	97.609			
19	0.190	0.866	98.474			
20	0.159	0.724	99.199			
21	0.092	0.418	99.616			
22	0.084	0.384	100.000			

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En la Tabla 22 se puede ver la relación inicial de los ítems de la escala de acuerdo con los cinco factores o dimensiones subyacentes y la correlación entre estos.

Tabla 22.

Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (postest)

Ítems	Factor				
	1	2	3	4	5
pos_mbi_ee_1	.873				
pos_mbi_ee_2	.752		.337		
pos_mbi_ee_3	.837				
pos_mbi_ee_6	.590		.317		
pos_mbi_ee_8	.783				.333

pos_mbi_ee_13	.572		.367		.339
pos_mbi_ee_14	.590				
pos_mbi_ee_16	.333		.307	.517	
pos_mbi_ee_20					.601
pos_mbi_dp_5			.783		
pos_mbi_dp_10				.776	
pos_mbi_dp_11			.589	.321	
pos_mbi_dp_15					
pos_mbi_dp_22	.355				.543
pos_mbi_pa_4		.525			
pos_mbi_pa_7		.752			
pos_mbi_pa_9		.712			
pos_mbi_pa_12	-.574	.313			
pos_mbi_pa_17		.620			
pos_mbi_pa_18	-.399	.607			
pos_mbi_pa_19		.490	-.463		-.335
pos_mbi_pa_21		.495	-.353		
Método de Extracción: Factorización de Eje Principal					
Método de Rotación: Varimax con normalización Kaiser					

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Por otro lado, en la matriz de factor rotado inicial se puede observar que existen variables que saturan en dos o más factores de manera simultánea. Razón por la cual, se realizó una repetición del análisis factorial exploratorio eliminando las variables cuya saturación aparece en dos o más factores. El resultado del nuevo análisis presenta un grupo de tres factores subyacentes, en los que se eliminaron 11 variables pos_mbi_ee_2, pos_mbi_ee_6, pos_mbi_ee_13, pos_mbi_ee_16, pos_mbi_ee_20, pos_mbi_dp_15, pos_mbi_dp_22, pos_mbi_pa_12, pos_mbi_pa_17, pos_mbi_pa_18, pos_mbi_pa_19 y pos_mbi_pa_21. Asimismo, se mantuvieron cuatro ítems para el AE, tres ítems para DP y tres ítems para PA. El resultado se puede observar en la Tabla 23.

Tabla 23.

Matriz de Factor Rotado Maslach Burnout Inventory (postest)

Ítems	Factor		
	1	2	3
pos_mbi_ee_1	.966		
pos_mbi_ee_3	.813		
pos_mbi_ee_8	.869		
pos_mbi_ee_14	.520		
pos_mbi_dp_5		.715	
pos_mbi_dp_10		.519	
pos_mbi_dp_11		.727	

pos_mbi_pa_4	.535
pos_mbi_pa_7	.777
pos_mbi_pa_9	.685
Método de Extracción: Factorización de Eje Principal	
Método de Rotación: Varimax con normalización Kaiser	

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

El valor de la varianza total explicada con los tres factores es de 68.41 %. Una vez que se han encontrado tres factores con cargas factoriales altas, se verifica la confiabilidad resultante con los ítems que se mantienen presentes (Tabla 24).

Tabla 24.

Alpha de Cronbach Maslach Burnout Inventory (Postest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Escala MBI-HSS	26.12	7.742	0-6	11	.709
Subescala Agotamiento Emocional (AE)	9.03	5.72	0-6	4	.869
Subescala Despersonalización (DP)	3.07	2.988	0-6	3	.688
Subescala Realización Personal (PA)	14.02	3.197	0-6	3	.701

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En el resultado final de luego de la aplicación del AFE se puede observar que la escala de Maslach *Burnout* Inventory, de 10 ítems (4 ítems de AE, 3 de DP y 3 de PA), dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach: $\alpha=.818$ (M=26.12 DE=7.742). La subescala de AE $\alpha=.869$ (M=9.03, DE=5.72); la subescala de DP $\alpha=.649$ (M=3.07, DE=2.988) y la subescala de PA $\alpha=.701$ (M=14.02, DE=3.197).

4.2.2.2 AFE Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo (postest)

En la Tabla 25 se observa el resultado de la prueba KMO y Barlett inicial de la escala Aceptación y Acción en el Trabajo de 7 ítems.

Tabla 25.

Prueba KMO y Barlett Aceptación y Acción en el Trabajo (Postest)

Medida	Prueba de Esfericidad de Bartlett			
	Valor	Aprox. Chi-cuadrado	Grados de Libertad	Significancia
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.829	251.145	21	.001

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Por consiguiente, la medida de KMO de .829 enseña un valor que se considera apropiado. De igual manera, la prueba de esfericidad de Barlett fue estadísticamente significativa ($X^2=251.15$, $gl=21$, $p<0.001$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula, siendo posible factorizar la matriz de correlaciones. En el ámbito de la extracción inicial de factores, en la Tabla 26, se puede observar que existe 1 autovalor inicial superior a 1 que explican el 62.33 % de la varianza total explicada. Lo que permite sustentar que la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo no presenta un modelo multidimensional.

Tabla 26.

Varianza Total Explicada Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

Factor	Autovalores Iniciales			Suma de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	4.363	62.332	62.332	3.946	56.371	56.371
2	0.871	12.437	74.769			
3	0.752	10.742	85.510			
4	0.361	5.151	90.661			
5	0.248	3.541	94.202			
6	0.235	3.353	97.555			
7	0.171	2.445	100.000			

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Debido a que no existe un modelo multidimensional no se requiere de un proceso de rotación. El resultado de las saturaciones de cada variable se presenta en la Tabla 27 y tienen valores altos.

Tabla 27.

Matriz de Factor Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

Ítems	Factor
	1
prt_waaq_fp_1	.809
prt_waaq_fp_2	.694
prt_waaq_fp_3	.879
prt_waaq_fp_4	.727
prt_waaq_fp_5	.760
prt_waaq_fp_6	.630
prt_waaq_fp_7	.731

Método de Extracción: Factorización de Eje Principal

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Una vez que se conoce el resultado de la extracción de factores con saturaciones altas, se verifica la confiabilidad resultante de los ítems que se mantienen presentes (Tabla 24).

Tabla 28.

Alpha de Cronbach Aceptación y Acción en el Trabajo (postest)

Escala	M	DE	Rango	Ítems	α
Aceptación y Acción en el Trabajo WAAQ	39.02	7.082	1-7	7	.893

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Por ende, en el resultado final del postest, luego del AFE, no hay cambios; razón por la cual se puede observar que la escala del Cuestionario de Aceptación y Acción en el Trabajo (WAAQ) de 7 ítems dio como resultado en el análisis de confiabilidad un Alpha de Cronbach $\alpha=.893$ (M=39.02, DE=7.082), similar al análisis inicial antes del AFE.

4.3 Análisis Factorial Confirmatorio

El AFC (Análisis Factorial Confirmatorio) es una técnica estadística que se usa para la confirmación de la estructura factorial de un conjunto de variables estudiadas. Esta se utiliza para probar y confirmar si la estructura factorial de un conjunto de datos es consistente con las hipótesis teóricas o modelos antes establecidos. Así pues, el AFC es una extensión del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), que se utiliza para explorar la estructura factorial de un conjunto

de datos sin hipótesis previas. En contraste, el AFC se basa en un modelo teórico preexistente y se utiliza para evaluar la adecuación del modelo a los datos observados.

De igual forma, en este se especifica un modelo teórico que describe la relación entre las variables observadas y los factores latentes subyacentes, para ajustar el modelo a los datos observados y evaluar la adecuación del modelo a los datos. Los parámetros del modelo, como las cargas factoriales y las covarianzas entre factores, se estiman a partir de los datos observados. En consecuencia, la evaluación de la adecuación del modelo se realiza mediante diversos estadísticos, como el GFI (índice de bondad de ajuste), el CFI (índice de ajuste comparativo), el RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) y el NFI (índice de ajuste incremental). Estos indican qué tan bien se ajusta el modelo a los datos observados y, por lo tanto, qué tan bien se confirma la estructura factorial propuesta. La Tabla 29 muestra algunos de los estadísticos más usados con sus respectivos valores críticos (sugeridos en la literatura investigada).

Tabla 29.

Estadísticos y Criterios de Referencia para el AFC

Estadístico	Abreviatura	Criterio
<i>Ajuste absoluto</i>		
Chi-cuadrado	χ^2	Significación > .05
Razón Chi-cuadrado / grados de libertad	χ^2/gl	< 3
Índice de bondad de ajuste	GFI	$\geq .95$
Índice de bondad de ajuste corregido	AGFI	$\geq .95$
Raíz del residuo cuadrático medio	RMR	Próximo a 0
Raíz cuadrada media del error de aproximación	RMSEA	< 0,05
<i>Ajuste comparativo</i>		
Índice de ajuste comparativo	CFI	$\geq .95$
Índice de Tucker-Lewis	TLI	$\geq .95$
Índice de ajuste normalizado	NFI	$\geq .95$
<i>Ajuste parsimonioso</i>		
Corregido por parsimonia	PNFI	Próximo a 1

Nota. Elaboración propia

4.3.1 Prueba inicial (pretest)

4.3.1.1 AFC de la Escala Maslach *Burnout Inventory* (pretest)

En la Figura 8 se observa el Modelo AFC de la escala Maslach *Burnout Inventory*, de 11 ítems, obtenido del AFE de tres factores: cinco ítems de AE; tres ítems de DP y tres ítems de PA.

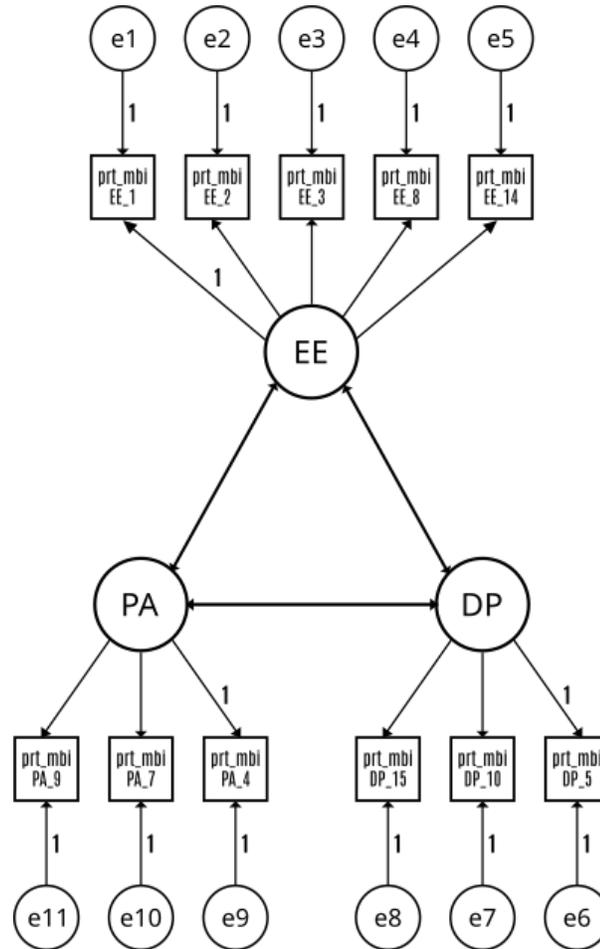


Figura 8. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 3 factores (pretest)

Tabla 30.

Índices de Ajuste AFC Maslach Burnout Inventory (pretest)

Índices	Factores	
	3	1
X^2	0.647	2.283
P	.961	.001
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	1.000	.839
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	1.055	.799
Índice de Ajuste Incremental (IFI)	1.040	.844
Índice de la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA)	.001	.149
Índice de Comparación de Akaike (AIC)	76.513	144.446

Nota. AMOS versión 24. Elaboración propia

En el ámbito los parámetros establecidos, el modelo del AFC de la Escala Maslach *Burnout Inventory*, que es objeto de estudio, se ajusta de manera satisfactoria con los tres factores de AE (cinco ítems), DP (tres ítems) y PA (tres ítems). Por otro lado, en la Ilustración 2 se observa el Modelo AFC de la escala Maslach *Burnout Inventory* de un factor. En el AFC es necesario realizar la evaluación del modelo integrando las variables en un solo factor para comparar los índices de ajuste.

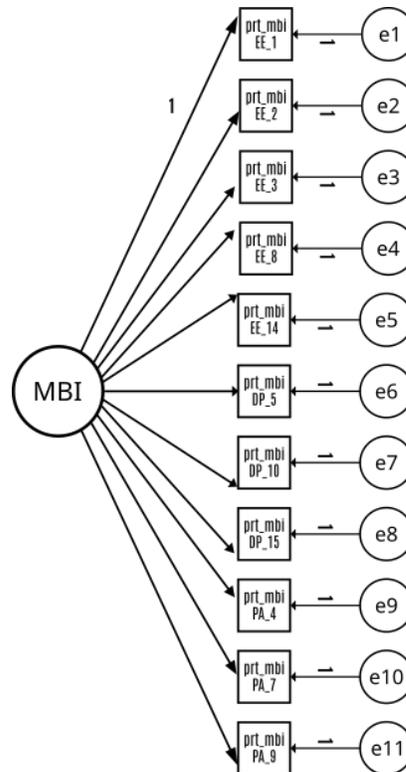


Figura 9. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 1 Factor (pretest)

Por ende, en la Tabla 30 se observa la comparación de los índices de ajuste del modelo de tres factores obtenido del AFE y el de un factor.

4.3.1.2 AFC de la Escala Aceptación y Acción en el Trabajo (pretest)

De acuerdo con el AFE, la escala Aceptación y Acción en el Trabajo, de 7 ítems, no determinó dimensiones subyacentes, razón por la cual no se aplicará el AFC.

4.3.2 Prueba final (postest)

4.3.2.1 AFC de la Escala Maslach *Burnout Inventory* (postest)

En la Figura 10 se observa el Modelo AFC de la escala Maslach *Burnout Inventory* de 10 ítems obtenido del AFE de 3 factores: 4 ítems de AE; 3 ítems de DP y, 3 ítems de PA.

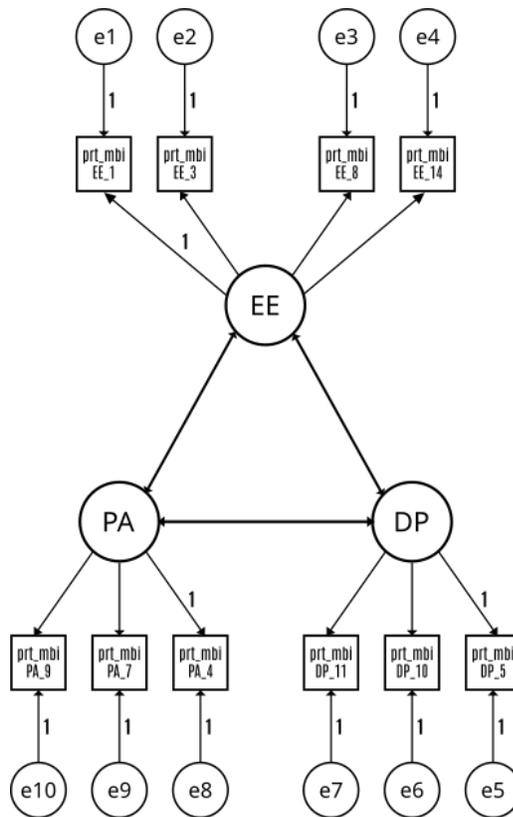


Figura 10. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 3 factores (postest)

Asimismo, en la Figura 11 se observa el Modelo AFC de la escala Maslach *Burnout* Inventory de un factor. En el AFC es necesario realizar la evaluación del modelo integrando las variables en un solo factor para comparar los índices de ajuste.

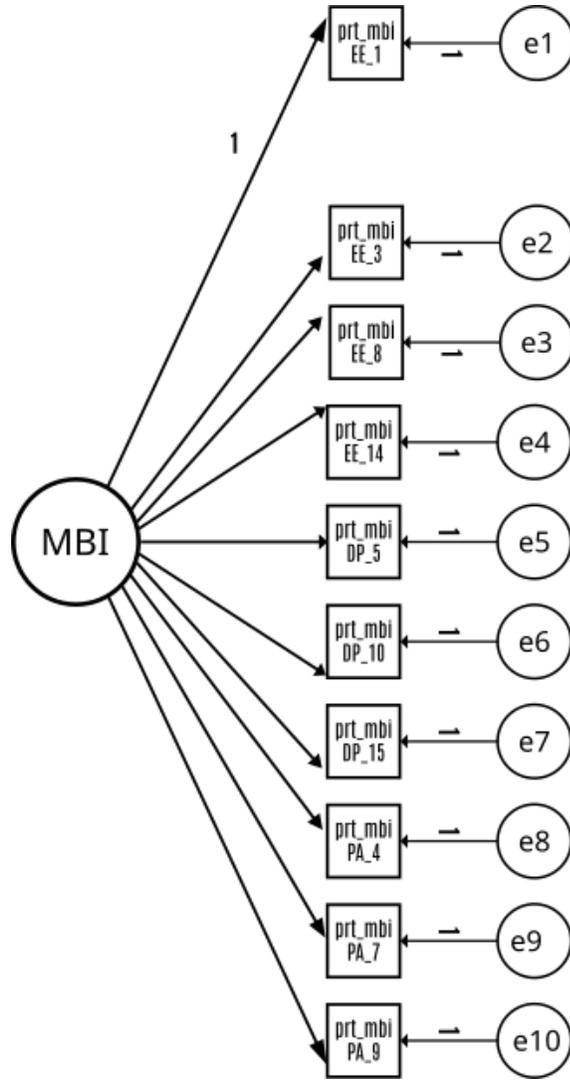


Figura 11. Modelo AFC Maslach Burnout Inventory 1 Factor (postest)

Por lo tanto, en la Tabla 31 se observa la comparación de los índices de ajuste del modelo de tres factores obtenido del AFE y el de un factor.

Tabla 31.

Índices de Ajuste AFC Maslach Burnout Inventory (postest)

Índices	Factores	
	3	1
X^2	1.216	2.879
P	.186	.001
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	.967	.687
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	.954	.597
Índice de Ajuste Incremental (IFI)	.969	.701
Índice de la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA)	.061	.180
Índice de Comparación de Akaiké (AIC)	84.916	140.767

Nota. AMOS versión 24. Elaboración propia

En función de los parámetros establecidos, el modelo del AFC de la Escala Maslach *Burnout Inventory*, que es objeto de estudio, se ajusta de manera satisfactoria con los tres factores de AE (cuatro ítems), DP (tres ítems) y PA (tres ítems).

4.3.2.2 AFC de la Escala Aceptación y Acción en el Trabajo (postest)

De acuerdo con el AFE, la escala Aceptación y Acción en el Trabajo de siete ítems no determinó dimensiones subyacentes, razón por la cual no se aplicará el AFC.

4.4 Análisis de Normalidad

La prueba estadística de normalidad de Kolmogórov-Smirnov es utilizada para establecer si una muestra de datos sigue una distribución normal o no. La prueba se basa en la comparación de la distribución empírica de los datos con la distribución teórica de una distribución normal. Además, el procedimiento de la prueba de Kolmogórov-Smirnov consiste en comparar la función de distribución empírica de los datos con la función de distribución acumulativa de una distribución normal teórica. La prueba calcula la máxima distancia entre ambas funciones.

Por tal motivo, el valor crítico de la prueba de Kolmogórov-Smirnov depende del tamaño de la muestra y del nivel de significancia deseado. Si el valor calculado es menor que el valor crítico, se acepta la hipótesis nula de que los datos tienen una distribución normal. Si el valor calculado es mayor que el valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que los datos no siguen una distribución normal.

4.4.1 Prueba inicial (pretest)

En la Tabla 32 se observa el análisis de normalidad realizado con la prueba Kolmogórov-Smirnov de las dimensiones de la Escala Maslach *Burnout Inventory* y de la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

Tabla 32.

Análisis de Normalidad Prueba Kolmogórov-Smirnov (pretest)

Escala	Estadístico	gl	Sig.	M	DE
Agotamiento Emocional (AE)	.101	59	.200	12.881	8.049
Despersonalización (DP)	.242	59	.000	2.101	3.004
Realización Personal (PA)	.150	59	.002	13.796	3.590
Aceptación y Acción en el Trabajo	.118	59	.039	38.016	8.384

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

En el ámbito de la información de la Tabla 28, para los valores de ($p > \alpha = 0.05$), no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, lo que confirma que los datos tienen una distribución normal. La escala de AE cumple con el supuesto de normalidad ($p = .200 > \alpha = 0.05$). En todos los casos restantes ($p < \alpha = 0.05$) existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y se acepta la alterna, confirmando que los datos no siguen una distribución normal. En los casos de la escala de DP ($p = .000 < \alpha = 0.05$), PA ($p = .002 < \alpha = 0.05$) y Aceptación y Acción en el Trabajo ($p = .039 < \alpha = 0.05$) no existe normalidad.

4.4.2 Prueba final (postest)

En la Tabla 33 se observa el análisis de normalidad realizado con la prueba Kolmogórov-Smirnov de las dimensiones de la Escala Maslach *Burnout Inventory* y de la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

Tabla 33.

Análisis de Normalidad Prueba Kolmogórov-Smirnov (postest)

Escala	Estadístico	gl	Sig.	M	DE
Agotamiento Emocional (AE)	.113	59	.061	9.033	5.724
Despersonalización (DP)	.153	59	.001	3.067	2.987
Realización Personal (PA)	.133	59	.001	14.016	3.197

Aceptación y Acción en el Trabajo	.132	59	.012	39.016	7.082
-----------------------------------	------	----	------	--------	-------

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

De acuerdo con la información de la Tabla 28, para los valores de ($p > \alpha = 0.05$), no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, lo que confirma que los datos siguen una distribución normal. La escala de AE cumple con el supuesto de normalidad ($p = .061 > \alpha = 0.05$). En todos los casos restantes ($p < \alpha = 0.05$) existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, confirmando que los datos no siguen una distribución normal. En los casos de la escala de DP ($p = .001 < \alpha = 0.05$), PA ($p = .001 < \alpha = 0.05$) y Aceptación y Acción en el Trabajo ($p = .012 < \alpha = 0.05$) no existe normalidad. En consecuencia, los resultados de normalidad indicaron que, para el análisis de correlación se debe utilizar un método de estadística no paramétrica, para determinar la relación en las dimensiones de la Escala Maslach *Burnout Inventory* y de la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

4.5 Análisis de correlación

La correlación de Spearman es una medida estadística no paramétrica utilizada para la medición de la relación entre dos variables. Esta es adecuada para analizar la relación entre dos variables cuando los datos son en escala ordinal o cuando no se puede asumir una distribución normal de los datos. Los datos en escala ordinal son estos en los que los valores se pueden ordenar, pero no se puede asumir una igualdad de intervalos entre los valores. También, puede ser útil para analizar la relación entre variables categóricas que se han convertido en valores ordinales, como en el caso de los cuestionarios de Maslach *Burnout Inventory* y el de Aceptación y Acción en el Trabajo.

Por tal motivo, el coeficiente de correlación de Spearman puede variar entre -1 y 1, donde un valor de -1 evidencia una correlación negativa perfecta entre las dos variables, 0 significa que no hay correlación y 1 señala una correlación positiva perfecta. Es importante tener en cuenta que la correlación de Spearman solo mide la relación monotónica entre variables y no tiene en cuenta la magnitud de la relación.

4.5.1 Prueba inicial (pretest)

En la Tabla 34 se observa el análisis de correlación realizado con la prueba del Coeficiente Spearman de las subescalas de AE, DP y PA, de la escala de Maslach *Burnout* Inventory y de la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

Tabla 34.

Análisis de Coeficiente de Correlación Prueba de Spearman (pretest)

Escala		Agotamiento Emocional (AE)	Despersonalización (DP)	Realización Personal (PA)	Aceptación y Acción en el Trabajo
Agotamiento Emocional (AE)	Coeficiente de correlación	1.000	.365	.014	-.313
	Sig. (bilateral)		.004	.916	.016
	Tipo Relación		Directa Débil	Directa Escasa o Nula	Inversa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	.365	1.000	-.324	-.381
Despersonalización (DP)	Sig. (bilateral)	.004		.012	.003
	Tipo Relación	Directa Débil		Inversa Débil	Inversa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	.014	-.324	1.000	.414
	Sig. (bilateral)	.916	.012		.001
Realización Personal (PA)	Tipo Relación	Directa Escasa o Nula	Inversa Débil		Directa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	-.313	-.381	.414	1.000
	Sig. (bilateral)	.016	.003	.001	
	Tipo Relación	Inversa Débil	Inversa Débil	Directa Débil	
Aceptación y Acción en el Trabajo	N	59	59	59	59

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Los valores del coeficiente ρ de Spearman presentan índices bajos de correlación. Tan solo la escala de PA ($\rho=.414$) tiene una correlación significativa con la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

4.5.2 Prueba final (postest)

En la Tabla 35 se observa el análisis de correlación realizado con la prueba del Coeficiente Spearman de las subescalas de AE, DP y PA, de la escala de Maslach *Burnout* Inventory y de la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

Tabla 35.

Análisis de Coeficiente de Correlación Prueba de Spearman (postest)

Escala		Agotamiento Emocional (AE)	Despersonalización (DP)	Realización Personal (PA)	Aceptación y Acción en el Trabajo
Agotamiento Emocional (AE)	Coeficiente de correlación	1.000	.371	-.067	-.395
	Sig. (bilateral)		.004	.617	.002
	Tipo Relación		Directa Débil	Inversa Escasa o Nula	Inversa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	.371	1.000	-.287	-.382
Despersonalización (DP)	Sig. (bilateral)	.004		.027	.003
	Tipo Relación	Directa Débil		Inversa Débil	Inversa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	-.067	-.287	1.000	.389
	Sig. (bilateral)	.617	.027		.002
Realización Personal (PA)	Tipo Relación	Inversa Escasa o Nula	Inversa Débil		Directa Débil
	N	59	59	59	59
	Coeficiente de correlación	-.395	-.382	.389	1.000
	Sig. (bilateral)	.002	.003	.002	
	Aceptación y Acción en el Trabajo				

Tipo Relación	Inversa Débil	Inversa Débil	Directa Débil		
N		59	59	59	59

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Los valores del coeficiente ρ de Spearman presentan índices bajos de correlación. Solo la escala de PA ($\rho=.389$) tiene una correlación significativa con la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo.

4.6 Contraste de Hipótesis según Variables Sociodemográficas

En la Tabla 36 se indica la caracterización y resultados descriptivos de los participantes en virtud de las variables sociodemográficas que se utilizan en la investigación.

Tabla 36.

Caracterización y Resultados Descriptivos de los Participantes según Variables Sociodemográficas

Variable	Grupos	N	%	M	DE	Mínimo	Máximo
Edad	22-28	20	33.90 %				
	28-34	15	25.42 %				
	34-40	9	15.25 %				
	40-46	7	11.86 %				
	46-52	2	3.39 %				
	52-58	5	8.47 %				
	58-64	1	1.69 %				
	Total	59	100.00 %	34.54	10.092	22	62
Sexo	Hombre	13	22.03 %				
	Mujer	46	77.97 %				
	Total	59	100.00 %	1.78	0.418	1	2
Estado Civil	Casado/a	23	38.98 %				
	Divorciado/a	4	6.78 %				
	Soltero/a	27	45.76 %				
	Unión libre	4	6.78 %				
	Viudo/a	1	1.69 %				
	Total	59	100.00 %	2.25	1.108	1	5
Modalidad de Contrato	Contrato Definitivo	7	11.86 %				
	Contrato Ocasional	1	1.69 %				
	Contrato Provisional	15	25.42 %				
	Nombramiento	1	1.69 %				
	Total	24	40.68 %				

	Servicios						
	Ocasionales	35	59.32 %				
	Total	59	100.00 %	3.95	1.419	1	5
Tiempo de Servicio	Menos de un año	29	49.15 %				
	1 año a 3 años	3	5.08 %				
	4 años a 6 años	7	11.86 %				
	7 años a 9 años	5	8.47 %				
	10 años a 13 años	11	18.64 %				
	14 años a 15 años	1	1.69 %				
	Mayor a 15 años	3	5.08 %				
	Total	59	100.00 %	5.12	2.182	1	7

Nota. Elaboración propia

En la Tabla 37 se indican los resultados descriptivos de las Escalas Maslach *Burnout* Inventory y de Aceptación y Acción en el Trabajo, que son de interés para la investigación, medidos en la fase de pretest y de postest.

Tabla 37.

Resultados Descriptivos de las Escalas Maslach Burnout Inventory y de Aceptación y Acción en el Trabajo

Fase	Variable	N	M	DE	Mínimo	Máximo
pretest	MBI	59	28.779	10.461	7	66
	WAAQ	59	38.02	8.384	13	49
postest	MBI	59	26.118	7.741	11	46
	WAAQ	59	39.02	7.082	22	49

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

4.6.1 Análisis de hipótesis

La prueba de Wilcoxon es una no paramétrica utilizada para comparar dos muestras pareadas o relacionadas. Esta prueba es útil cuando los datos no cumplen con los supuestos de normalidad o la escala de medición es ordinal. En la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas se calcula la diferencia entre los valores de las dos muestras emparejadas y se ordenan de menor a mayor. Se asignan rangos a estas diferencias y se calcula el estadístico de prueba Z, que es la suma de los rangos de las diferencias positivas o negativas, dependiendo del signo de la diferencia. El valor de Z se compara con un valor crítico, si el valor de Z es menor que el valor crítico, se concluye que las dos muestras emparejadas son similares. En cambio, si el valor de Z es mayor que el valor crítico, se entiende que hay diferencias significativas entre las dos muestras emparejadas.

4.6.1.1 Escala Maslach *Burnout* Inventory – Pretest/Postest

En la Tabla 38 se observa el análisis de la prueba de Wilconxon para las subescalas del cuestionario Maslach *Burnout* Inventory, entre las muestras emparejadas del pretest y del postest.

Tabla 38.

Prueba de Wilconxon Escala Maslach *Burnout* Inventory pretest/postest

Estadístico ^a	Agotamiento Emocional (AE)	Despersonalización (DP)	Realización Personal (PA)
Z	-4.953 ^b	-2.810 ^c	-.244 ^c
Sig. Asintótica (bilateral)	.001	.005	.807

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.
c. Se basa en rangos negativos.

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

El resultado de la prueba de Wilconxon señala que se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en las subescalas de Maslach *Burnout* Inventory. AE (Z=-4.953, $p < 0.05 = .001$); DP (Z=-2.810, $p < 0.05 = .005$) y PA (Z=-.244, $p < 0.05 = .807$); lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional pudo reducir los niveles de *Burnout* en los participantes en las subescalas de AE y de DP.

4.6.1.2 Tamaño del efecto

En la Tabla 35 se observa el análisis del tamaño del efecto para la subescala del cuestionario Maslach *Burnout* Inventory, AE. La subescala de AE cumple con los supuestos de normalidad en el pretest ($p = .200 > \alpha = 0.05$) y en el postest ($p = .061 > \alpha = 0.05$). Razón por la cual se evalúa el tamaño del efecto sobre esta subescala, que representa el parámetro de reducción para los niveles de *burnout* en la población de estudio. El tamaño del efecto se mide con el índice de Cohen, cuyo valor se puede interpretar de la siguiente forma: Pequeño ≤ 0.2 , Mediano > 0.2 y ≤ 0.5 y Grande > 0.5 .

Tabla 39.

Tamaño del Efecto Subescala AE

Escala	M	DE	t-student	p	Δ Cohen
Agotamiento Emocional (AE)	3.847	5.486	5.387	.001	0.701

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

El resultado de la medición indica que el efecto de la subescala de AE ($d=0.701$) es grande en la intervención Contextual-Funcional.

4.6.1.3 Escala Aceptación y Acción en el Trabajo – pretest/postest

En la Tabla 40 se evidencia el análisis de la prueba de Wilconxon para la Escala de Aceptación y Acción en el Trabajo entre las muestras emparejadas del pretest y del postest.

Tabla 40.

Prueba de Wilconxon Escala Aceptación y Acción en el Trabajo pretest/postest

Estadístico ^a	Aceptación y Acción en el Trabajo
Z	-.955 ^c
Sig. Asintótica (bilateral)	0.340

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.
c. Se basa en rangos negativos.

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Por tanto, el resultado de la prueba de Wilconxon señala que no se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest en la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo ($Z=-.955$, $p=<0.05=.340$). Lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional no pudo reducir los niveles de Inflexibilidad Psicológica en los participantes.

4.6.2 Evaluación de los Niveles de Burnout según el Género de los Participantes.

La Tabla 41 muestra el resultado de la aplicación de la intervención contextual – funcional según el género de los participantes de la investigación de la subescala AE, de la escala

Maslach *Burnout* Inventory. Cuyos valores en las medias indican una variación significativa aplicada al género.

Tabla 41.

Estadísticas de muestras relacionadas según Género

Género	Escala	Media	N	DE	De Error promedio
Mujeres	AE pretest	11.91	46	7.705	1.136
	AE posttest	8.54	46	5.520	0.814
Hombres	AE pretest	16.31	13	8.616	2.390
	AE posttest	10.77	13	6.300	1.747

Nota. Elaboración propia

Tabla 42.

Tamaño del Efecto en Hombres y Mujeres. AE

Escala	M	DE	t-student	p	Δ Cohen
AE (Hombres)	5.538	4.875	4.096	.001	1.136
AE (Mujeres)	3.37	5.603	4.079	.001	0.601

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

Ahora bien, en la Tabla 42 se puede ver el resultado de la medición del efecto de la subescala de AE en Hombres ($d=1.136$) y en las Mujeres ($d=0.601$). Cuya interpretación indica que es grande y demuestra que la intervención contextual-funcional generó resultados favorables en la población objetivo del estudio.

4.6.2.1 Valoración de los Niveles de *Burnout* según el Género de los Participantes.

La Tabla 43 muestra la valoración de las subescalas del Cuestionario Maslach *Burnout* Inventory que se utilizó en la investigación.

Tabla 43.

Valoración de las Subescalas de MBI-HSS

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional (AE)	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54(*)
Despersonalización (DP)	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30(*)
Realización Personal (PA)	De 0 a 33(*)	De 34 a 39	De 40 a 56

Nota. SPSS versión 25. Elaboración propia

No obstante, la Tabla 44 muestra la valoración de la subescala de AE en el pretest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), los hombres alcanzan el 46.15 % y las mujeres el 53.85 %.

Tabla 44.

Valoración de la Subescala de AE (pretest)

Sexo	Agotamiento Emocional (AE)							
	Bajo (0 a 18)		Medio (19 a 26)		Alto (27 a 54)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	5	14.71 %	2	16.67 %	6	46.15 %	13	22.03 %
Mujer	29	85.29 %	10	83.33 %	7	53.85 %	46	77.97 %
	34	100.00 %	12	100.00 %	13	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Además, la Tabla 45 muestra la valoración de la subescala de AE en el postest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), los hombres alcanzan el 45.45 % y las mujeres el 54.55 %.

Tabla 45.

Valoración de la Subescala de AE (postest)

Sexo	Agotamiento Emocional (AE)							
	Bajo (0 a 18)		Medio (19 a 26)		Alto (27 a 54)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	5	13.51 %	3	27.27 %	5	45.45 %	13	22.03 %
Mujer	32	86.49 %	8	72.73 %	6	54.55 %	46	77.97 %
	37	100.00 %	11	100.00 %	11	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Los valores para hombres y mujeres se redujeron en función de la intervención Contextual – Funcional; sin embargo, se mantiene un nivel alto en el caso de las mujeres. Por otro lado, la Tabla 46 muestra la valoración de la subescala de DP en el pretest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), los hombres alcanzan el 62.50 % y las mujeres el 37.50 %.

Tabla 46.

Valoración de la Subescala de DP (pretest)

Sexo	Despersonalización (DP)							
	Bajo (0 a 5)		Medio (6 a 9)		Alto (10 a 30)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	6	16.22 %	2	14.29 %	5	62.50 %	13	22.03 %
Mujer	31	83.78 %	12	85.71 %	3	37.50 %	46	77.97 %
	37	100.00 %	14	100.00 %	8	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

La Tabla 47 muestra la valoración de la subescala de DP en el postest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), los hombres alcanzan el 66.67 % y las mujeres el 33.33 %.

Tabla 47.

Valoración de la Subescala de DP (pretest)

Sexo	Despersonalización (DP)							
	Bajo (0 a 5)		Medio (6 a 9)		Alto (10 a 30)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	7	18.42 %	2	13.33 %	4	66.67 %	13	22.03 %
Mujer	31	81.58 %	13	86.67 %	2	33.33 %	46	77.97 %
	38	100.00 %	15	100.00 %	6	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Los valores para hombres y mujeres muestran una diferencia de 4.17 % entre la prueba pretest y la prueba postest, que señala un incremento para el grupo de hombres. Mientras que, la Tabla 48 muestra la valoración de la subescala de PA en el pretest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), los hombres alcanzan el 33.33 % y las mujeres el 66.67 %.

Tabla 48.

Valoración de la Subescala de PA (pretest)

Sexo	Realización Personal (PA)							
	Bajo (0 a 33)*		Medio (34 a 39)		Alto (40 a 56)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	8	33.33 %	2	18.18 %	3	12.50 %	13	22.03 %
Mujer	16	66.67 %	9	81.82 %	21	87.50 %	46	77.97 %
	24	100.00 %	11	100.00 %	24	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Ahora, la Tabla 49 muestra la valoración de la subescala de PA en el postest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), los hombres alcanzan el 33.33 % y las mujeres el 66.67 %.

Tabla 49.

Valoración de la Subescala de PA (postest)

Sexo	Realización Personal (PA)							
	Bajo (0 a 33)*		Medio (34 a 39)		Alto (40 a 56)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	8	33.33 %	2	15.38 %	3	13.64 %	13	22.03 %
Mujer	16	66.67 %	11	84.62 %	19	86.36 %	46	77.97 %
	24	100.00 %	13	100.00 %	22	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

En la subescala de PA no hay cambios. Las pruebas pretest y postest no muestran variaciones significativas. Por otro lado, la Tabla 46 muestra la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el pretest. En la valoración más baja (Bajo < 17*), no hay registro para el grupo de hombres y las mujeres alcanzan el 100.00 %.

Tabla 50.

Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (pretest)

Sexo	Flexibilidad Psicológica							
	Bajo (< 17)*		Medio (18 a 34)		Alto (35 a 49)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	0	0.00 %	5	26.32 %	8	20.51 %	13	22.03 %
Mujer	1	100.00 %	14	73.68 %	31	79.49 %	46	77.97 %
	1	100.00 %	19	100.00 %	39	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios de Inflexibilidad Psicológica. Elaboración propia

Sin embargo, la Tabla 51 muestra la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el postest. En la valoración más baja (Bajo < 17*), no hay registro para el grupo de hombres y de mujeres. Mientras que, en la valoración más alta (Alto 35 a 49), los hombres alcanzan una valoración de 19.05 %, inferior al 80.95 % de las mujeres, grupo que incrementó su valoración.

Tabla 51.

Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (postest)

Sexo	Flexibilidad Psicológica Total							
	Bajo (< 17)		Medio (18 a 34)		Alto (35 a 49)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombre	0	0.00 %	5	29.41 %	8	19.05 %	13	22.03 %
Mujer	0	0.00 %	12	70.59 %	34	80.95 %	46	77.97 %
	0	0.00 %	17	100.00 %	42	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios de Inflexibilidad Psicológica. Elaboración propia

4.6.2.2 Valoración de los Niveles de *Burnout* según la Edad de los Participantes.

La Tabla 52 muestra la valoración de la subescala de AE en el pretest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), la escala de edad entre 22 a 34 años muestra un elevado nivel de AE, con un 92.31 % acumulado en el rango de edad indicado.

Tabla 52.

Valoración de la Subescala de AE (pretest)

Edad	Agotamiento Emocional (AE)							
	Bajo (0 a 18)		Medio (19 a 26)		Alto (27 a 54)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	7	20.59 %	5	41.67 %	8	61.54 %	20	33.90 %
28-34	6	17.65 %	5	41.67 %	4	30.77 %	15	25.42 %
34-40	7	20.59 %	1	8.33 %	1	7.69 %	9	15.25 %
40-46	7	20.59 %	0	0.00 %	0	0.00 %	7	11.86 %
46-52	1	2.94 %	1	8.33 %	0	0.00 %	2	3.39 %
52-58	5	14.71 %	0	0.00 %	0	0.00 %	5	8.47 %
58-64	1	2.94 %	0	0.00 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	34	100.00 %	12	100.00 %	13	100.00 %	59	100.00 %

Nota: (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

La Tabla 53 muestra la valoración de la subescala de AE en el postest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), la escala de edad entre 22 a 34 años muestra un elevado nivel de AE con un 100.00 % acumulado en el rango de edad.

Tabla 53.**Valoración de la Subescala de AE (postest)**

Edad	Agotamiento Emocional (AE)							
	Bajo (0 a 18)		Medio (19 a 26)		Alto (27 a 54)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	8	21.62 %	5	45.45 %	7	63.64 %	20	33.90 %
28-34	8	21.62 %	3	27.27 %	4	36.36 %	15	25.42 %
34-40	7	18.92 %	2	18.18 %	0	0.00 %	9	15.25 %
40-46	7	18.92 %	0	0.00 %	0	0.00 %	7	11.86 %
46-52	1	2.70 %	1	9.09 %	0	0.00 %	2	3.39 %
52-58	5	13.51 %	0	0.00 %	0	0.00 %	5	8.47 %
58-64	1	2.70 %	0	0.00 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	37	100.00 %	11	100.00 %	11	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Así pues, la valoración de la subescala de AE en el rango de valoración más alta (Alto 27 a 54*) muestra un porcentaje elevado, para el rango de edad entre 22 y 34 años en las pruebas pretest y postest. Lo que indica que en los participantes de menor edad esta dimensión es más significativa. Más aún, la Tabla 54 muestra la valoración de la subescala de DP en el pretest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), la escala de edad entre 22 a 40 años muestra un elevado nivel de DP con un 100 % acumulado en el rango de edad indicado.

Tabla 54.**Valoración de la Subescala de DP (pretest)**

Edad	Despersonalización (DP)							
	Bajo (0 a 5)		Medio (6 a 9)		Alto (10 a 30)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	12	32.43 %	4	28.57 %	4	50.00 %	20	33.90 %
28-34	6	16.22 %	7	50.00 %	2	25.00 %	15	25.42 %
34-40	7	18.92 %	0	0.00 %	2	25.00 %	9	15.25 %
40-46	6	16.22 %	1	7.14 %	0	0.00 %	7	11.86 %
46-52	2	5.41 %	0	0.00 %	0	0.00 %	2	3.39 %
52-58	3	8.11 %	2	14.29 %	0	0.00 %	5	8.47 %
58-64	1	2.70 %	0	0.00 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	37	100.00 %	14	100.00 %	8	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

La Tabla 55 muestra la valoración de la subescala de DP en el postest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), la escala de edad entre 22 a 40 años muestra un elevado nivel de DP, con un 100 % acumulado en el rango de edad indicado. Además, se muestra una variación menor del 8.33 % en la escala de los 28 a 34 años y un incremento del 8.33 % en la escala de 34 a 40 años.

Tabla 55.

Valoración de la Subescala de DP (postest)

Edad	Despersonalización (DP)							
	Bajo (0 a 5)		Medio (6 a 9)		Alto (10 a 30)*		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	12	31.58 %	5	33.33 %	3	50.00 %	20	33.90 %
28-34	7	18.42 %	7	46.67 %	1	16.67 %	15	25.42 %
34-40	6	15.79 %	1	6.67 %	2	33.33 %	9	15.25 %
40-46	7	18.42 %	0	0.00 %	0	0.00 %	7	11.86 %
46-52	2	5.26 %	0	0.00 %	0	0.00 %	2	3.39 %
52-58	3	7.89 %	2	13.33 %	0	0.00 %	5	8.47 %
58-64	1	2.63 %	0	0.00 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	38	100.00 %	15	100.00 %	6	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

Por ende, la valoración de la subescala de DP en el rango de valoración más alta (Alto 10 a 30*), muestra un comportamiento similar al del AE, con porcentajes elevados para el rango de edad entre 22 y 40 años en las pruebas pretest y postest. Asimismo, la Tabla 56 muestra la valoración de la subescala de PA en el pretest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), la escala de edad entre 22 a 40 años muestra un bajo nivel de PA, con un 87.51 % acumulado en el rango de edad indicado. Se observa también un 8.33 % en la escala de 52 a 58 años.

Tabla 56.

Valoración de la Subescala de PA (pretest)

Edad	Realización Personal (PA)							
	Bajo (0 a 33)*		Medio (34 a 39)		Alto (40 a 56)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	10	41.67 %	3	27.27 %	7	29.17 %	20	33.90 %
28-34	7	29.17 %	2	18.18 %	6	25.00 %	15	25.42 %
34-40	4	16.67 %	2	18.18 %	3	12.50 %	9	15.25 %
40-46	1	4.17 %	3	27.27 %	3	12.50 %	7	11.86 %
46-52	0	0.00 %	0	0.00 %	2	8.33 %	2	3.39 %

52-58	2	8.33 %	0	0.00 %	3	12.50 %	5	8.47 %
58-64	0	0.00 %	1	9.09 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	24	100.00 %	11	100.00 %	24	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

La Tabla 57 muestra la valoración de la subescala de PA en el postest. No hay cambios en la valoración más baja (Bajo 0 a 33*). La escala de edad entre 22 a 40 años evidencia un bajo nivel de PA, con un 87.51 % acumulado en el rango de edad indicado. Se comprueba también un 8.33 % en la escala de 52 a 58 años.

Tabla 57.

Valoración de la Subescala de PA (postest)

Edad	Realización Personal (PA)							
	Bajo (0 a 33)*		Medio (34 a 39)		Alto (40 a 56)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	10	41.67 %	3	23.08 %	7	31.82 %	20	33.90 %
28-34	7	29.17 %	3	23.08 %	5	22.73 %	15	25.42 %
34-40	4	16.67 %	3	23.08 %	2	9.09 %	9	15.25 %
40-46	1	4.17 %	3	23.08 %	3	13.64 %	7	11.86 %
46-52	0	0.00 %	0	0.00 %	2	9.09 %	2	3.39 %
52-58	2	8.33 %	0	0.00 %	3	13.64 %	5	8.47 %
58-64	0	0.00 %	1	7.69 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	24	100.00 %	13	100.00 %	22	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios del síndrome de *Burnout*. Elaboración propia

En consecuencia, la valoración de la subescala de PA en el rango de valoración más bajo (Bajo 0 a 33*), no muestra cambios en el comportamiento. Se mantienen los porcentajes en cada escala de edad de las pruebas pretest y postest. En otro orden de ideas, la Tabla 58 muestra la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el pretest. En la valoración más baja (Bajo < 17*), la escala de edad entre 34 a 40 años muestra un participante, con el 100.00 % acumulado de inflexibilidad psicológica.

Tabla 58.

Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (pretest)

Edad	Flexibilidad Psicológica							
	Bajo (< 17)*		Medio (18 a 34)		Alto (35 a 49)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	0	0.00 %	8	42.11 %	12	30.77 %	20	33.90 %
28-34	0	0.00 %	6	31.58 %	9	23.08 %	15	25.42 %

34-40	1	100.00 %	2	10.53 %	6	15.38 %	9	15.25 %
40-46	0	0.00 %	0	0.00 %	7	17.95 %	7	11.86 %
46-52	0	0.00 %	1	5.26 %	1	2.56 %	2	3.39 %
52-58	0	0.00 %	1	5.26 %	4	10.26 %	5	8.47 %
58-64	0	0.00 %	1	5.26 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	1	100.00 %	19	100.00 %	39	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios de Inflexibilidad Psicológica. Elaboración propia

La Tabla 59 muestra la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el postest. En la valoración más baja (Bajo < 17*) existe una variación que muestra que en el nivel más bajo ya no hay participantes. Se muestran, además, ligeras variaciones en los niveles medio (Medio 18 a 34) y alto (Alto 35 a 49) que favorecen a los participantes.

Tabla 59.

Valoración de la Escala de Flexibilidad Psicológica (postest)

Edad	Flexibilidad Psicológica Total							
	Bajo (< 17)		Medio (18 a 34)		Alto (35 a 49)		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
22-28	0	0.00 %	7	41.18 %	13	30.95 %	20	33.90 %
28-34	0	0.00 %	5	29.41 %	10	23.81 %	15	25.42 %
34-40	0	0.00 %	3	17.65 %	6	14.29 %	9	15.25 %
40-46	0	0.00 %	0	0.00 %	7	16.67 %	7	11.86 %
46-52	0	0.00 %	1	5.88 %	1	2.38 %	2	3.39 %
52-58	0	0.00 %	0	0.00 %	5	11.90 %	5	8.47 %
58-64	0	0.00 %	1	5.88 %	0	0.00 %	1	1.69 %
	0	0.00 %	17	100.00 %	42	100.00 %	59	100.00 %

Nota. (*) Indica indicios de Inflexibilidad Psicológica. Elaboración propia

Por último, la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el rango de valoración más bajo (Bajo < 17*) muestra ligeros cambios en el comportamiento. Las variaciones de los porcentajes en cada escala de edad de las pruebas pretest y postest son poco significativas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron los niveles de inflexibilidad psicológica, burnout y los efectos de una intervención contextual-funcional para reducir los niveles de inflexibilidad psicológica y burnout.

5.1 Análisis de resultados: determinar los niveles de *burnout* por género

5.1.1 Agotamiento Emocional (AE)

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la subescala de AE en el Pretest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), los hombres alcanzan el 46.15 % y las mujeres el 53.85 %. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración de la subescala de AE en el postest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), los hombres alcanzan el 45.45 % y las mujeres el 54.55 %. Por ende, estos resultados muestran los valores para hombres se redujeron en función de la intervención contextual – funcional; sin embargo, se mantiene un nivel alto en el caso de las mujeres.

5.2 Análisis de resultados: determinar los niveles de *burnout* por género

5.2.1 Despersonalización (DP)

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la subescala de DP en el pretest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), los hombres alcanzan el 62.50 % y las mujeres el 37.50 %. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración, la valoración de la subescala de DP en el postest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), los hombres alcanzan el 66.67 % y las mujeres el 33.33 %. Así pues, estos resultados muestran los valores para hombres y mujeres, evidencian una diferencia de 4.17 % entre la prueba pretest y la postest, que señala un incremento para el grupo de hombres.

5.3 Análisis de resultados: determinar los niveles de burnout por género

5.3.1 Realización Personal (PA)

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la subescala de PA en el pretest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), los hombres alcanzan el 33.33 % y las mujeres el 66.67 %. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración de la subescala de PA en el postest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), los hombres alcanzan el 33.33 % y las mujeres el 66.67 %. Por tanto, estos resultados muestran que en la subescala de PA no hay cambios. Las pruebas pretest y postest no señalan variaciones significativas.

5.4 Análisis de resultados: determinar los niveles de inflexibilidad psicológica por género

Los resultados de estas variables de estudio afirman lo siguiente: la valoración de la escala de flexibilidad psicológica en el pretest. En la valoración más baja (Bajo < 17*) no hay registro para el grupo de hombres y las mujeres alcanzan el 100.00 %. Posterior a la aplicación de intervención el postest. En la valoración más baja (Bajo < 17*), no hay registro para el grupo de hombres y de mujeres. Por ende, estos resultados, en la valoración más alta (Alto 35 a 49), los hombres alcanzan una valoración de 19.05 %, inferior al 80.95 % de las mujeres, grupo que incrementó su valoración.

5.5 Análisis de resultados: determinar los niveles de burnout por edad

5.5.1 Agotamiento Emocional (AE)

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la subescala de AE en el pretest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), la escala de edad entre 22 a 34 años muestra un elevado nivel de AE, con un 92.31 % acumulado en el rango de edad indicado. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración de la subescala de AE en el postest. En la valoración más alta (Alto 27 a 54*), la escala de edad entre 22 a 34 años muestra un elevado nivel de AE con un 100.00 % acumulado en el rango de edad. Asimismo, estos resultados evidencian la valoración de la subescala de AE en el rango de valoración más alta (Alto 27 a 54*), señalan un porcentaje elevado para el rango de edad entre 22 y 34 años en las

pruebas pretest y postest. Lo que indica que en los participantes de menor edad esta dimensión es más significativa.

5.5.2 *Despersonalización (DP)*

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la subescala de DP en el pretest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), la escala de edad entre 22 a 40 años muestra un elevado nivel de DP con un 100 % acumulado en el rango de edad indicado. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración de la subescala de DP en el postest. Evidencia la valoración de la subescala de DP en el postest. En la valoración más alta (Alto 10 a 30*), la escala de edad entre 22 a 40 años señala un elevado nivel de DP con un 100 % acumulado en el rango de edad indicado. Estos resultados indican la valoración, se ve una variación menor del 8.33 % en la escala de los 28 a 34 años y un incremento del 8.33 % en la escala de 34 a 40 años.

5.5.3 *Realización Personal (PA)*

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la subescala de PA en el pretest. En la valoración más baja (Bajo 0 a 33*), la escala de edad entre 22 a 40 años muestra un bajo nivel de PA con un 87.51 % acumulado en el rango de edad indicado. Se observa, también, un 8.33 % en la escala de 52 a 58 años. Posterior a la aplicación de intervención, la valoración de la subescala de PA en el postest. No hay cambios en la valoración más baja (Bajo 0 a 33*). La escala de edad entre 22 a 40 años muestra un bajo nivel de PA con un 87.51 % acumulado en el rango de edad indicado, se muestra se observa también un 8.33 % en la escala de 52 a 58 años. En consecuencia, estos resultados evidencian la valoración de la subescala de PA en el rango de valoración más bajo (Bajo 0 a 33*), no señala cambios en el comportamiento. Se mantienen los porcentajes en cada escala de edad de las pruebas pretest y postest.

5.6 *Análisis de resultados: determinar los niveles de inflexibilidad psicológica por edad*

Los resultados de estas variables de estudio indican lo siguiente: la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el pretest. En la valoración más baja (Bajo < 17*), la escala de edad entre 34 a 40 años muestra un participante con el 100.00 % acumulado de Inflexibilidad

Psicológica. Posterior a la aplicación de intervención en la valoración más baja (Bajo < 17*). Existe una variación que señala que en el nivel más bajo ya no hay participantes. Se indica además ligeras variaciones en los niveles medio (Medio 18 a 34) y alto (Alto 35 a 49) que favorecen a los participantes. Por ende, estos resultados en la valoración de la escala de Flexibilidad Psicológica en el rango de valoración más bajo (Bajo < 17*), evidencian ligeros cambios en el comportamiento. Las variaciones de los porcentajes en cada escala de edad de las pruebas pretest y posttest son poco significativas.

5.7 Análisis de resultados: si se reduce la inflexibilidad psicológica y *Burnout* una vez realizada la intervención contextual- funcional

Ahora bien, en cuanto a la variable del estudio, inflexibilidad psicológica, los resultados nos dan una puntuación de inferioridad similar a otros estudios realizados al personal de salud. El resultado de la prueba de Wilcoxon señala que no se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo ($Z=-.955$, $p=<0.05=.340$). Lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional no pudo reducir los niveles de Inflexibilidad Psicológica en los participantes.

De igual manera, sucedió en estudios de Romero (2018) menciona que poseer una flexibilidad psicológica no quiere decir que se va a responder de forma adecuada al entorno de manera eficaz todo el tiempo; en vez de eso, se debe aceptar lo que pasa en el momento, aceptar que probablemente las cosas no resulten como se desee. Esta variable tiene varias dimensiones que permiten el desarrollo de muchas habilidades, permitiendo a la persona vincularse con los escenarios que causan malestar emocional.

Sin embargo, en lo que se refiere a las tres subescalas del *burnout* (AE, DP y RP), los resultados de la muestra fueron bastante similares a los obtenidos en otro estudio en el que se valoraban dichas variables en personal sanitario español, que atienden a pacientes geriátricos ((Bujalance Hoyos et al., 2001). El resultado de la prueba de Wilcoxon indica que se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en las subescalas de Maslach *Burnout* Inventory. AE ($Z=-4.953$, $p=<0.05=.001$); DP ($Z=-2.810$, $p=<0.05=.005$) y PA ($Z=-.244$, $p=<0.05=.807$). Lo cual expone que la aplicación de la intervención Contextual –

Funcional pudo reducir los niveles de *Burnout* en los participantes en las subescalas de AE y de DP.

En virtud de los resultados obtenidos en relación con la hipótesis inicial en la reducción de niveles de inflexibilidad psicológica, se considera que pudieron intervenir variables externas que limitaron el estudio. Siendo uno de estos el tamaño de la población, dado que esta comprometía la representatividad de la población limitando los resultados. Además, habría de considerarse que pudo causar un sesgo en las sesiones, por cuanto las realizó un solo profesional en psicología; misma profesional que era compañera de labores. Por lo que, en un primer momento, permitió *rapport* con los participantes. No obstante, pudo haber provocado sesgo debido a que, al momento de evaluar, pudo ocasionar que los profesionales que asistieron no revelen con sinceridad su sentir. Esto debido al contacto directo que mantienen en el diario quehacer de sus actividades laborales.

Por tal motivo, la subescala de AE cumple con los supuestos de normalidad en el pretest ($p=.200 > \alpha=0.05$) y en el posttest ($p=.061 > \alpha=0.05$). Razón por la cual se evalúa el tamaño del efecto sobre esta subescala que representa el parámetro de reducción para los niveles de *burnout* en la población de estudio. Así pues, el tamaño del efecto se mide con el índice de Cohen, cuyo valor se puede interpretar de esta manera: Pequeño ≤ 0.2 , Mediano > 0.2 y ≤ 0.5 y Grande > 0.5 . El resultado de la medición indica que el efecto de la subescala de AE ($d=0.701$) es grande en la intervención Contextual-Funcional.

Asimismo, el resultado de la aplicación de la intervención contextual – funcional según el género de los participantes de la investigación de la subescala AE, de la escala Maslach *Burnout* Inventory en el pretest, se obtiene una media de 11.94 para hombres y 16.31 para mujeres. Mientras que, en el posttest se muestra una media de 8.54 para hombres y para mujeres una media del 10.77. Confirmando que existe una disminución significativa en el AE, tanto para hombres y mujeres, que conformaron el estudio, pues, las medias indican una variación significativa.

En consecuencia, estos resultados se asemejan con un estudio realizado por Bond y Flaxman (2013), quienes estudiaron una muestra en lista de espera en Reino Unido, con el fin de determinar el efecto de ACT en trabajadores en riesgo de sufrir burnout. Los resultados de este trabajo concluyeron los siguientes resultados: favorecía una reducción en los factores cansancio emocional y DP. Para explicar una posible interpretación de porque la subescala de DP no presenta índices significativos.

Una de las estrategias más empleadas es la despersonalización ya que el sujeto trata de evitar la relación directa con el paciente y, de esa manera, no sentir emociones desagradables. A pesar de que dicha estrategia ayudaría al trabajador a corto plazo, permitiéndole no sentir o desconectar de las emociones difíciles asociadas al hecho de cuidar, a largo plazo acabaría vaciándolo de sentido y aumentando su agotamiento emocional y satisfacción vital (Montaner, 2021).

5.8 “En análisis de correlación de las variables de estudio se puede señalar lo siguiente”

Los valores del coeficiente ρ de Spearman presentan valores bajos de correlación. Tan solo la escala de PA ($\rho=.389$) tiene una correlación significativa con la escala de Aceptación y Acción en el Trabajo. Frente a estos resultados hay una similitud en las investigaciones realizadas por Bond y Bunce (2000), en donde cotejaron tres condiciones experimentales. Una intervención con ACT, fundamentada en solucionar problemas y control de lista de espera. La ACT y la solución de problemas se evidenciaron como eficaces para mejorar la salud mental de los participantes; junto con otras variables relacionadas con el desempeño laboral, como capacidad para innovar. Sin embargo, ninguna de las dos mejoró la motivación o la satisfacción laboral.

Por último, tal como lo planteó Montero (2022). La variable de burnout determinaría que los trabajadores más inflexibles eran más propensos a sufrir AE, aparte de mostrar DP hacia los pacientes. Aunque los trabajos revisados evidenciaron un aumento en la flexibilidad psicológica y, por ende, una mejor respuesta hacia las estrategias de evitación. Las conclusiones expusieron una favorable respuesta adaptativa mermando los eventos privados nocivos reduciendo la presencia de estrés, ansiedad, fatiga, agotamiento emocional.

5.9 Comprobación de hipótesis

1. Se reduce la inflexibilidad psicológica y burnout una vez realizada la intervención contextual- funcional

En lo que respecta a la variable de la inflexibilidad psicológica, los valores que se consiguieron en la muestra fueron mínimos. Por lo tanto: No disminuyo la inflexibilidad Psicológica.

2. Se reduce el burnout una vez realizado la intervención contextual- funcional

Sí, de acuerdo con la prueba de Wilcoxon, se evidencia que se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en las subescalas de Maslach *Burnout* Inventory. AE ($Z=-4.953$, $p<0.05=.001$); DP ($Z=-2.810$, $p<0.05=.005$) y PA ($Z=-.244$, $p<0.05=.807$). Lo que indica que la aplicación de la intervención contextual – funcional pudo reducir los niveles de Burnout en los participantes en las subescalas de AE y de DP.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio se pudieron encontrar datos estadísticos de gran relevancia. Para la variable edad se identifica que el 33,9 % de la población se encuentra en un rango de entre los 22 a 28 años; lo que indica que esta población presenta niveles de burnout moderados. Es importante recalcar que el porcentaje de la población está conformado por profesionales que se encuentran ejerciendo su año de rural. Por lo que una de sus preocupaciones más alarmantes es la pérdida de empleo una vez culmine su año de ruralidad.
- Está conformada por una población de 59 participantes, en donde el 22 % son hombres y el 77,9 % mujeres. Presentando que la población con mayores niveles de burnout es en mujeres.
- A propósito de la modalidad de contratos, se encuentra que el 59,32 % posee contrato por servicios ocasionales; el 25,42 % con nombramientos provisionales y apenas un 11,86 % nombramiento permanente. Lo que se asocia con la angustia por obtener ingresos extras (OIT, 2022).
- De igual manera, el tiempo de servicio en la institución se encuentra que el 49,15 % lleva menos de un año desempeñándose laboralmente (Profesionales Rurales). La media se sitúa en 18,64 %, quienes se encuentra laborando entre cuatro y seis años en la institución. Apenas el 5,08 % llevan laborando más de 15 años en la institución.
- Se concluye que los valores obtenidos en inflexibilidad psicológica en el estudio eran mínimos. Empero, el hecho de que una persona tenga o no flexibilidad psicológica no influye de primera mano. Puesto que estaría en evitación experiencial en la que el trabajador evita el contacto directo, para así no sentir emociones desagradables.
- La intervención contextual-funcional, en los niveles de inflexibilidad psicológica no aumentaron; aunque de manera cualitativa se vio un alza en las tendencias. Estos resultados se asemejan con la investigación realizada por Montero (2022).
- La intervención contextual- funcional sí permitió una disminución en agotamiento emocional (AE) con un p valor alto y para despersonalización (DP) un p valor bajo. Pero, permite indicar que sí se dio una reducción en los niveles de Burnout en los

participantes en las subescalas de agotamiento emocional (AE) con un p valor alto para despersonalización (DP)

- Se confirma la hipótesis de reducción de la subescala de agotamiento emocional (AE) para la escala Maslach Burnout Inventory en el pretest se obtiene una media de 11.94 % para hombres y 16.31 % para mujeres. Mientras que, en el posttest se muestra una media de 8.54 % para hombres y para mujeres una media del 10.77 %.
Confirmando que existe una disminución significativa en el agotamiento emocional (AE), tanto en hombres y mujeres, que conformaron el estudio; pues, las medias indican una variación significativa.
- El burnout es multicausal, es decir que afecta a la persona y a su entorno reflejándose de manera física en el individuo con respuestas físicas, emocionales y comportamentales. De ese modo, la utilización de intervenciones con una mirada funcional-contextual para tratar y prevenir deriva a ser beneficioso para reducir niveles de burnout.
- Evitación experiencial y despersonalización están fuertemente ligadas al desarrollo de agotamiento emocional ya que deriva del conflicto de la persona para manejar los eventos privados llevando a actuar en contra de sus valores lo que origina que se produzca una disminución en el ejercicio profesional o lo que se conoce como desmotivación o falta de desarrollo profesional en el personal de salud.

RECOMENDACIONES

- En el ámbito de la población hay que considerar que pueda ser equitativa, pues se ha constatado que, en la presente investigación, más del 77.97 % estaba compuesta por el género femenino. Lo que podría llevar a un sesgo en la determinación de qué población presenta más vulnerabilidad en relación con las variables de estudio analizadas. Por lo tanto, sería importante que en futuras investigaciones se considere el factor 50 % para cada uno (hombres y mujeres).
- Mediante el análisis de los efectos de la intervención efectuada aplicando las fases de la hexaflex, es identificar cuál de los componentes (contacto con el momento presente, aceptación, difusión, yo contexto, valores, y acción y compromiso) es el más relevante para trabajar el desarrollo de valores en los profesionales de la salud.
- Mantener el programa de Intervención para el manejo y reducción de burnout, pues, mostró utilidad en la reducción de niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP). Lo que permite que el trabajador tenga una mayor predisposición y eficacia en su área de trabajo. Otra ventaja de esta intervención es que está orientada a trabajar con los profesionales de salud que laboran en el Distrito 10D03.
- Por último, se sugiere que a futuro se tome en cuenta la participación de personal administrativo y no solo de los profesionales operativos. Pues, se ha comprobado con esta investigación que, pese a ser una intervención corta, fue diseñada para fomentar la participación de los profesionales. Por lo que permitía el espacio para compartir sus logros personales con todos los participantes, lo cual se convirtió en un estímulo reforzante para cada participante.

REFERENCIAS

- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.
- Adimando, A. (2018). Preventing and alleviating compassion fatigue through self-care: an educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 304-317.
<https://doi.org/0898010117721581>
- Alarcón, M. (2018). *Estrés y burnout: enfermedades en la vida actual*. Palibrio.
- Andino, M. (2017). Una mirada introductoria a la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Griot*, 10(1), 70-87.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D7047995&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-b-d>
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A metaanalysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547522/>.
- Barradas, M., R, G., L, G., H, P. M., N, G. J., J, L., & E, D. (2018). *Estrés y Burnout: Enfermedades en la vida actual*. Palibrio.
- Barraza-Macías, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129.
- Becker, E., Keller, M., Goetz, T., Frenzel, A., & Taxer, J. (2015). Antecedents of teachers' emotions in the classroom: an intraindividual approach. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00635>
- Bohlmeijer, E., Mten, P., Fledderus, M., & Veehof, M. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de atención plena de cinco facetas en adultos deprimidos y desarrollo de una forma corta. *Evaluación*, 18(3), 308-320. [10.1177/1073191111408231](https://doi.org/10.1177/1073191111408231).
- Bourgeois, J., Walsh, M., & Gagnon, G. (2004). Treatment of drinking water residuals: comparing sedimentation and dissolved air flotation performance with optimal cation ratios. *Water Research*, 38(5), 1173-1182. <https://doi.org/10.1016/j.watres.2003.11.018>
- Cabezas, E., & Beltrán, D. (2018). Niveles de Burnout en docentes de educación media y superior en la ciudad de Riobamba-Ecuador. *SATHIRI*, 13(2), 22-31.
<https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.8284> .

- Carrillo, C., Martínez, M., Gómez, C., & Meseguer, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anal. Psicol*, *31*(2), 645-650. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>.
- Casas, S., & Klijn, T. (2006). Pde la salud y su entorno laboral saludable. . *Rev Latino-am Enfermagem*, *14*(1), 136-141.
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(6), 618-619. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Conditions, E. F. (2014). Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks - A literature review.
- De Freitas, B. (2016). *Tratamiento intensivo basado en terapia de aceptación y compromiso para dificultades relacionadas al peso [Tesis de posgrado]*. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>
- Enríquez, C. (2016). *Cinco medidas para frenar el estrés laboral*. Líderes.
- García, J. (2018b). *Nuevo manual de mindfulness*. Siglantana.
- García, J., & Pérez, M. (2016). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de Conducta*, *42*(165), 99-119. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2796>
- García, V. (2018a). Factores Asociados al Burnout Académico en Estudiantes de Internado Profesional de Fonoaudiología. *Cienc Trab.*, *20*(62), 84-89. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200084>.
- García-Moran, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, *19*(019), 11-30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>.
- González, R., Carrasquilla, B. L., Torres, R., & Villamil, V. (2015). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *Revista Cubana de Enfermería*, *31*(4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400005&lng=es&tlng=es.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006.
- Harris, E., & Samuel, V. (2020). Acceptance and commitment therapy: a systematic literature review of prevention and intervention programs for mental health difficulties in children and young people. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 280-305. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00001>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Descleé de Brouwer.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152- 1168. 10.1037/0022-006X.64.6.1152].
- Hernández, C., Dickinson, M. E., & Fernández, M. A. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), 11-14.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Jaramillo, F. E. (2018). Los Riesgos Psicosociales En El Derecho Del Trabajo: ¿Una Figura Aplicable En El Derecho Ecuatoriano? *USFQ Law Review*, 5(1), 100-117. 10.18272/lr.v5i1.1219.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. . *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165- 166), 3-14.
- Luciano, M., & Valdivia, M. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencias. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. [redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf).
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059> .

- Olivares-Faúndez, V. E., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilke, C., & MacíaSepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, *13(1)*, 145-159.
10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2016). *Estrés laboral*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4(1)*, 137-160. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>.
- Ortiz-Fune, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología*, *36(3)*, 135-143.
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/744>
- Picasso, M., Huillca, N., Ávalos, J., Omori, E., Gallardo, A., & Salas, M. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Kiru*, *9(1)*, 51-58.
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/202>
- Pineda, E. (2019). *El estrés académico percibido y su relación con las estrategias de afrontamiento y resiliencia del estudiante de enfermería, desde la perspectiva del modelo de adaptación de roy*. Universidad de Panamá: http://uprid.up.ac.pa/1864/1/edelmira_pineda.pdf
- Quiñones, M., Larrieux, V., Durán, G., & Pons, J. (2015). Adaptación cultural del modelo “acceptance commitment therapy” para tratamiento de dolor crónico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *26(1)*, 108 – 120|.
- Ribero, S., & Agudelo, A. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *34(1)*,
<https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03> .

- Rolffs, J., Rogge, R., & Wilson, K. (2018). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex model: development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458-482.
<https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1), 1-2. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Romero, A. (2018). *Factores del bienestar personal : flexibilidad psicológica, optimismo y estrategias de afrontamiento*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31690>
- Sánchez, G. (2015). *Síndrome de desgaste profesional y condiciones de trabajo en el primer nivel de atención público del partido de Junín (Bs. As.)*. Pontificia Universidad Católica Argentina:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884822/2015_sanchez_monografia_desdaste_profesional.pdf
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión*. Sello Editorial.
- TORRES, F. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 8(1), 126-136.
<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>.
- Valverde, C. (2013). *Psicología positiva aplicada*. Desclée De Brouwer.
- Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación anteproyecto



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020 -26 de octubre
del 2020



Facultad de
Posgrado

Ibarra-Ecuador
CONSEJO DIRECTIVO

RESOLUCIÓN HCD NRO. UTN-POSGRADO-2022-439

Ibarra, 12 de octubre de 2022

Msc.

Jorge Gordon

COORDINADORA/A PROGRAMA MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA MENCION PSICOTERAPIA

Señor/ita Coordinador/a:

El Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, en sesión ordinaria realizada con fecha 05 de octubre de 2022, considerando:

Que, el Art. 350 de la Constitución indica: "El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo";

Que, el Art. 355 de la Carta Magna señala: "El Estado reconocerá a las universidades y escuelas politécnicas autonomía académica, administrativa, financiera y orgánica, acorde con los objetivos del régimen de desarrollo y los principios establecidos en la Constitución (...);

Que, el Art. 17 de la Ley Orgánica de Educación Superior - LOES, señala: "El Estado reconoce a las universidades y escuelas politécnicas autonomía académica, administrativa financiera y orgánica, acorde a los principios establecidos en la Constitución de la República. (...);

Que, el literal e) del artículo 18 de la Ley *ibidem* determina que la autonomía responsable que ejercen las universidades y escuelas politécnicas consiste en la libertad para gestionar sus procesos internos;

Que, el Reglamento de Graduación y Titulación de Grado y Posgrado en el Art. 19 establece que una vez que el estudiante haya cumplido con los requisitos legales, académicos y administrativos para el desarrollo del trabajo de titulación, realizará la solicitud al Coordinador del programa, presentando el anteproyecto del trabajo de titulación, que será revisado por el Comité Científico del Programa y emitirá su criterio.

Que, la Ley Orgánica de Educación Superior en el Art. 5 literal a) Acceder, movilizarse, permanecer, egresar y titularse sin discriminación conforme sus méritos académicos;

Que, este organismo colegiado conoció oficio N. 397-DFP suscrito por doctora Lucia Yépez decana de la Facultad y oficio s/n suscrito por doctor Jorge Gordón Coordinador/a de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, mediante los cuales solicitan la aprobación del anteproyecto del trabajo de Titulación del maestrante Benavides Nejer Mayra Alejandra, en donde se sugiere la designación de director y asesor, mismo que está avalado por el Comité Científico del Programa.

Con estas consideraciones, el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Posgrado, en uso de las atribuciones conferidas por el Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica del Norte, *Art. 44 literal n) referente a las funciones y atribuciones del Honorable Consejo Directivo de la Unidad Académica "Resolver todo lo ateniende a matrículas, exámenes, calificaciones, grados, títulos," el Reglamento de la Facultad de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, Art.6 literal b) establece como atribución del Consejo Directivo de Posgrado "Conocer y resolver los asuntos que sean sometidos a su consideración y que no correspondan a otras autoridades u organismos universitarios". RESUELVE:*

1.- Acoger el pedido del/la Coordinador/a del Programa de Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, y aprobar el anteproyecto de Trabajo de Titulación de acuerdo a documento anexo:

2.- Notificar a Coordinación del Programa de Maestría, a la Secretaría de Programas, los docentes designados y al maestrante a fin de que se dé seguimiento a la Resolución. NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.

En unidad de acto suscriben la presente Resolución la Doctora Lucia Yépez Vásquez, en calidad de Decana y Presidenta del Honorable Consejo Directivo; y, el doctor Jorge Guevara E. Secretario Jurídico que certifica.

Atentamente,

"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

Misión Institucional:

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.



Ibarra-Ecuador
CONSEJO DIRECTIVO

				a	
MOREJON RIVADENEIRA JENIFFER LUCIA	1002661807	jmorejonr@utn.edu.ec	poenitzvictoria@gmail.com	Dra. Ana Victoria Poenitse	MSc. Mayra Verónica León Ron
NARVÁEZ ZAMBRANO ANDERSON ORLANDO	1003060496	aonarvaezz@utn.edu.ec	mvleon@utn.edu.ec	Dra. Verónica LeónRon	Dra. Lola YeseniaAcosta Vinueza

NAVARRET E FLORES KATHERIN E JANETH	1003535646	kjnavarretef@utn.edu.ec	edetchezahar@utn.edu.ec	Dr. Etchezarhar Edgardo Daniel	MSc. William SaudYarad Salguero
PALMA AGUIRRE MARIELA PATRICIA	1004047088	mppalmaa@utn.edu.ec	edetchezahar@utn.edu.ec	Dr. Etchezarhar Edgardo Daniel	Msc. Dorys NoemyOrtiz Granja
PAZMIÑO TECA PATRICIO FERNANDO	10401261680	ppazminot@utn.edu.ec	dfquezada@utn.edu.ec	Msc. Diego Fernando Quezada Cevallos	Dr. Jorge Edmundo Gordón Rogel
PONCE BERNAL CARLA AZUCENA	1724291115	caponceb@utn.edu.ec	matafur@utn.edu.ec	Dr. Marco Antonio Tafur Vasconez	Dra. Ana Victoria Poenitse
RAMOS JIMENEZ ANDREASILVANA	1720794690	asramosj@utn.edu.ec	wsyarad@utn.edu.ec	MSc. William SaudYarad Salguero	Msc. Diego Fernando Quezada Cevallos
REINOSO RAMIREZ KAREN LIZBETH	1002933974	klreinosor@utn.edu.ec	geyanez@utn.edu.ec	Msc. Guillermo Ernesto Yáñez Morán	Msc. Arriciaga VacaGlenda Alexandra
ROJAS YOLA NDA PATRICIA	1754195194	yprojas@utn.edu.ec	slvacag@gmail.com	PhD. Silvia LibertadVaca Gallegos	Mgst. Marcó Antonio Jiménez Gaona
RUIZ CARRION YADIRA HIPATIA	10917251803	yhruizc@utn.edu.ec	gabrielalexander3@hotmail.com	Msc. Gabriel Ordóñez Guzmán	Dr. Etchezarhar Edgardo Daniel

Misión Institucional:

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Anexo 2. Aprobación de estudios: distrito 10d03 Cotacachi-salud



Ministerio de Salud Pública
Dirección Distrital 10D03 Cotacachi - Salud

Memorando Nro. MSP-CZ1-10D03-2022-2172-M

Cotacachi, 01 de julio de 2022

Ante cualquier duda comunicarse con Andrea Ramos: Psicóloga Clínica-Distrito 10D03, teléfono 0980405882 o al correo electrónico: psicoandre.silramos30@gmail.com

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Jorge Eduardo Bustamante Avilés
DIRECTOR DISTRITAL 10D03 COTACACHI - SALUD

Copia:

Sra. Med. Kaya Kanti Alta Alta
Experta Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sra. Espc. Milagros Escalona Rabaza
Especialista Distrital de Vigilancia Epidemiológica - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sra. Obst. Andrea Karolina Cardenas García
Especialista Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad - Distrito 10d03 Cotacachi - Salud

Sra. Ing. Verónica Elizabeth Garcés Yaranga
Analista de Talento Humano - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sr. Mgs. Mauricio David Lozano Salazar
Analista Distrital de Formación, Desarrollo y Capacitación - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

ar/ka



Dirección: Pedro Moncayo 6-49 y Segundo Luis Moreno
Código Postal: 100302 / Cotacachi Ecuador
Teléfono: (06) 2915506 – (06) 2915118 – ext (101) - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Dupux



Escaneado con CamScanner



Juntos lo logramos 5/5

Memorando Nro. MSP-CZ1-10D03-2022-2172-M

Cotacachi, 01 de julio de 2022

PROFESIONALES DE LA SALUD: INTERVENCIÓN CONTEXTUAL-FUNCIONAL Con la finalidad de determinar el nivel de respuesta frente al estrés: Burnout en nuestro personal médico de las unidades: Centro De Salud Anidado, Centro Salud Quiroga, Centro De Salud Imantag y Hospital Básico Asdrúbal De La Torre con los resultados obtenidos se establecerá el plan de intervención para mejorar sus estado de salud psicológico y emocional.

Finalmente, me permito poner en conocimiento los mecanismos de actuación a realizarse mismos que se ejecutarán en dos momentos.

1.- En un primer momento, todos los profesionales de las diferentes unidades operativas Centro de Salud Anidado, Centro Salud Quiroga, Centro de Salud Imantag y Hospital Básico Asdrúbal de la Torre deberán llenar el siguiente formulario dirigido a los profesionales de la salud que laboran en las diferentes áreas.

LINK:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdMlhxK94HRgSM7ZZ_2PKfTJ0RR1MThrGslR02NoL06m3nWtg/viewform?usp=sf_link

CADA COORDINADOR DE SU UNIDAD OPERATIVA DEBE GARANTIZAR EL LLENADO DEL FORMULARIO.

Fecha máxima de llenado: JUEVES 07 DE JULIO DE 2022 HASTA LAS 23:00 pm. PASADO ESE HORARIO NO SE RECEPTARÁN MÁS RESPUESTAS.

2.- Una vez llenado el formulario se procederá a la realización de la intervención de tipo psicológica al personal de salud, para lo cual se solicita las siguientes consideraciones:

1. De cada unidad operativa deben asistir un **mínimo de 15- a 20 participantes por cada centro de salud y hospital. PUEDEN SER MÁS PROFESIONALES.**
2. Los participantes contarán con los permisos para su asistencia ya que se registrará y se coordinará con **TALENTO HUMANO.**
3. Las intervenciones-talleres se realizarán en dos grupos: **El listado de los participantes deberá ser remitido a la profesional en Psicología Clínica Andrea Ramos- Psicóloga de la Dirección Distrital 10D03.**
 1. El primer grupo asistirá de 14:30 a 15:30 (10 participantes mínimo pueden ser más)
 2. El segundo grupo asistirá de 16:00 a 17:00 (10 participantes mínimo pueden ser más)
 3. Deben asistir profesionales médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria, etc.

IMPORTANTE: LOS PARTICIPANTES DEBEN INICIAR Y CULMINAR EL PROCESO DE INTERVENCIÓN. ES DECIR, ASISTIR A TODOS LOS TALLERES.

Memorando Nro. MSP-CZ1-10D03-2022-2172-M

Cotacachi, 01 de julio de 2022

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SEMANA DEL 18 DE JULIO AL 22 DE JULIO
CENTRO DE SALUD ANIDADO Y HOSPITAL BÁSICO ANDRÚBAL DE LA TORRE

PARTICIPANTES: PROFESIONALES DE LA SALUD

FECHA/ LUGAR	HORA	OBJETIVOS	RESPONSABLES
18-07-2022 AUDITORIO DIRECCIÓN DISTRITAL	<i>PRIMER GRUPO: 14:30 A 15:30</i>	Psicoeducación y Mindfulness.	-Ps.CI. Andrea Ramos-DISTRITO 10D03 - Ps. Marcia Michilena: UTN.
	<i>SEGUNDO GRUPO: 16:00 A 17:00</i>		- Ps. July Morales: UTN. - Ps. Yomara Cunguan: UTN.
20-07-2022 AUDITORIO DIRECCIÓN DISTRITAL	<i>PRIMER GRUPO: 14:30 A 15:30</i>	Mindfulness en la Práctica Personal: una Habilidad Terapéutica. Entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos	-Ps.CI. Andrea Ramos-DISTRITO 10D03 - Ps. Marcia Michilena: UTN.
	<i>SEGUNDO GRUPO: 16:00 A 17:00</i>		- Ps. July Morales: UTN. - Ps. Yomara Cunguan: UTN.
22-07-2022 AUDITORIO DIRECCIÓN DISTRITAL	<i>PRIMER GRUPO: 14:30 A 15:30</i>	Mindfulness en la Práctica Personal: una Habilidad Terapéutica. Entrenar a las personas a fin de que puedan identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos	-Ps.CI. Andrea Ramos-DISTRITO 10D03 - Ps. Marcia Michilena: UTN.
	<i>SEGUNDO GRUPO: 16:00 A 17:00</i>		- Ps. July Morales: UTN. - Ps. Yomara Cunguan: UTN.

Memorando Nro. MSP-CZ1-10D03-2022-2172-M

Cotacachi, 01 de julio de 2022

Ante cualquier duda comunicarse con Andrea Ramos: Psicóloga Clínica-Distrito 10D03, teléfono 0980405882 o al correo electrónico: psicoandre.silramos30@gmail.com

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Jorge Eduardo Bustamante Avilés
DIRECTOR DISTRITAL 10D03 COTACACHI - SALUD

Copia:

Srta. Med. Kaya Kanti Alta Alta
Experta Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sra. Espe. Milagros Escalona Rabaza
Especialista Distrital de Vigilancia Epidemiológica - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sra. Obst. Andrea Karolina Cardenas García
Especialista Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad - Distrito 10d03 Cotacachi - Salud

Sra. Ing. Verónica Elizabeth Garcés Yaranga
Analista de Talento Humano - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

Sr. Mgs. Mauricio David Lozano Salazar
Analista Distrital de Formación, Desarrollo y Capacitación - Distrito 10D03 Cotacachi - Salud

ar/ka



Firmado electrónicamente por:
**JORGE EDUARDO
BUSTAMANTE
AVILES**

Dirección: Pedro Moncayo 6-49 y Segundo Luis Moreno
Código Postal: 100302 / Cotacachi Ecuador
Teléfono: (06) 2915506 – (06) 2915118 – ext (101) - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Oupux



ESTUDIO SOBRE ESTRÉS LABORAL (*BURNOUT*)
FACULTAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¡INFORMACIÓN IMPORTANTE;

Antes de todo, se quiere agradecer por abrir el enlace que permite participar en este estudio que tiene como objetivo valorar las emociones y los sentimientos que experimenta el personal de salud.

Su participación es completamente voluntaria, las respuestas brindadas serán anónimas, tratadas con absoluta confidencialidad y utilizadas únicamente con fines de investigación, por lo que se pide que se conteste con honestidad. No hay respuestas correctas o incorrectas; el propósito es conocer su opinión.

Las escalas serán evaluadas y tabuladas por el por el MSc. William Yarad y la Maestrante Psicóloga Clínica Andrea Ramos, con fines netamente académicos e investigativos. Si tiene alguna duda, por favor comunique al siguiente correo:

psicoandre.silramos30@gmail.com.

Declaro que he leído la información previa y he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad

Es fundamental que responda cada una de las preguntas y afirmaciones, aunque algunas parezcan repetidas debido a que estas son importantísimas para poder llegar al objetivo planteado de esta investigación.

¡Gracias por tu colaboración!

**WORK-RELATED ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE, EN ESPAÑOL
(WAAQ) DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN RELACIONADO CON
EL TRABAJO (WAAQ). VERSIÓN ESPAÑOLA.**

																																																														
<p>WAAQ</p>																																																														
<p>Debajo usted encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.</p>																																																														
1	2	3	4	5	6	7																																																								
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. Soy capaz de trabajar eficazmente aunque tenga preocupaciones personales.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>2. Puedo admitir mis errores en el trabajo y aun así seguir siendo exitoso.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>3. Puedo trabajar de manera eficaz, incluso cuando estoy nervioso por algún motivo.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>4. Mis preocupaciones no se interponen en mi camino hacia el éxito.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>5. Soy capaz de comportarme según la situación requiera, sin que me afecte cómo me sienta.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>6. Puedo trabajar eficazmente, incluso cuando dudo de mí mismo.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>7. Mis pensamientos y sentimientos no se interponen en lo que debo hacer en mi trabajo.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </table>							1. Soy capaz de trabajar eficazmente aunque tenga preocupaciones personales.	1	2	3	4	5	6	7	2. Puedo admitir mis errores en el trabajo y aun así seguir siendo exitoso.	1	2	3	4	5	6	7	3. Puedo trabajar de manera eficaz, incluso cuando estoy nervioso por algún motivo.	1	2	3	4	5	6	7	4. Mis preocupaciones no se interponen en mi camino hacia el éxito.	1	2	3	4	5	6	7	5. Soy capaz de comportarme según la situación requiera, sin que me afecte cómo me sienta.	1	2	3	4	5	6	7	6. Puedo trabajar eficazmente, incluso cuando dudo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7	7. Mis pensamientos y sentimientos no se interponen en lo que debo hacer en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
1. Soy capaz de trabajar eficazmente aunque tenga preocupaciones personales.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
2. Puedo admitir mis errores en el trabajo y aun así seguir siendo exitoso.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
3. Puedo trabajar de manera eficaz, incluso cuando estoy nervioso por algún motivo.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
4. Mis preocupaciones no se interponen en mi camino hacia el éxito.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
5. Soy capaz de comportarme según la situación requiera, sin que me afecte cómo me sienta.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
6. Puedo trabajar eficazmente, incluso cuando dudo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7																																																							
7. Mis pensamientos y sentimientos no se interponen en lo que debo hacer en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7																																																							

Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ)

Referencia original: Bond, F.W., Lloyd, J., y Guenole, N. (2013, in press). The Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86, 331-347.

Validación en España: Ruiz, F. J., y Odriozola-González, P. (2014). The Spanish version of the Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). *Psicothema*, 26, 63-68. 10.7334/psicothema2013.110

Modo de corrección: suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

Interpretación: a mayor puntuación, mayor grado de flexibilidad psicológica en el contexto laboral. La puntuación promedio en trabajadores sin problemas clínicos en el artículo de validación fue $M=36.46$, $SD = 8.41$.

MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY FOR MEDICAL PERSONNEL (MBI-HSS (MP)/VALIDACIÓN EN CHILE- CUESTIONARIO PARA PERSONAL MÉDICO: MÉDICOS, ENFERMERAS, PSICÓLOGOS.

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS)
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)**

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Interpretación de MASLACH *BURNOUT* INVENTORY - HUMAN SERVICES
 INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL MASLACH *BURNOUT* INVENTORY -
 HUMAN SERVICES SURVEY FOR MEDICAL PERSONNEL (MBI-HSS
 (MP)/VALIDACIÓN EN CHILE- CUESTIONARIO PARA PERSONAL MÉDICO:
 MÉDICOS, ENFERMERAS, PSICÓLOGOS

- Este cuestionario es aplicado para profesionales de los servicios humanos: Trabajadores en salud, Trabajadores sociales, terapeutas, policías, etc.

- Subescalas para la forma MBI-HSS

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

- Valoración

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

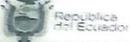
(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Anexo 4. Registro de asistencia: firmas de participantes

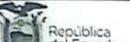
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Mikel Alejandro Chamorro R	122481355	Odontólogo Rural	10003	mike304@gmail.com	
2	Alexandra Paola Ortiz Pazmiño	1721511069	Odontóloga Rural	10003	alexpaola45@hotmail.com	
3	Glady Domínguez Torres	100449635	Ent	Distrito	dominguezglady@gmail.com	
4	Nicky Gersony Gossy	040190149	Lic. Enfermera	Distrito	nickygossy906@gmail.com	
5	Alexandra Gossy	040190167	Lic. Enfermera	Distrito	gossyalex@gmail.com	

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Od. Andrea Ruiz Proaño	100403104-1	Odontóloga rural	Anidada	jacansa-ruiz@hotmail.com	
2	Od. Carolina Chugur Torre	1004527832	Odontóloga rural	Anidada	carochugin99@gmail.com	
3	Dra. Tania Salguero Abarca	0605347046	Médico Rural	Anidada	trania1996m@gmail.com	
4	Od. Viviana Raquel Ortiz	121629143	Odontóloga rural	Anidada	viviaraquel@hotmail.com	
5	Dra. Josefina Peña Méndez	100404119-8	Médico Rural	Anidada	jossimp96@gmail.com	
6	Dra. Sika Imbaguino Sánchez	1723568364	Médico Rural	Anidada	eandrea94@hotmail.com	
7	Angel Fernando Jaramila	1002937959	TAPS	Anidada	fla27.anf@gmail.com	
8	Lic. Daniela Fernanda Galdón Cando	040336987	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	danifecho10@gmail.com	
9	Obst. Diego Israel Bolaños Rodríguez	1004208037	Obstetra Rural	C.S. Cotacachi	diegobols30@gmail.com	
10	Marta Alexandra Alt	1003519368	TAPS	C.S. Cotacachi	alex50@gmail.com	
11	Maria Blanca Méndez Pijungo	1002920979	Técnico	C.S. Cotacachi	blancomendez2633@gmail.com	
12	Lic. Adriana Estefanía Chugurano Tupiza	100417380	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	adriachugurano45@gmail.com	
13	Obst. Allison Aguero Vera	0944168221	obstetra rural	C.S. Cotacachi	aly_1993@hotmail.com	
14	Jessica Karina Antinga Morales	1004383156	TAPS	C.S. Cotacachi	jessykarina06@gmail.com	
15	Pamela Moya Guerra	1004097617	Enfermera	C.S. Cotacachi	pamelamoya46@yahoo.com	
16	Glady Belén Quispe	1003979103	CAPS	C.S. Cotacachi	gladybelen06@hotmail.com	
17	Bonilla Tambaco Adrián Arturo	1003539200	Tec. APS	C.S. Cotacachi	cip-capo91@hotmail.com	
18	Coarbo Cecilia Velazquez	1003692207	TAPS	Cotacachi		

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Od. Andrea Ruiz Proaño	100403104-1	Odontóloga rural	Anidada	jacansa-ruiz@hotmail.com	
2	Od. Carolina Chugur Torre	1004527832	Odontóloga rural	Anidada	carochugin99@gmail.com	
3	Dra. Tania Salguero Abarca	0605347046	Médico Rural	Anidada	trania1996m@gmail.com	
4	Od. Viviana Raquel Ortiz	121629143	Odontóloga rural	Anidada	viviaraquel@hotmail.com	
5	Dra. Josefina Peña Méndez	100404119-8	Médico Rural	Anidada	jossimp96@gmail.com	
6	Dra. Sika Imbaguino Sánchez	1723568364	Médico Rural	Anidada	eandrea94@hotmail.com	
7	Angel Fernando Jaramila	1002937959	TAPS	Anidada	fla27.anf@gmail.com	
8	Daniela Cecilia Velazquez Alt	1003692207	TAPS	Cotacachi	daniela91@gmail.com	
9	Lic. Daniela Fernanda Galdón Cando	040336987	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	danifecho10@gmail.com	
10	Obst. Diego Israel Bolaños Rodríguez	1004208037	Obstetra Rural	C.S. Cotacachi	diegobols30@gmail.com	
11	Pamela Moya Guerra	1004097617	Enfermera	C.S. Cotacachi	pamelamoya46@yahoo.com	
12	Bonilla Tambaco Adrián Arturo	1003539200	TAPS	C.S. Cotacachi	lucitako486outlook.com	
13	Bonilla Tambaco Adrián Arturo	1003539200	Tec. APS	C.S. Cotacachi	cip-capo91@hotmail.com	
14	Maria José Moreno Biez	0401639533	Trabajadora Social	C.S. Cotacachi	mariajose2945@hotmail.com	
15	Maria Alexandra Alt Cabez	1003519368	TAPS	C.S. Cotacachi	alex_50@yahoo.com	
16	Maria Blanca Méndez Pijungo	1002920979	Técnico	C.S. Cotacachi	blancomendez2633@gmail.com	
17	Lic. Adriana Estefanía Chugurano Tupiza	100417380	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	adriachugurano45@gmail.com	
18	Obst. Allison Aguero Vera	0944168221	obstetra rural	C.S. Cotacachi	aly_1993@hotmail.com	
19	Jessica Karina Antinga Morales	1004383156	TAPS	C.S. Cotacachi	jessykarina06@gmail.com	
20	Glady Belén Quispe	1003979103	TAPS	C.S. Cotacachi	gladybelen06@hotmail.com	

 Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Mishell Alejandra Chamorro R.	1722461355	Odonóloga Rural	10003	miche04@gmail.com	Mishell C.
2	Alejandra Paola Ochoa Pazmiño	1721511069	Odonóloga Rural	10003	alepao45@hotmail.com	
3	Edna Denisse Fariñas Andrade	1009160635	Licenciada Enf	Distrito	denissefariñas@gmail.com	
4	Yicki Fernand Brazao Topa	040198474-9	Lic. Enfermería	Distrito	yickiurazero1986@gmail.com	
5	Alexandro Gavanny Cuasque	0401702667	Lic. Enfermería	Distrito	gavanny@gmail.com	

 Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Narcisca Ochoa Goyz	1001740756	Enfermera	HSDCT	narciscaochoa@hotmail.com	
2	Karim Milian	1757519592	Pediatra	HSAAC	karim.milian25@gmail.com	
3	Leandro Montenegro	1002974291	Médico	HBAOL	leandroebola@hotmail.es	
4	Daniel José Quishpe Lora	0603914458	Médico	HBAOL	danielo_13@hotmail.com	
5	Stela Juliana Baudiza S.	1001914504	Aux. 8mo. Puzm.	HBAOL	stela_baudiza@hotmail.com	
6	Lycas García Orazco	1756762637	Cirujano	HBAOL	gamilulu795@gmail.com	
7	Miguel Ángel Zamora	755523411	Geriatra	HBAOL	miguelangelzamoramed.com	
8	Tatiana Aguilar Armas	1002523049	Laboratorista	HBAOL	adimeli-8282@hotmail.com	
9	Paul Elías Rosado	0704924673	Farmacéutico	HBAOL	paulybus9999@hotmail.es	
10	Karla Vanessa Rosado Segovia	1725207114	Médico	HBAOL	karl11302@hotmail.com	
11	Sofía Lorena Sánchez Rosado	1003611959	Alumna U. Uruao	HBAOL	s.ofryu@hotmail.com	
12	Maria José Castro	1001105469	Enfermera	HBAOL	marjo_12-11@hotmail.com	
13	Lorena Alejandra Gueves	1003192471	Enfermera	HBAOL	lorena.gueves@hotmail.com	
14	Naura Sofia Rojas Butron	1002469227	Enfermera	HBAOL	msvbi975@hotmail.com	
15	Katty Patricia Viscara Jaime	1002518672	Enfermera	HBAOL	katviscaraj@gmail.com	
16	Marcos Paula Torres Martínez	1002312504	Enfermera	HBAOL	alex13nurse@gmail.com	

 Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Ed. Andrea Ruiz Proaño	100403104-1	Odonóloga rural	Anidada	jhoanna_ruz7@hotmail.com	
2	Ed. Carolina Chuquin Torres	1004577832	"	"	carochuquin99@gmail.com	
3	Dra. Tonio Solguero Abarca	0605347046	Médico Rural	Anidada	thania1896m@gmail.com	
4	Ed. Viviana Raquel Ochoa	721625145	Odonóloga Rural	Anidada	vivianmichae@gmail.com	
5	Dra. Jocelin Peña Méndez	1004041198	Médico Rural	Anidada	jocelinmp96@gmail.com	
6	Dra. Zilka Imbaguino Sanchez	1723569364	Médico Rural	Anidada	e-andrea94@hotmail.com	
7	Lic. Daniela Fernanda Baudiza Castro	060336987	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	danielferchoa@gmail.com	
8	Obst. Dioplasrael Bolaños Rodríguez	1002708037	Obstetra Rural	C.S. Cotacachi	diegobols3@gmail.com	
9	Alexandra Aina Cabezas	100398263	TAPS	C.S. Cotacachi	alexandra.cabezas.com	
10	Maria Blanca Méndez Pijuanay	1002988159	Técnico	C.S. Cotacachi	blancamendez2637@gmail.com	
11	Lic. Adriana Estefanía Chuiguanco Tuguerres	1004177380	Enfermera Rural	C.S. Cotacachi	adriachuguanco48@gmail.com	
12	Obst. Allison Aguirre Viana	0941168221	Obstetra Rural	C.S. Cotacachi	aly_1993@live.com	
13	Jessica Karina Anahay Hualde	1004373756	TAPS	C.S. Cotacachi	jessicanahay@gmail.com	
14	Pamela Inez Guzmán	1004087642	Enfermera	C.S. Cotacachi	pamelamg46@yahoo.com	
15	Geckys Pabón Quintero	1003979103	TAPS	C.S. Cotacachi	geckyspabon0102@yahoo.com	
16	Andrés Fernández	1002937959	TAPS	C.S. Cotacachi	plaz7.aul@gmail.com	
17	Bianca Tamara Adriana Ariza	1003532200	Tec. APS	C.S. Cotacachi	cip-capo11@hotmail.com	
18	Lourdes Velasco	100369223	TAPS	Cotacachi		

Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Categoría	Correo electrónico	Observaciones
1	Paraisca Oskar Gary	1001740932	Enfermera	HABOIT	ParaiscaOskar25@hotmail.com	
2	Karis Mariana	125572952	Psicóloga	HABOIT	KarisMariana25@hotmail.com	
3	Leandro Sebastian Manlajan	1001971864	Médico	HABOIT	leandrosebastian@hotmail.com	
4	David Jose Quehno Jara	06039114438	Médico	HABOIT	DavidJ-137@hotmail.com	
5	Silvia Susmilva Bouvier S	1021914904	Asesora Personal	HABOIT	gambito782@gmail.com	
6	Lucas Garcia Orozco	175702627	Cruzado	HABOIT	lucasmunoz@gmail.com	
7	Wingim J. Forman	17572244	Ginecología	HABOIT	formanw@gmail.com	
8	Laura Aguilar Torres	1002523047	Laboratorista	HABOIT	admeli-828@hotmail.com	
9	Paul Pablo Novich	0204724673	Psicólogo	HABOIT	fernbus99999@hotmail.com	
10	Karla Vanessa Davera Jorgovic	1425207147	Médico	HABOIT	karliffisue@hotmail.com	
11	Solis Irma Sandra Pava	1002611959	Asesora Al Vendedor	HABOIT	s-solis@hotmail.com	
12	Maria Ines Castro Rivera	1004050565	Enfermera	HABOIT	majo-1E-11@hotmail.com	
13	Lorena Alexandra Gomez	1003192471	Enfermera	HABOIT	lorenagomez@hotmail.com	
14	Marcos Sofia Rojas Burton	1002469227	Enfermera	HABOIT	ms161950@hotmail.com	

Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Categoría	Correo electrónico	Observaciones
1	Diana Andrade Coche	1002772372	Guardalmirante	10003	dianandrade64@hotmail.com	
2	Marcos David Lopez S	007169367	Ases. Finanzas	10003	diadobleda@hotmail.com	
3	Walter S. Perez S.	100106040	Asesor Fisco	10003	10003.activosfijos@gmail.com	
4	José Ricardo Brambila	100352217	Administrador A	10003	juridico1003@gmail.com	
5	Deborah Cecilia	05280988	Analista TI	10003	deboras@yahoo.com	
6	Alfonso Hernandez	100104424	Venturista Unica	10003	diadobleda@hotmail.com	
7	Oscar Bravo	14-0110582-2	SERVI JUSTICIA PUBLICA	10003	oscar1999@gmail.com	
8	Silvia Enriquez	010110157	Asp. Enf.	10003	silviaenriquez@hotmail.com	
9	Johanny Gonzalez	1001782194	Conductor	10003	johannygonzalez@hotmail.com	
10	Diego Castro	0002631237	Comerciante	10003	diegocastro@gmail.com	
11	Diego Romero	10401614542	Bodega	10003	diegoromero@gmail.com	
12	Oscar Ortiz	1001791456	Conductor	10003	haleazar@hotmail.com	
13	Franklin Salazar	0401607726	Conductor	10003	haleazar@hotmail.com	
14	Carne Beles	1002804377	Analista Asesor	10003	cory-beles@hotmail.com	
15	Richard Soto	1717993321	Médico General	10003	vichalsoto@gmail.com	
16	Noriega Quishpe	1004157051	Nutricionista	10003	elisammed@gmail.com	
17	Héctor Luis Luna	100332611-1	Nutricionista	10003	chac.lunah@hotmail.com	
18	Yara Karla Anton Alta	1003497144	Médico	10003	diadobleda@hotmail.com	
19	Maira Mercedes Rosendo	0927308555	Comunicación	10003	pir-may@hotmail.com	
20	Sandra Cadavid	100179429	ENI Distrito	10003	sandracadavid773@gmail.com	
21	Carlos Mejía	0400095899	Plasticador	10003	c-mejia9@yahoo.es	
22	José Javier Díaz Navarro	171417739-1	Asesor	10003	jorke79@hotmail.com	
23	Milagros Catalans Nabarys	1756446975	Médico/Químico	10003	milagros7952@yahoo.com	
24	Sofía Carolina Mene	1004114003	Técnico Sup. Gestión Riesgos	10003	sophymene280@gmail.com	
25	Miguel Fernando Encalada E.	1002723190	Md. Auditor	10003	fernandencalada@gmail.com	
26	P. Cesar Balboa Cabos	141940555	Dr. de Especialidad	10003	cebalboa@gmail.com	

Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Categoría	Correo electrónico	Observaciones
1	Michele Alejandra Chamano R	1022461357	Odontóloga Rural	10003	michele04@gmail.com	
2	Alejandra Nela Cibe Barrios	1421511069	Odontóloga Rural	10003	alepao45@hotmail.com	
3	Denisse Egoz	1004160835	Inf.	Distrito	denisseegoz@gmail.com	
4	Nicky Gervasio Norberto Lopez	0401704749	lic. enfermera	Distrito	nickylopez.1003@gmail.com	
5	Alexandra Gervasio Cosque	0401702667	lic. Enfermera	Distrito	gesucamez@gmail.com	

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Diana Andrade Cabe	1002722372	Guadalupe	10203	dianandrade84@hotmail.com	[Firma]
2	MARCO ANTONIO LOZANO S.	1003169361	ADM. TECNICA	10203	diazalberto@hospitales.gub.ve	[Firma]
3	Ulmer S. Perez S.	100266470	Activo Fijos	10203	ulmer.s.perez@hospitales.gub.ve	[Firma]
4	José Benito Llanillo	100251343	Administrativo	10203	josbenito7@gmail.com	[Firma]
5	Alexandra García	1002804787	Analista TH	10203	vegariano@yahoo.com	[Firma]
6	Diana Hernández	1002204236	VENEMILLA UNIAS	10203	dianahernandez@gmail.com	[Firma]
7	DARIS BRAVO	04-0116642-2	SERV. INSTITUCIONAL	10203	oscar19bravo@gmail.com	[Firma]
8	Silvia Enriquez	0401140157	Aux. Enf.	10203	silviaenriquez@hotmail.com	[Firma]
9	Johanny Capriles	1002721179	Conductor	10203	johnnycapriles@hotmail.com	[Firma]
10	Diego Romero	040104552	Conductor	10203	diego.romero@yahoo.com	[Firma]
11	Osvaldo Ortiz	1001791476	Conductor	10203	osvaldoortiz@gmail.com	[Firma]
12	Franklin Baldozar	0401047726	Conductor	10203	baldozarof@hotmail.com	[Firma]
13	Carla Aguilar	1002804375	Analista Inform.	10203	carla-aguilera@hotmail.com	[Firma]
14	RICHARD SOTO	717745321	Médico Ciruj	10203	richardso70@gmail.com	[Firma]
15	Hilmarie Quispe	1004137051	Nutricionista	10203	hilmariequ@gmail.com	[Firma]
16	Luis Luna	100232611-1	Nutricionista	10203	ch.ardyluna@hotmail.com	[Firma]
17	Karina Alto	1003494444	Médico	10203	diodorprovision@gmail.com	[Firma]
18	Sandra Candavid	1003179429	Enf. Hospital	10203	sandracandavid77@gmail.com	[Firma]
19	Marta Melian	0402703555	Enf.	10203	partimay@notmail.com	[Firma]
20	Carlos Mejía	0400895789	Pharmacéutico	10203	c.mejia@yahoo.es	[Firma]
21	Angel Javier Jose Alvarado	1714177797	OP. PROCUR.	10203	ziorbe79@hotmail.com	[Firma]
22	Nelcy Calles Nolas	195684935	Médico Especial. Ve.	10203	www.nelcy75@gmail.com	[Firma]
23	Sofía Carolina Melán	1004114053	Técnicas Sup. Q. Biología	10203	sophycaroline2002@gmail.com	[Firma]
24	Ma. Fernanda Encalada E.	1003173150	Md. Auditor	10203	fernandencalada@gmail.com	[Firma]
25	D. Carl Beltrán Cabos	115945355	Un. de Farmacia Publ.	10203	carltor12@gmail.com	[Firma]

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Diana Andrade Cabe	1002722372	Guadalupe	10203	dianandrade84@hotmail.com	[Firma]
2	MARCO ANTONIO LOZANO S.	1003169361	ADM. TECNICA	10203	diazalberto@hospitales.gub.ve	[Firma]
3	Ulmer S. Perez S.	100266470	Activo Fijos	10203	ulmer.s.perez@hospitales.gub.ve	[Firma]
4	José Benito Llanillo	100251343	Administrativo	10203	josbenito7@gmail.com	[Firma]
5	Alexandra García	1002804787	ANALISTA TH	10203	vegariano@yahoo.com	[Firma]
6	Diana Hernández	1002204236	VENEMILLA UNIAS	10203	dianahernandez@gmail.com	[Firma]
7	DARIS BRAVO	04-0116642-2	SERV. INSTITUCIONAL	10203	oscar19bravo@gmail.com	[Firma]
8	Silvia Enriquez	0401140157	Aux. Enfermer.	10203	silviaenriquez@hotmail.com	[Firma]
9	Johanny Capriles	1002721179	Conductor	10203	johnnycapriles@hotmail.com	[Firma]
10	Diego Romero	040104552	Conductor	10203	diego.romero@yahoo.com	[Firma]
11	Osvaldo Ortiz	1001791476	Conductor	10203	osvaldoortiz@gmail.com	[Firma]
12	Franklin Baldozar	0401047726	Conductor	10203	baldozarof@hotmail.com	[Firma]
13	Carla Aguilar	1002804375	Analista Inform.	10203	carla-aguilera@hotmail.com	[Firma]
14	RICHARD SOTO	717745321	Médico Ciruj	10203	richardso70@gmail.com	[Firma]
15	Hilmarie Quispe	1004137051	Nutricionista	10203	hilmariequ@gmail.com	[Firma]
16	Luis Luna	100232611-1	Nutricionista	10203	ch.ardyluna@hotmail.com	[Firma]
17	Karina Alto	1003494444	Médico	10203	diodorprovision@gmail.com	[Firma]
18	Marta Melian	0402703555	Enfermera	10203	partimay@notmail.com	[Firma]
19	Sandra Candavid	1003179429	Enf. Hospital	10203	sandracandavid77@gmail.com	[Firma]
20	Carlos Mejía	0400895789	Pharmacéutico	10203	c.mejia@yahoo.es	[Firma]
21	Angel Javier Jose Alvarado	1714177797	OP. PROCUR.	10203	ziorbe79@hotmail.com	[Firma]
22	Nelcy Calles Nolas	195684935	Médico Especial. Ve.	10203	www.nelcy75@gmail.com	[Firma]
23	Sofía Carolina Melán	1004114053	Técnicas Sup. Q. Biología	10203	sophycaroline2002@gmail.com	[Firma]
24	Ma. Fernanda Encalada E.	1003173150	Md. Auditor	10203	fernandencalada@gmail.com	[Firma]
25	D. Carl Beltrán Cabos	115945355	Un. de Farmacia Publ.	10203	carltor12@gmail.com	[Firma]

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	LUPE MORO	110329682-8	DEA M.F.	C.S. QUIROGA	lupemoro@morajaco.com	[Firma]
2	Enrik Torres Constante	112463736	Médico Rural	C.S. Quiroga	enrik_t.c@hotmail.com	[Firma]
3	Maria José Antunes Reyes	095868704	Odontólogo Rural	C.S. Quiroga	marjosar1989@hotmail.com	[Firma]
4	Roberta Yamilet Tabares Chingilay	0923237503	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	robertayamilet@hotmail.com	[Firma]
5	Jennifer Michelle Fave Mora	1324977424	Medicinal	C.S. Quiroga	jenav33@hotmail.com	[Firma]
6	Silvia Patricia Flores Medavilla	1002703824	TAPS	C.S. Quiroga	patty_31938@hotmail.com	[Firma]
7	Cristina Jaucheta Huelmo Sigual	100329827	TAPS	C.S. Quiroga	cristinajucheta@gmail.com	[Firma]
8	Kacena Cayo Espinoza	040145078	Medicinal	C.S. Quiroga	kacena2011@hotmail.com	[Firma]
9	Claudia Chavez Moran	1003577354	TAPS	C.S. Quiroga	claudia_c@hotmail.com	[Firma]
10	Aleonor Ulises Tambora	1003351584	TAPS	C.S. Quiroga	aleonorulises@hotmail.com	[Firma]
11	Nidia Elena Suarez	1002811735	TAPS	C.S. Quiroga	nicely2011@hotmail.com	[Firma]
12	Marilyn Hernández Palacios	1756104659	Atención Familiar	C.S. Quiroga	marilyn.hernandez@gmail.com	[Firma]
13	Sandra Mercedes Castro	17561790304	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	sandramc@hotmail.com	[Firma]
14	Vanessa Fernanda Pareda Mejia	1003643424	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	vanessa_norito@hotmail.com	[Firma]
15	Paula Alejandra Ponce Loza	1004205785	Od. Rural	C.S. Quiroga	pauponce1989@hotmail.com	[Firma]
16	Maribel Fernanda Vallejo Tapia	0604315893	Med. Rural	C.S. Quiroga	maribelvallejo@gmail.com	[Firma]
17	Luz Estelina Jimenez Rueda	110314412	Med. Rural	C.S. Quiroga	estelina_j@hotmail.com	[Firma]
18	Peter Alexis Cevallos Palacios	100477684	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	cevallospeter15@gmail.com	[Firma]
19	Cristal Byron Cadena Zamora	1721604331	Obstetra	C.S. Quiroga	cebycr28@gmail.com	[Firma]
20	Ana Lucía Borilla Montalvo	1003870464	TAPS	C.S. Quiroga	ana.lucia.borilla@gmail.com	[Firma]
21	Sandra Elizabeth Cevallos Flores	100303957	TAPS	C.S. Quiroga	elizabeth.cevallos@gmail.com	[Firma]

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Verónica Ortiz Goyes	1001940758	Enfermera	HBADDT	veronicaortizgoyes@gmail.com	[Firma]
2	Karla Milena Escobar	125553352	Enfermera	HBADDT	karla.milena.escobar@gmail.com	[Firma]
3	Leonido Jaramila Malagon	100292828	Médico	HBADDT	leonidojaramila@hotmail.com	[Firma]
4	Daniel José Quintero Lora	1003914483	Médico	HBADDT	danielo_1312@hotmail.com	[Firma]
5	Sandra Susmita Ballesteros	1001914504	Asist. Social	HBADDT	sandrasusmita@gmail.com	[Firma]
6	Luz García Orosco	1756176257	Enfermera	HBADDT	luzgarcia1982@gmail.com	[Firma]
7	Miriam Jimenez	1756176257	Enfermera	HBADDT	miriamjimenez@gmail.com	[Firma]
8	Laura Adriana Torres	072522049	Enfermera	HBADDT	lauradtores@gmail.com	[Firma]
9	Rosalba Rivas	072522049	Enfermera	HBADDT	rosalbarivas@gmail.com	[Firma]
10	Karla Vanessa Rosero Segura	112520394	Médico	HBADDT	karla.vanessa.rosero@gmail.com	[Firma]
11	Sofía Inara Sandoval	1003511979	Atención al Usuario	HBADDT	sofia.inara@hotmail.com	[Firma]
12	Maria José Castro Rivera	1004089165	Enfermera	HBADDT	mariajose1211@hotmail.com	[Firma]
13	Liliana Alejandra Goyes	1003192471	Enfermera	HBADDT	lilianaalejandra@gmail.com	[Firma]
14	Mary Sofia Rojas Buchan	1002469227	Enfermera	HBADDT	marysofia.rosas@gmail.com	[Firma]

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	LUPE MORO	110329682-8	DEA M.F.	C.S. QUIROGA	lupemoro@morajaco.com	[Firma]
2	Enrik Torres Constante	112463736	Médico Rural	C.S. Quiroga	enrik_t.c@hotmail.com	[Firma]
3	Maria José Antunes Reyes	095868704	Odontólogo Rural	C.S. Quiroga	marjosar1989@hotmail.com	[Firma]
4	Roberta Yamilet Tabares Chingilay	0923237503	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	robertayamilet@hotmail.com	[Firma]
5	Jennifer Michelle Fave Mora	1324977424	Medicinal	C.S. Quiroga	jenav33@hotmail.com	[Firma]
6	Silvia Patricia Flores Medavilla	1002703824	TAPS	C.S. Quiroga	patty_31938@hotmail.com	[Firma]
7	Cristina Jaucheta Huelmo Sigual	100329827	TAPS	C.S. Quiroga	cristinajucheta@gmail.com	[Firma]
8	Kacena Cayo Espinoza	040145078	Medicinal	C.S. Quiroga	kacena2011@hotmail.com	[Firma]
9	Claudia Chavez Moran	1003577354	TAPS	C.S. Quiroga	claudia_c@hotmail.com	[Firma]
10	Aleonor Ulises Tambora	1003351584	TAPS	C.S. Quiroga	aleonorulises@hotmail.com	[Firma]
11	Nidia Elena Suarez	1002811735	TAPS	C.S. Quiroga	nicely2011@hotmail.com	[Firma]
12	Marilyn Hernández Palacios	1756104659	Atención Familiar	C.S. Quiroga	marilyn.hernandez@gmail.com	[Firma]
13	Sandra Mercedes Castro	17561790304	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	sandramc@hotmail.com	[Firma]
14	Peter Alexis Cevallos Palacios	100477684	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	cevallospeter15@gmail.com	[Firma]
15	Vanessa Fernanda Pareda Mejia	1003643424	Enfermera Rural	C.S. Quiroga	vanessa_norito@hotmail.com	[Firma]
16	Paula Alejandra Ponce Loza	1004205785	Od. Rural	C.S. Quiroga	pauponce1989@hotmail.com	[Firma]
17	Maribel Fernanda Vallejo Tapia	0604315893	Med. Rural	C.S. Quiroga	maribelvallejo@gmail.com	[Firma]
18	Luz Estelina Jimenez Rueda	110314412	Med. Rural	C.S. Quiroga	estelina_j@hotmail.com	[Firma]
19	Cristal Byron Cadena Zamora	1721604331	Obstetra	C.S. Quiroga	cebycr28@gmail.com	[Firma]
20	Ana Lucía Borilla Montalvo	1003870464	TAPS	C.S. Quiroga	ana.lucia.borilla@gmail.com	[Firma]
21	Sandra Elizabeth Cevallos Flores	100303957	TAPS	C.S. Quiroga	elizabeth.cevallos@gmail.com	[Firma]

Ministerio de Salud Pública						
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula	Profesión/cargo	Unidad Operativa	Correo	Firma
1	Lupe Mora	1103396238	DP	CS. CAIROCA	lupeisabelamora@comcast.net	
2	Enik Torres Contant	1120163735	Médico Rural	CS. CAIROCA	enickt_c@hotmail.com	
3	Maria José Antezaga Reyes	0958687014	Odonatologa Rural	CS. CAIROCA	mari.jtoja@comcast.net	
4	Blitha Yamilet Tabares Mejia	0973737587	Enfermera Rural	CS. CAIROCA	blitha@comcast.net	
5	Benito Michelle Freire Mora	11204937939	médico rural	CS. CAIROCA	benito@comcast.net	
6	Silvia Patricia Flores Mejavilla	1003197821	TAPS	CS. CAIROCA	patty_719186@hotmail.com	
7	Estina Jacynth Florschütz	1003339633	TAPS	CS. CAIROCA	estina@comcast.net	
8	Karelis Reys Echeverre	0001410226	Médico	CS. CAIROCA	karely2011@comcast.net	
9	Claudio Chabes Moran	1003577709	TAPS	CS. CAIROCA	claudio@comcast.net	
10	Alfonso Oscar Tambora	1003358284	TAPS	CS. CAIROCA	alfonso@comcast.net	
11	Cecilia Evelyn Cadena Zuniga	1121604351	Optetra	CS. CAIROCA	cecilia@comcast.net	
12	Eniko Mirella Masabanda Monc	1151875596	Enfermera Rural	CS. CAIROCA	enikomir@comcast.net	
13	Jhanna Elvabeth Cavallos Flores	1003103957	TAPS	CS. CAIROCA	elvabeth@comcast.net	
14	Nelly Mercedes Ayala Andrade	230604064	Obstetra Rural	CS. CAIROCA	nellym_998@hotmail.com	
15	Nidia Saucedo Vargas	000874725	TAPS	CS. CAIROCA	nidia@comcast.net	
16	MARLY FERNANDEZ PATIÑO	1134024659	Médico Familiar	CS. CAIROCA	marly@comcast.net	
17	Sandra MENDOZA DE CAMERON	11250750700	Enfermera Rural	CS. CAIROCA	sandram@comcast.net	
18	Verónica Fernanda Páez Herrera	1003643426	Enfermera Rural	CS. CAIROCA	veronica@comcast.net	
19	Marta Alicia García Barrio	1104205785	Opt. Rural	CS. CAIROCA	marta@comcast.net	
20	Maitel Fernanda Valero Lopez	0604315845	Méd. Rural	CS. CAIROCA	maitel@comcast.net	
21	Luz Estelin Valencia Roldán	1003141114	Méd. Rural	CS. CAIROCA	luz@comcast.net	
22	Peter Alexis Cavallos Bolaños	100177684	Enfermera Rural	CS. CAIROCA	peter@comcast.net	
23	Ana Lucia Bonilla Montalvo	1003370464	TAPS	CS. CAIROCA	ana@comcast.net	
24				CS. CAIROCA	ana@comcast.net	

Anexo 5. Registro fotográfico

TALLER N.º 1



TALLER N.º 2



TALLER N.º 3

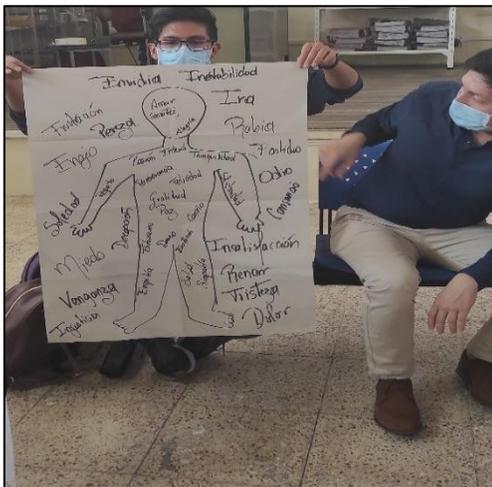


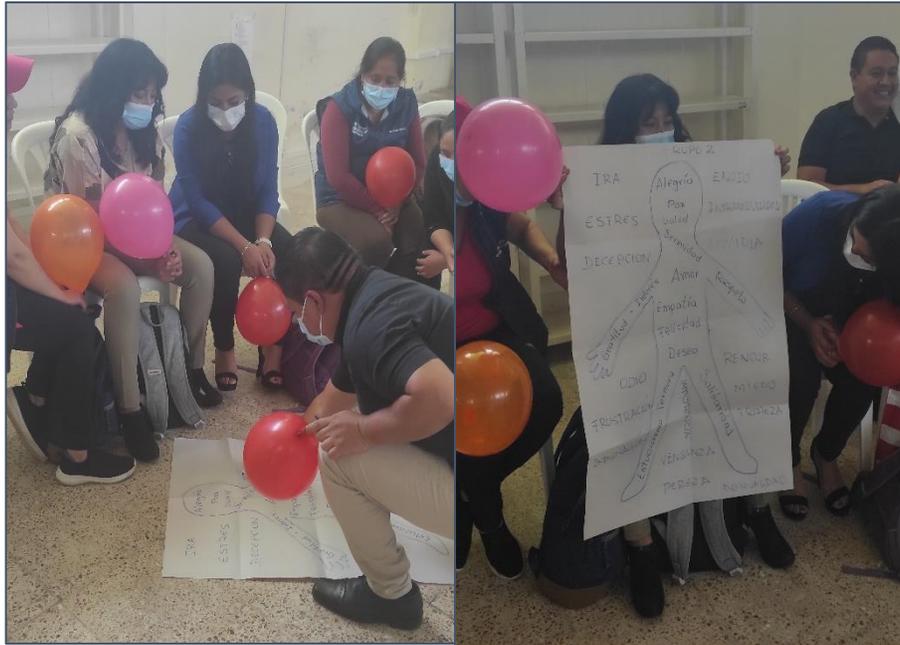
TALLER N.º 4



TALLER N.º 5







TALLER FINAL: RECUENTO DE EXPERIENCIAS (PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN Y EJECUTORA DE INTERVENCIÓN Y PASANTES DE PSICOLOGÍA)



