



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Disminución del Burnout en una Población de Cuidadores que Proveen  
Equinoterapia Infantil**

**Shajaly Fernanda Calles Quevedo**

**Ana María Viteri, PhD, Directora de trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Disminución del Burnout en una Población de Cuidadores que Proveen  
Equinoterapia Infantil**

Shajaly Fernanda Calles Quevedo

Ana María Viteri, PhD  
Director del Trabajo de Titulación

---

Michelle Arguello, BA  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

---

Lellany Coll, DHSc  
Miembro del Comité  
de Trabajo de Titulación

---

Teresa Borja, PhD  
Directora del Programa

---

Carmen Fernández-Salvador, PhD  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

---

**Quito, 15 de mayo de 2015**

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Shajaly Fernanda Calles Quevedo

C.I.: 160051885-1

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo del 2015

## **DEDICATORIA**

Este trabajo ha sido hecho de pies a cabeza dedicado para mis padres, quienes ha estado junto a mí en cada etapa de mi vida y quienes han confiado en mi capacidad de cumplir mis metas sin importar la dificultad o tiempo que requieran. También a mi angelito del cielo, mi primo Andy, quien me mostro que en la vida debemos hacer lo que hacemos con toda la entrega y venciendo los temores, porque no sabemos en qué momento se nos acabe el tiempo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todas las personas que formaron parte de este trabajo de investigación, a mi directora de tesis por la guía profesional. Y en especial al personal de La unidad de Equitación y Remonta de la Policía Nacional por la apertura y su entrega en buscar nuevas formas de aprendizaje para ayudar a los niños con trastornos que acuden a su centro. Esto muestra como el afán de ayudar no tiene barreras, y han sido de gran inspiración para mi vida personal.

## RESUMEN

El presente estudio busca plantear alternativas para disminuir el burnout en el personal que trabaja como terapeutas con niños con capacidades especiales y otros trastornos, siendo estos policías que conforman la Unidad de Equitación y Remonta. La UER como entidad pública, provee el servicio gratuito de equinoterapia al público en general, sin embargo la concurrencias más frecuente es una población de clase económica baja de niños con problemas de desarrollo, capacidades especiales, parálisis y problemas musculares. Los cuales como pacientes buscan en la equinoterapia una terapia alternativa de estimulación en sus deficiencias. El personal que trabaja con ellos cuenta con conocimientos bastos sobre equinos y la equinoterapia, sin embargo no tiene conocimiento sobre el manejo apropiado de niños con trastornos, el manejo de sus familias. Además que carecen de conocimiento sobre la fenomenología, curso y desarrollo de los trastornos que padecen los pacientes; por lo cual resulta difícil su manejo apropiado, y esto les lleva a niveles altos de estrés que resultan perjudiciales para su desenvolvimiento personal y el de la actividad que realizan mediante el servicio que proveen. Estos niveles de estrés altos generan el síndrome de Burnout, niveles altos de ansiedad y estrés que no permiten que la persona funcione de forma normal, en el personal de equinoterapia de la UER.

***Palabras claves:*** burnout, equinoterapia, estrés, ansiedad, psico- educación.

## ABSTRACT

This study aims to propose alternatives to reduce burnout in staff working as a therapist with children with special needs and other disorders, and these policemen riding up the unit and Remonta. The UER as a public entity providing the service free of equine general public, however the most common occurrences is a population of low economic class of children with developmental disabilities, special abilities, paralysis and muscle problems. Which as equine therapy in patients seek alternative therapy stimulation deficiencies. Staff working with them has a complete knowledge about horses and equine therapy, however not aware about the proper management of children with disorders, handling their families. Besides lacking knowledge about phenomenology, course and development of disorders suffered by patients; by making it difficult its proper handling, and this leads to high levels of stress that are detrimental to their personal development and the activity performed by the service they provide. These high levels of stress generated Burnout syndrome, high levels of anxiety and stress that prevent a person from normal functioning. This syndrome appear on the staff that gives hippotherapy at the UER.

**Key words:** *burnout, equine therapy, stress, anxiety, hippotherapy.*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA</b> .....	13
Antecedentes .....	13
El problema .....	15
Hipótesis .....	15
Pregunta de investigación .....	16
Contexto y marco teórico .....	16
Definición de términos .....	18
Presunciones del autor del estudio .....	20
Supuestos del estudio .....	21
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	22
Géneros de literatura incluidos en la revisión .....	24
Pasos en el proceso de revisión de la literatura .....	24
Formato de la revisión de la literatura .....	25
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	85
Justificación de la metodología seleccionada .....	86
Herramienta de investigación utilizada .....	87

Descripción de participantes .....	87
Fuentes y recolección de datos .....	86
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	<b>90</b>
Detalles del análisis .....	90
Importancia del estudio .....	104
Resumen de sesgos del autor .....	104
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>105</b>
Respuesta a la pregunta de investigación .....	106
Limitaciones del estudio .....	107
Recomendaciones para futuros estudios .....	108
Resumen general .....	109
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>113</b>
ANEXO A: Cuestionario de Burnout de Maslach.....	117
ANEXO B: Modelo de entrevista clinica .....	120
ANEXO C: Acuerdo de confidencialidad de participantes .....	125
ANEXO D: Presentacion PPT .....	129
ANEXO E: Fotografias .....	132

## TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
Tabla 1a. Resultados del Agotamiento Emocional, test de Maslach Inicial	94
Tabla 1b. Resultados de la Realización Personal, test de Maslach Inicial	95
Tabla 1c. Resultados de Despersonalización, test de Maslach Inicial	96
Tabla 2a. Resultados del Agotamiento Emocional, test de Maslach Final	97
Tabla 2b. Resultados de la Realización Personal, test de Maslach Final	98
Gráfico 2c. Resultados de Despersonalización, test de Maslach Final	99
Tabla 3a. Relación de las escalas de los Valores generales, test de Maslach Inicial	100
Tabla 3b. Relación de las escalas de los Valores generales, test de Maslach Final	101
Tabla 4a. Desglose por pregunta de la Escala de Sobrecarga de Zarit	103
Tabla 4b. Resultados de puntuaciones totales de Escala de Sobrecarga de Zarit	104

## FIGURAS

<b>Gráfico</b>	<b>Página</b>
Gráfico 1a. Resultados del Agotamiento Emocional, test de Maslach Inicial	95
Gráfico 1b. Resultados de la Realización Personal, test de Maslach Inicial	95
Gráfico 1c. Resultados de Despersonalización, test de Maslach Inicial	97
Gráfico 2a. Resultados del Agotamiento Emocional, test de Maslach Final	98
Gráfico 2b. Resultados de la Realización Personal, test de Maslach Final	99
Gráfico 2c. Resultados de Despersonalización, test de Maslach Final	100
Gráfico 3a. Relación de las escalas de los Valores generales, test de Maslach Inicial	101
Gráfico 3b. Relación de las escalas de los Valores generales, test de Maslach Inicial	103
Gráfico 4. Resultados de Puntuaciones totales de la Escala de Sobrecarga de Zarit	104

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Al hablar de *burnout* es importante explicar primeramente el concepto de estrés. El estrés se refiere a una reacción que se activa frente algo que le resulta desagradable a la persona, según el DSM V, la cual se impulsa en ciertas situaciones en las que la persona no siente que tiene las herramientas para manejar lo que le ocurre (Lazarus, 1990). Este estrés puede presentarse en determinadas etapas o momentos de la vida de la persona, como lo es después de eventos traumáticos y se lo conoce como estrés post traumático o se presenta de forma mantenida, y a este se lo conoce con síndrome de estrés agudo (American Psychological Association, 2015). Las manifestaciones de estrés son extensas, sin embargo en las últimas décadas se ha observado el alza de problemas laborales asociado a grados crónicos de estrés. Estos grados de estrés mantenidos en el área laboral son una de las causas de la aparición del síndrome de *burnout*, el cual en las últimas décadas muestra un alza en su incidencia en ciertas profesiones; entre estas las relacionadas con ayudar a otras personas.

### Antecedentes

#### **La historia de *burnout*: una breve reseña.**

Una vez aclarado este significado entonces podemos hablar del concepto más grande que sería el *burnout*, que como su significado en inglés lo muestra quemar y *burnout* fuera, es un síndrome que muestra a una persona que se ha quemado totalmente a nivel laboral a tal punto que deja de funcionar y quedar fuera de actividad. En un principio los primeros autores que mencionaron este síndrome lo describieron como, "Una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar." (Maslach & Jackson,

1981). A partir de ello empezaron a surgir más interrogantes sobre este estrés crónico que afecta a una parte de la población y la cual causa una disfunción significativa en la vida ya no solo laboral sino también personal de quien la padeciera. Si hablamos de la actualidad del mundo laboral, podemos decir que las exigencias cada vez incrementan, generando una palpable transformación en las metas que se traza cada empleado, las cuales están cada vez tan altas que resultan imposibles de cumplir y por tanto se vuelven motivo de frustración (Gil. P, 2005). Estos cambios han traído consigo nuevos riesgos psicosociales, que afectan a toda la sociedad y a cada individuo por separado.

Por ello se empezó a buscar a que factores se la podría relacionar directamente, entonces se encontraron prevalencias altas en determinados tipos de profesiones. Como por ejemplo es el caso de las personas que trabajan en el área de la salud, tanto física como emocional. En este presente estudio nos enfocaremos en el personal que maneja la salud mental. Existen algunas autores que afirman que las enfermedades mentales que tienen una carga emocional bastante fuerte, resulta difícil de manejar no solo para el paciente sino aún más para el cuidador (Haley *et al.*, 2008; Mohamed *et al.*, 2010). Debido a que en repetidas ocasiones son los cuidadores quienes se ven expuestos a los estímulos estresores que recaen sobre la responsabilidad del cuidado diario y constante de una persona. Al ser parte de su día a día estos niveles de tensión y fuertes estímulos hay ocasiones en las que se ven afectados seriamente y sean en cuadros ansiosos o depresivos, dependiendo del caso, alrededor de la mitad de los considerados cuidadores sufren de alguno de estos dos trastornos (Haley *et al.*, 2008; Mohamed *et al.*, 2010).

Cifras que resultan alarmantes al ya verlo de manera global y en porcentajes, ya que se estipula que alrededor del 63% de los cuidadores que alguna vez han experimentado estrés, tiene riesgo de padecer enfermedades severas y hasta morir, en un lapso de alrededor de 5 años futuros (Mohamed *et al.*, 2010). Los cuidadores generan

mecanismos de soporte que resultan eficaces durante un tiempo, pero de no manejar el estrés con otras medidas terapéuticas este sigue creciendo y en determinado momento logra agotar por completo a la persona que lo padezca y entonces las consecuencias de la gran carga emocional reprimida se reflejan en síntomas psiquiátricos.

La sintomatología negativa que acarrea el cuidador, o también puede asociarse al terapeuta debido a que la relación con el paciente es directa y la responsabilidad sobre el cuidado del mismo resulta similar. A medida que la responsabilidad aumenta, el estrés lo hace directamente proporcional. Por ello resulta primordial en nuestra sociedad desarrollar varias estrategias o técnicas que fomenten un apropiado manejo de la sintomatología de estrés en las personas que están en estrecho contacto con personas con enfermedades que requieren cuidado (Mohamed *et al.*, 2010).

## **El problema**

En el Ecuador se esta incursionando en la equinoterapia como método alternativo de tratamiento para problemas de desarrollo en niños, sin embargo el personal que provee este servicio no cuenta con la capacitación necesaria y por ello se piensa que este sea un factor predisponente para presentar problemas de *burnout*, es este el caso de una población de terapeutas de la UER. Por ello este estudio propone evaluar los cambios a nivel de ansiedad que existen en el personal de policías que trabajan proveyendo equinoterapia a los niños que acuden a la UER, luego de recibir psi coeducación y terapia grupal.

## **Hipótesis**

El trabajo que realizan los policías durante la equinoterapia, eleva considerablemente sus niveles de ansiedad y les produce síndrome de desgaste profesional, lo cual afecta su desempeño fisioterapéutico sobre el proveer tratamiento a sus pacientes.

Mediante la aplicación de psico- educación y terapia grupal se lograra una disminución de la sintomatología del *burnout* del personal de policías que trabajan proporcionando equinoterapia en la UER. Para que se pueda desarrollar esta hipótesis, es importante evaluar constantemente los cambios que existen en el personal de policías que trabajan proveyendo equinoterapia a los niños que acuden a la UER, luego de recibir el tratamiento propuesto de psico- educación y terapia grupal.

### **Pregunta de investigación**

*¿Cómo y hasta qué punto la psico- educación ayuda a disminuir la sintomatología principal del burnout en el personal policial de la UER que provee el servicio gratuito y diario de equinoterapia a niños con varios trastornos del desarrollo de Quito y sus alrededores?*

### **Contexto y marco teórico**

En el Ecuador no existe dentro del sistema de salud un cuidado obligatorio para el área de salud mental, y menos aún para el bienestar del trabajador público o privado. Sin embargo es importante acotar que en países como Estados Unidos y países incluso de América Latina como Colombia y México, ya existe una preocupación en esta área de la salud y es por ello que buscan preservar la salud integral de sus profesionales.

Estas alteraciones emocionales pueden surgir de forma individual por problemas personales, los cuales afectan directamente en el estado de ánimo de la persona y a su vez en su desarrollo profesional. Sin embargo existen factores de riesgo que generan mayor propensión a desencadenar estas alteraciones a nivel emocional producidas por causas de su misma actividad laboral, es a ello que se le llama en la actualidad el desgaste laboral o con su término clínico *burnout*. Existen grupo de profesionales que poseen mayor riesgo en adquirir este trastorno debido a la actividad que realizan, en este caso se encuentran los

terapeutas, psicólogos, médicos, profesores, colaboradores sociales, entre otros que provean un servicio de ayuda. Para este estudio nos enfocaremos en un grupo de fisioterapeutas que brindan el servicio de equinoterapia, y que muestran sintomatología de este síndrome de *burnout*, y que no han recibido ninguna clase de tratamiento y que a su vez están mostrando problemas en su desempeño profesional y personal a partir de la aparición de este trastorno.

### **El propósito del estudio.**

La investigación ha mostrado que existe una conexión entre el síndrome de *burnout* y la psicoterapia. Se espera obtener resultados significativos que muestre al proceso de tratamiento brindado a los participantes como el factor que genere disminución de la sintomatología de *burnout*, por lo cual exista mejor manejo del servicio que se está prestando por parte del personal que lo realiza. Se esperaría observar mejorías tanto en las relaciones interpersonales de los terapeutas con los usuarios, así como entre el mismo equipo de trabajo. Para de esta forma generar una motivación y agrado de ser parte del equipo de trabajo de la equinoterapia, y así logren que se mantenga la terapia de forma regular y con mejor organización.

### **El significado del estudio.**

Uno de los objetivos principales de esta intervención es generar en los participantes una sensación de confianza en sí mismos, desde la premisa de que al obtener conocimientos sobre a lo que se enfrentan a diario podrán adquirir y generar nuevas herramientas para el desarrollo de la terapia e interacción con los usuarios del servicio de equinoterapia.

Además se creara un ambiente laboral agradable que fomente el trabajo en equipo, y que a mediano y largo plazo genere un mejor cumplimiento de las metas terapéuticas como equipo. Lo cual desde la perspectiva de la institución sea una motivación para dar mayor apoyo y respaldo por parte de las autoridades superiores, a la equinoterapia. También es importante mencionar que existe la posibilidad de crear un beneficio adicional, indirectamente con los niños que reciben la terapia, ya que al ser esta de mejor calidad puede generar resultados de cambio más efectivos en periodos de tiempo más cortos, resultado también agradable de realizar y por tanto más frecuente. Lo cual tendría repercusiones positivas a nivel nacional, ya que se daría mayor valía a la equinoterapia a nivel de todo el país e incluso se podría pensar en apoyo gubernamental para este servicio a personas que lo necesitan dentro del orden de salud pública. En el Ecuador no existe mucha investigación sobre *burnout* en general, mucho menos en terapeutas, lo cual lo hace un estudio nuevo en el campo de la investigación y el cual podría servir como pionero en estudios futuros.

### **Definición de términos**

- *Burnout*: este término se lo ha generado como un derivado de los problemas de estrés, en este caso se habla de un estrés severo como exponente de fases avanzadas de clara sintomatología de estrés en el ámbito netamente profesional (Ayuso, 2006). Para los profesionales en el ámbito en que se desarrollan estos problemas de estrés empiezan a surgir a partir de ciertos niveles de perfeccionismo e idealismo, con el afán de satisfacer a los demás, sean estos con relación de dependencia directa como sería el caso de los jefes, o indirecta como sería el caso de los clientes. En el caso de clientes, este tema ha ondeado mas en las profesiones que prestan servicio de ayuda como son profesores,

terapeutas, médicos y agentes de ayuda social; los cuales generan a nivel personal niveles de auto exigencia más altos y severos, provocando un desequilibrio en sus expectativas (Ayuso, 2006). Este término para el español ha sido traducido como “desgaste laboral”, sin embargo en varios países de habla hispana se lo sigue denominando *Burnout*.

- *Equinoterapia*: como su nombre lo indica, este término se le genera a un tipo de terapia, la cual se desarrolla a partir del empleo de animales equinos, este surge a partir de la zooterapia que es el global de las terapias con animales. Sin embargo la equinoterapia propiamente dicha está basada en el uso del movimiento natural generado por el caminar del caballo (Morey, 2014). esta terapia tiene como objetivo principal la estimulación del área motriz, cognitiva y social del paciente con trastornos motrices, del desarrollo y otros trastornos de carácter psicológico o neurológico; todo esto a partir de lo que se denomina la monta terapéutica del animal con un fin de rehabilitación (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006).
- *Estrés*: es un término fue introducido por Walter Cannon en el campo de la salud, para describir a la reacción fisiológica que se produce en los seres vivos después de pasar por un periodo de tiempo prolongado de ansiedad neuroquímica, provocada por la percepción de escenarios que pueden ocasionar daño y significan una amenaza para el individuo (Carlson, 2006). Es decir que para términos de este estudio de comportamientos y psicología humana se la emplea como sustantivo, referente a un proceso; sin embargo este término tuvo

origen en la ingeniería, donde se le atribuía el significado de acción, referente a las fuerzas físicas de las estructuras mecánicas (Carlson, 2006).

- *Ansiedad*: este término se refiere a un miedo excesivo y poco realista sobre una determinada situación u objeto; el cual se caracteriza por emociones excesivas y exageradas como reacción automática hacia un estímulo (Carlson, 2006). La ansiedad dentro de la clasificación del DSM V, es parte primordial de la sintomatología de los trastornos de ansiedad, los cuales se caracterizan por episodios de tensión, estado de alerta mantenido y la espera de un desastre inminente; lo cual produce a nivel químico una actividad excesiva en el sistema nervioso neurovegetativo (Carlson, 2006)
- *Psico-educación*: este concepto se basa de la unión de dos palabras, la educación y la psicología, es decir que se busca educar sobre la psicología de determinados procesos a las personas que carecen de estos conocimientos (Espin, 2009). La educación se refiere a un proceso de intervención en el que se busca proveer de información acerca de la enfermedad psicológica y su manejo, y as u ves brindar guías que muestren técnicas de tratamiento, afrontamiento y apoyo emocional a las personas que se ve relacionadas con quien presenta la enfermedad (Espin, 2009).

### **Presunciones del autor del estudio**

Para los fines pertinentes de este estudio se presume desde el inicio que la información que proveerá cada uno de los participantes durante su entrevista personal y en los cuestionarios empleados, serán reales y honestos. También se presume que existirán

algunas variaciones en cuanto a los resultados en comparación con los estudios usados como fundamento, debido a las diferencias que existen en el contexto cultural y social de los países con mayor desarrollo como EEUU, España, entre otros, comparado con el Ecuador. La mayoría de los resultados van a ser analizados a la brevedad posible una vez concluido el programa de psico- educación, por lo que se presume que no existirán contratiempos mayores que retrasen de manera significativa la cronología de la obtención de estos resultados. Se presume también que exista buena recepción del programa por parte de los participantes para que todos continúen con este de principio a fin de manera voluntaria, y así a muestra se mantenga a lo largo de todo el estudio.

### **Supuestos del estudio**

Para este estudio sobre el *burnout* en el personal de la UER, y como se podría encontrar una manera de disminuir este trastorno mediante la psico- educación; se supone desde el inicio que existirá apertura por parte de los participantes, además que los mismo podrán recibir la información impartida mediante las charlas de forma rápida y eficiente para que la asimilen en su trabajo practico diario con sus pacientes. El supuesto principal es que la acumulación de nuevos conocimientos sobre temas de interés para sus tareas diarias, ayuden a disminuir los niveles de ansiedad y estrés que ellos manejan a diario y que les está haciendo funcionar de forma errónea y perjudicial para su estado de salud mental y hasta físico. Por lo tanto este proceso de capacitación mediante las charlas y el proceso de acompañamiento y contención emocional que no han tenido en anteriores ocasiones, va a ayudar de forma positiva a disminuir algunos de los síntomas del *burnout* que se presenta en este grupo poblacional.

A continuación de este proceso de introducción al estudio planteado, se va a desarrollar de forma clara para beneficio de los lectores, sean estos expertos o no en el ámbito de la psicología, la Revisión de la Literatura revisada y de fuentes confiables que se empleó para este trabajo de investigación. La misma que ha sido dividida en 4 partes, según la temática de interés en orden de prioridades sobre lo de mayor relevancia hasta lo que menor impacto genera en este trabajo de investigación.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Existen varios estudios que se han desarrollado en búsqueda del bienestar común de los individuos que se desenvuelven en grandes grupos. En nuestra sociedad existen varios factores que influyen en nuestro comportamiento y nuestras reacciones. En ocasiones, estas reacciones empiezan a causar desbalance en nuestra vida, generan daños en ciertos aspectos de la misma; un ejemplo de ello es el aspecto laboral. El *burnout* es un trastorno que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de realizar las tareas cotidianas de trabajo, debido a que la persona ha llegado a un nivel excesivo de desgaste. Este desgaste genera en la persona falta de motivación para cumplir las tareas asignadas, falta de compromiso, sensación de frustración, entre otras emociones negativas (Rodríguez, 2010).

Actualmente este síndrome se ha vuelto más frecuente de lo que se cree; sin embargo si tomamos en cuenta que en la actualidad los niveles de exigencia a nivel personal son cada vez más altos, no es algo que suene incoherente. En este proyecto se busca mostrar cómo afecta este síndrome en una población de terapeutas que proveen servicio de equinoterapia en la Unidad de Equitación y Remonta, a niños de escasos recursos económicos que presentan trastornos del desarrollo. Estas personas tienen como función principal trabajar con el dolor de los demás, y ponen todo su esfuerzo a nivel físico y psíquico para conseguirlo. Por esta entrega absoluta y constante, se los considera

vulnerables para presentar burnout, ya que trabajan de forma cercana con otras personas que también al ser vulnerables, demanda de muchos cuidados.

### **Géneros de literatura incluidos en la revisión**

#### **Fuentes.**

La información empleada como referencia de este trabajo práctico se la ha obtenido de algunas fuentes, entre las que destacan revistas médicas o psicológicas, como PsychNet (de la American Psychological Association), Medline Plus, Elsevier, SCielo. También artículos confiables obtenidos de los repositorios y bibliotecas de las Universidades, San Francisco de Quito y Simon Fraiser University. Además se usaron varios libros específicos de neuroquímica, psicología y psiquiatría por la morfología del síndrome, que se desarrolla asociado al estrés y los altos niveles de ansiedad. Y su elevada incidencia en una población de personas que proveen cuidados secundarios a nivel de salud. Además del empleo del DSM V, como herramienta aprobada internacionalmente para evaluar la sintomatología de los trastornos psiquiátricos.

### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Para realizar el proceso de selección de la literatura a emplear en el presente estudio, en un inicio se realizó una lluvia de ideas sobre los temas relevantes del burnout que explicarían la importancia de analizar este síndrome, sus causas y consecuencias en la población en general y de esta forma encontrar autores que busquen un objetivo en común con este estudio para que la información obtenida le provea un soporte sólido a la hipótesis inicial. Se buscaron autores muy conocidos en el tema, y más tarde estudios recientes que tengan como fundamento o algún tipo de relación con los conceptos de los autores relevantes y de origen del mismo.

## **Formato de la revisión de la literatura**

La división de los temas se lo hizo pensado en el mejor entendimiento del lector, proveyéndole un orden desde lo más general de los conceptos hasta los detalles más específicos para que de esta forma el adentrarse en la temática del burnout sea progresivamente, y enfocándonos en temas útiles para la replicación de este estudio a futuro.

### **Tema 1. Concepto y causas de burnout.**

#### ***Historia.***

A lo largo de la historia del desarrollo de nuestra sociedad, se ha visto un incremento en la perspectiva de la salud mental, es decir que se va mostrando mayor interés en precautelar la sensación de bienestar en el ser humano dentro de la sociedad. Por lo tanto se han hecho investigaciones y estudios que analizan el comportamiento del ser humano en diferentes ambientes y bajo ciertos factores, para encontrar la relación que existe entre estos posibles factores causales y las reacciones que se generan a partir de ellos. A esta ciencia que se encarga del estudio de comportamientos se la llama psicología, esta inquietud sobre la vida anímica del ser humano surgió desde los filósofos Sócrates y Platón en la antigua Grecia, sin embargo es considerada una ciencia desde hace solo 125 años aproximadamente (American Psychological Association, 2015). El término de psicología desde sus orígenes antiguos proviene de las palabras griegas “PSYCHE”, que significa alma y “LOGOS” que significa estudio, por lo que se sabe que un inicio esta filosofía se regía más a lo anímico, más tarde se lo asocio directamente a la mente como

tal. Dentro de los requisitos de una ciencia es que se base el método científico; es decir que para la investigación existan etapas de: observación, experimentación y el análisis de los resultados obtenidos, para conocer si las conclusiones apoyan o descartan las hipótesis que se plantean, y de esta manera sea verificado y replicado por otros (Feldman, 2006) (Feldman, Una ciencia que evoluciona: pasado, presente y futuro, 2006).

Como ciencia, la psicología se basa en la recolección de datos; los cuales se emplean para generar conclusiones acerca de las situaciones y respuestas sobre ciertos estímulos que reciben los seres humanos (Feldman, 2006). Sin embargo estos datos se consideraban no válidos ya que los comportamientos o fenómenos estudiados, no son medibles directamente; y es por ello que la psicología basa su investigación en las consecuencias observables, es decir el comportamiento que se genera en la persona y no solo en los factores inmensurables. La psicología maneja la operacionalización como proceso replicable a futuro, que logre traducir la hipótesis en procedimientos y actividades específicas que se logren medir y comprobar (Feldman, 2006)

Dentro de la psicología como dogmatismo se han desarrollado varios campos de investigación con respecto a la medición de cualidades, es decir varios enfoques sobre una misma problemática. Entre estos enfoques tenemos a la denominada psicología social, esta rama de la psicología es la encargada del estudio de la conducta de los individuos y su función dentro de los grupos, como se influyen directa e indirectamente entre ambos, es decir del grupo hacia el individuo y viceversa (Myers, 2003). El estudio de esta conducta

tiene como fin, el entender cómo se resuelven los problemas que surgen entre estas relaciones, no solo entre las personas sino también en la influencia del medio externo que los rodea que también es parte de su vida (Myers, 2003). En el caso de este estudio sobre el *burnout*, es importante este estudio del entorno social, ya que se desarrolla en el entorno laboral, y este incluye al personal y a la carga obligatoria de la actividad que se realiza.

Si se habla de los estudios del comportamiento, es necesario que se tome en cuenta la patología que se presenta al encontrar un desempeño no habitual en la conducta; por ello dentro de una observación se diagnostica si la persona posee o no un trastorno que está afectando el funcionamiento del individuo, entre los más comunes tenemos a los trastornos del estado de ánimo, entre los que se incluye la depresión y la ansiedad como lo tipifica el American Psychiatric Association, en su manual de diagnóstico, el DSM V (American Psychological Association, 2015). Específicamente al hablar de ansiedad nos referimos a un trastorno del estado de ánimo.

El término *burnout* empezó a acuñarse fuera del ámbito deportivo y artístico desde 1974 por Herbert Freudenber (Alvarez & Fernandez, 1991). H. Freudenberg fue quien empezó a notar un comportamiento recurrente de cansancio, desilusión y dolor que llevaban a fallas en las funciones cotidianas de ciertos individuos en su ambiente laboral y personal, y lo analizó en su clínica en East Village (Freudenberg, 1980). Al observar el ambiente laboral y los perfiles en general de estas personas, se habla de gente con altas expectativas, que poseen una carga de responsabilidad alta, que cumplen con horarios

extensos y forzados de trabajo, que no descansan, que muestran signos de estrés, que no admiten sus limitaciones, entre otros (Freudenberg, 1980); por lo que se empieza a analizar la conexión entre estos factores para generar desgaste. El término *burnout* se lo toma por su significado literal, ya que las personas parecen llegar a “quemarse”, los niveles de fatiga física y emocional, y frustración, los sobrepasa al no recibir una recompensa satisfactoria esperada en la actividad que se realiza (Freudenberg, 1980). Y su nivel de desgaste llega a ser tan severo que pierden el interés y la capacidad de realizar sus actividades comunes, es por esto que se vuelve más observable en el ámbito laboral, ya que dejan de cumplir las metas propuestas.

Históricamente en Estados Unidos ha existido migrantes que llegan de todos los países buscando oportunidades laborales, por lo que la demanda que existe es fuerte, y las personas se exigen mucho para lograr mantener una buena posición. Si se toma como ejemplo a este país, ya que ese es el contexto que analiza H. Freudenberg en su libro “*Burnout: the high cost of achievement*”, en el que muestra como la sociedad se ha desarrollado en gran escala como prestigiosa, con el pasar del tiempo se la considera como una organización estricta, individualista, competitiva, industrializada; en la que las personas constantemente se sobre exigen y se enfocan en cumplir las metas a toda costa y han perdido el entusiasmo por lo que realizan (Freudenberg, 1980).

Entre las características principales de este síndrome de *burnout*, se puede encontrar a los sentimientos negativos hacia todo lo relacionado al ambiente laboral en que

se encuentra la persona, sentimiento negativos hacia la propia persona y la sensación de no poseer los recursos emocionales suficientes para sobrellevar y poder afrontar la presión por la que atraviesan (Rodríguez, 2010). Sin embargo la definición más evaluada desde los años 80's ha sido la que determina como síntomas a; el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el ambiente laboral en que se desenvuelve el individuo, expuesta por Maslach y Jackson en 1981.

Es así que Cristina Maslach en 1977, es quien da a conocer la palabra *burnout* en el Congreso Anual de la Asociación de Psicólogos en EEUU "A.P.A" (Alvarez & Fernandez, 1991). Y a partir de esta aparición se crearon pruebas que midan esta característica en las personas, como lo es el *Inventario de Burnout de Maslach*, o más conocido como "MBI", por sus siglas en ingles. Este se enfoca en la valoración de las tres áreas problemáticas del síndrome; el cansancio emocional, la despersonalización y el logro personal en cada individuo de esta sociedad que presenta disturbios en su vida laboral. Este cuestionario ha sido empleado en varios profesionales y resulta efectivo para evaluar los síntomas característicos del *burnout* en áreas laborales referentes al trabajo social, relaciones humanas, educación, puestos de gobierno y negocios (Alvarez & Fernandez, 1991).

Al estudiar ya oficialmente este tema, además de los estudios anteriormente mencionados, se han recibido nuevas aportaciones mediante otras investigaciones y experiencias personales; las cuales fueron discutidas y comparadas en la primera Conferencia Nacional del *burnout*, realizada en 1982 en el mes de Noviembre en la ciudad

de Philadelphia en EEUU. Más tarde son Perlman y Hartman, quienes determinaron tres factores fundamentales a partir de 1982; la importancia creciente de los servicios humanos han ido adquiriendo como participes del bienestar individual y de la colectividad, la valoración y sobre exigencia de los usuarios de estos servicios sociales o servicios sanitarios, y los conocimientos sobre los efectos perjudiciales del estrés crónico en las personas que lo presentan (Alvarez & Fernandez, 1991). Al considerar los efectos, se evalúan las posibles causas, entre las que se involucran los ambientes en los que se desenvuelve el sujeto.

Al hablar de una sociedad que exige constantemente al individuo que es parte de ella, podemos asociarlo según las teorías, a la necesidad de logro. Esta necesidad se refiere a, una característica aprendida y constante en la que el individuo gana satisfacción al afanarse por alcanzar un nivel muy alto de excelencia, y conseguirlo (Feldman, 2006). Las personas que poseen esta necesidad elevada, suelen buscar desenvolverse en situaciones en las que compitan con un criterio específico en el que sean evaluados, y en dicha actividad tienen que ser exitosos para satisfacer la necesidad. Un alta necesidad de logro puede ser algo positivo y una motivación, si es que llega a ser satisfecha por el individuo; ya que de no conseguirlo en cambio puede considerarse un aspecto negativo, debido a que podría ocasionar la sensación de minusvalía, desgano, falta de confianza, fracaso y temor (Feldman, 2006). Y las demandas extremas en el ámbito laboral en las sociedades actuales

en ocasiones también aportan a una elevación en los criterios de logro a niveles inalcanzables o poco probables de conseguir.

### *Causas*

El desarrollo y presentación del síndrome de *burnout* en la población en general se ve relacionada con varios factores; como ambientales, culturales y personales. Los cuales actúan tanto como factores predisponentes y desencadenantes. Es de conocimiento del medio laboral de la salud, que los encargados de proveer la mayor cantidad de cuidados y asistencia al paciente con una enfermedad específica, en este caso hablaremos de la salud mental. Estos cuidadores, conocidos como terapeutas, enfermeras o fisioterapeutas en el caso de discapacidades; son los encargados de proveer cuidados a diario al paciente, por tanto se hacen responsables y comparten junto al paciente las consecuencias y el día a día de su enfermedad.

La naturaleza social del ser humano es compartir determinado nivel de intimidad y vínculo, al generar una relación de cuidados con otro ser humano (Martin, Dominguez, Gonzalez, & Munoz, 2011). En determinado nivel de intimación, se crea en la persona la necesidad personal y hasta obligatoria de cuidar de la persona con quien estamos compartimos ese vínculo, y se podemos decir que esto se atribuye a las teorías de apego (Martin, Dominguez, Gonzalez, & Munoz, 2011). Es así que en varios casos, los cuidadores primarios son la familia, con quienes el paciente tiene contacto la mayor parte

del tiempo; pero más tarde vemos que no solo son los familiares quien desarrolla este vínculo, sino también el personal del área de salud que le provee de cuidados rutinarios.

Se debe tomar en cuenta que en la mayoría de los casos, debido a la carga de responsabilidad que conllevan los cuidados que necesitan las personas con deficiencias o enfermedades mentales, estas exigencias pueden llegar a rebosar por sobre la capacidad de atención y respuesta por parte de la persona a cargo (Martin, Dominguez, Gonzalez, & Munoz, 2011). Provocando a partir de esto, estados de estrés y cansancio crónicos; los cuales generan deterioro en el estado de salud, tanto físico y mental del cuidador. Es por ello que en esta investigación se emplea la investigación en una especie de estudio de caso, aun cuando no sea caso específico, se trabaja con un grupo pequeño y específico de personas que arrojan ciertos comportamientos similares; y estos conocimientos nos sirven para comprender de mejor manera como se relacionan entre si el síndrome con el participante (Feldman, 2006).

En el área de factores ambientales, varios de los estudios han observado mayores prevalencias del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los profesionales que tienen por labor los servicios con otros seres humanos, entre los que destacan los profesionales del sector de la salud y los docentes (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Dentro de las diferentes profesiones e incluso dentro de la misma profesión existe variabilidad de prevalencia también debido al contexto cultural, económico, social y político en que esta la persona. Por ello existen algunos autores que determinan a la

sociedad occidental como un predisponente para el *burnout*, ya que actualmente es considerada generadora de competitividad, consumismo y materialista (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Por ello las personas que se desenvuelven en la sociedad crean la necesidad de sobre cargarse para satisfacer las demandas de esta.

Se puede decir entonces que esta problemática no se da en una sociedad específica o única, sino que es un inconveniente a nivel transcultural. Respecto a los factores individuales relacionados con menor presencia de *burnout* se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, el optimismo, la afectividad, o la autoestima (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Existen investigaciones sobre el modo de vida o hechos de vida específicos en las personas con este síndrome, y se ha observado que una recurrencia y severidad de sucesos negativos severos en un periodo muy corto, llegan a agravar la situación de sobrecarga que ya existía en la persona. Mientras que los sucesos positivos, actúan como protectores, es decir, que funciona como amortiguadores y hasta como herramientas de recuperación ante las situaciones de presión (Alvarez & Fernandez, 1991). Así pues se comprueba que es necesario promover un ambiente laboral global que brinde condiciones protectoras que eviten que las personas caigan en estados de estrés crónico, y más bien existan condiciones favorables para un desempeño laboral sano y llevadero.

También cabe indicar que se han publicado estudios contradictorios respecto a la influencia de nuevas y diversas variables, algunas de ellas persistentemente valoradas; como la edad y el sexo que son individuales de la persona, por lo que su análisis no se ha

logrado profundizar debido al grado de subjetividad y la amplitud de la muestra que sería necesaria para lograr una apropiada homogeneidad en esas variables.

Se dice que el *burnout* como tal se considera un síndrome de proceso continuo y dinámico en el aumento excesivo del estrés y los aspectos esenciales indicados pueden estar presentes en un considerable grado, sea a favor o en contra (Alvarez & Fernandez, 1991). A pesar de ser un proceso continuo, este no emerge de forma repentina o fortuita, sino más bien surge de forma paulatina y este aumento excesivo se genera progresivamente hasta llegar a un nivel alto de severidad que llega a causar la disfunción del quemarse hasta dejar de funcionar normalmente. Estos estudios han clasificado a los distintos momentos o estados sucesivos del *burnout*, entre estos tenemos; al primer momento lo denominamos, estrés laboral, en el que se genera a partir de las demandas laborales que exceden los recursos humanos y materiales que posee la persona, y la persona no cuenta con las herramientas para suplir las demandas, por lo tanto se asocia a una situación de estrés (Alvarez & Fernandez, 1991).

Como segundo momento tenemos al sobreesfuerzo y exceso, etapa en la cual el individuo muestra una respuesta emocional con signos de ansiedad como reacción ante el desajuste que genera el estrés, además se muestran signos de cansancio y fatiga a nivel físico que hacen que el individuo genere una adaptación psicológica (Alvarez & Fernandez, 1991). Finalmente la última etapa es el enfrentamiento defensivo, en este momento se produce una fase de cambio; este cambio debe ser observable, es decir mediante actitudes

y conductas que tienen como objetivo defenderse ante la problemática sentida como tensión. Y es después de todas estas etapas previas que aparece el *burnout*.

Algunos estudiosos han definido cierta sintomatología característica del desgaste laboral, y la han clasificado según como se presentan en la persona, dentro de tres signos: los psicósomáticos, conductuales y los emocionales (Alvarez & Fernandez, 1991). Los signos psicósomáticos son los que se presentaron temprano, y son los primeros indicios físicos de que la persona sufre de *burnout*; entre ellos podemos mencionar a las quejas, neuralgias, dolor de estómago y desórdenes gastrointestinales, úlceras, pérdida o aumento de peso, entre otros. Los signos conductuales al igual que los anteriores; entre estos podemos mencionar la conducta violenta, conducta a la defensiva, absentismo laboral, comportamientos de alto riesgo, incapacidad para relajarse, abuso de sustancias, y conflictos personales o familiares (Alvarez & Fernandez, 1991). Todos estos comportamientos se pueden observar, ya que son acciones reales y concretas que realiza el individuo.

Para concluir, se muestran los signos emocionales, los cuales están señalados por la irritabilidad, impaciencia, distanciamiento afectivo, incapacidad de concentración, problema de memoria, fallo en la elaboración de juicios coherentes, inhabilidad de razonar de manera abstracta y falta de autoestima; esta última de llegar a ser excesiva hasta dañar la autoimagen de la persona, podría generar sentimientos paranoicos (Alvarez & Fernandez, 1991). Se habla de sentimientos paranoicos, ya que la persona empieza a

sentirse temerosa de que le hagan daño los demás o que estén en su contra; debido a la inseguridad que se ha creado en sí mismo. Todas estas problemáticas mencionadas, al irse agudizando de forma progresiva sin control, generan que hayan roces directamente en las interrelaciones personales, específicamente de la relación del profesional para con la persona a quien se le presta el servicio.

Pero hoy por hoy ya no solo se habla de teorías fisiológicas en general, sino específicamente ya se han realizado teorías neuro científicas, que buscan explicar la relación directa causal de como se ve alterado el sistema neuroquímico de las personas antes estas situaciones de estrés crónico. Para explicar estas alteraciones y cambios de comportamiento, se han desarrollado modelo de estrés, sea este psicológico o físico, ya que ambos se relacionan estrechamente y normalmente se presentan juntos (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014). Estas alteraciones del sistema normal de respuesta antes estrés podrían ocasionar daños en el desarrollo y crecimiento de la persona, incluso hasta ocasionar otros desordenes psiquiátricos severos asociado (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014). Por lo tanto la ciencia actual se ha enfocado en realizar estudios minuciosos a nivel celular y molecular, que analicen detenidamente el proceso químico del comportamiento humano.

La estimulación prolongada a situaciones de estrés puede llevar a la persona a trastornos de depresión o de ansiedad. Lo que determina como afectara este estrés en la persona y si las consecuencias llegarían a ser patológicas, es la forma de sobrellevarlo y el

control sobre el mismo estrés después del evento traumático o su desencadenante (Carlson, 2006). La capacidad de frenar el estresor es lo que genera en la persona las habilidades de supervivencia ante situaciones negativas y de sobreponerse ante ellas. El fisiólogo Walter Cannon denominó a esta respuesta natural y normal ante situaciones estresantes como, respuesta de huida o lucha, la cual al generarse a corto plazo ante una amenaza es útil, pero si la reacción se mantiene a largo plazo resulta perjudicial (Carlson, 2006). Estas reacciones normales ante el estrés, de emociones negativas, se producen junto a respuestas fisiológicas que tienen como fin preparar físicamente a la persona para escapar o luchar ante una situación amenazadora. Pero se sabe que una vez que la situación de amenaza o peligro ha sido superada, el estado fisiológico de la persona vuelve a su estado normal (Carlson, 2006). Sin embargo como sabemos, en el síndrome de *burnout*, este sistema de estrés se mantiene a largo plazo ya que la situación amenazante se generaliza y se percibe como inmanejable. Es por esto que en el momento en que se desencadena el sistema de estrés, es el cerebro quien se ve afectado inmediatamente, ya que sus tejidos de ácidos grasos poliinsaturados son bastante susceptibles ante los radicales libres producidos por las condiciones degenerativas de estrés inducido (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014).

Como se ha explicado anteriormente, el estrés es una respuesta natural ante la petición de los estímulos externos o internos, pero al este ser crónico y persistente ocasionado por condiciones negativas de la vida diaria, puede generar exceso de radicales libres a nivel del organismo y por tanto oxidativos que afecten a todo el sistema. Estas

interacciones activan sistemas de reacción que producen comportamientos asociados a la ansiedad y alteraciones en las funciones cognitivas normales; lo que desencadena finalmente en respuestas comportamentales (Carlson, 2006). Las respuestas comportamentales, son parte de las emociones, al igual que las respuestas neurovegetativas y endocrinas. Estas dos últimas son las que llamamos fisiológicas, ya que es la fisiología del cuerpo la que se ve alterada, y son las que pueden llegar a ser nocivas y perjudiciales para la salud física de la persona (Carlson, 2006).

Los estudiosos del tema mencionan que el estrés patológico afecta directamente en el sistema de activación neuro-endocrino y las funciones hormonales asociadas, ya que actúa en el sistema límbico, las glándulas hipotalámicas y pituitarias (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014). Cuando la situación amenazante requiere de una estimulación energética, estas respuestas endocrinas y neurovegetativas ayudan a canalizar correctamente las reservas de energía que se almacenan en el cuerpo. A partir de ello se activa el sistema nervioso neurovegetativo, la rama simpática específicamente, secretando hormonas relacionadas al estrés (Carlson, 2006). Toda esta activación se da para que los músculos del cuerpo puedan obtener los nutrientes necesarios para conseguir la energía que utilizarán en la ejecución de ejercicios fuertes a partir del metabolismo de la glucosa provocado por la presencia de la hormona adrenalina.

Las respuestas fisiológicas producidas a partir de estos cambios químicos son la activación de la glándula pituitaria adrenal y el sistema simpático, que a su vez secreta

esteroides como el glucocorticoides o cortisol en el torrente sanguíneo por medio de la corteza suprarrenal produciendo más estimulación sobre la glucosa (Carlson, 2006). Su función sobre la glucosa es la de degradar proteínas, contribuyendo a la producción de grasas que podrán ser usadas como energía. Estas secreciones modifican los procesos naturales, altera procesos automáticos, presión arterial, variación de temperatura y hasta alteración del ritmo cardiaco, taquicardia (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014). El control de la secreción de glucocorticoides está controlada por las neuronas del núcleo para-ventricular del hipotálamo, que prolongan sus axones hasta la eminencia media donde se encuentra localizados los capilares hipotalámicos de irrigación sanguínea del sistema porta (Carlson, 2006). Esta activación se da debido a la presencia del factor de liberación de corticotropina “CRH” desde el hipotálamo, por lo tanto también libera la hormona adrenocorticotropica o corticotropina desde la pituitaria anterior o adenohipófisis (Kumar, Rinwat, Kaur, & Machawal, 2014). Al existir sobre liberación de este factor se producen psicopatologías severas, ya que la mayor parte de las células del cuerpo poseen receptores para glucocorticoides y son solo unas pocas las que no se ven afectadas.

Entonces se entiende que estos sistemas de respuestas al estrés expuestos previamente, son a su vez facilitados por la hormona la norepinefrina o noradrenalina, que se secreta a nivel de la amígdala e hipocampo, en una vía que parte del núcleo central de la amígdala hasta ciertas regiones del tronco de la encéfalo, en respuesta primitiva a una situación de peligro (Carlson, 2006). La noradrenalina también tiene la función de

neurotransmisor, por lo tanto es causante de varias de las respuestas comportamentales.

Así pues de existir una alteración en estos sistemas de regulación llevan a complicaciones en las reacciones de todo el sistema nervioso.

### ***Prevalencia***

Se conoce que el *burnout* se ve relacionado de forma directamente proporcional al incremento de la demanda laboral en estos días; por lo que el aumento de metas laborales, y personales en ocasiones, demasiado altas e inalcanzables ocasionan que existe un incremento del síndrome en la población actual. Más aun en los países donde el ritmo de vida está ligado a lo laboral. Por ejemplo, se encontraron valores significativos en un estudio realizado a 154 educadores y monitores de personas discapacitadas en 2005 en Madrid. En el que los resultados de la muestra total comprobaron que un 11,70 % se ve afectado por el síndrome, y un 1,30 % de los sujetos posee afección severa en todas las dimensiones y además sentimientos de culpa (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005).

Cuando se hace referencia a la sintomatología específica, se informa que se encontraron valores de 21 sujetos (13,60 %) que presentaron bajos niveles de ilusión por el trabajo, 35 sujetos (22,70 %) obtuvieron niveles altos de desgaste psíquico, y 11 sujetos (7,10 %) niveles altos niveles de indolencia; basándose en el CESQT-PD “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” versión profesionales que

trabajan hacia discapacitados y el MBI “*Inventario de Burnout de Maslach*” (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005).

Sin embargo es importante tener en cuenta que al ser Ecuador un país con otro contexto social, los valores estadísticos en los que nos debemos basarnos se asocian más a los arrojados por otros países Latinoamericanos. Donde se ha observado en anteriores estudios que la prevalencia es bastante baja, 1,6% y 9,1% entre los profesionales evaluados (Rodriguez, 2010). Pero se debe considerar que la investigación en países latinoamericanos es todavía escasa, por lo que estos valores anteriormente mencionados pueden aumentar considerablemente.

En otro estudio realizado con *Inventario de Burnout de Maslach* vía online, desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007, en personal sanitario hispanoamericano; se obtuvo una muestra extensa de 11.530 profesionales en los que su mayoría fue varones 51% , y comprendieron en una media de edad de 41,7 años (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Los resultados arrojados de esta muestra se clasificaron por división demográfica, siendo mayormente significativos para los profesionales en España con un 14,9%, comparado con el 14,4% en Argentina y 7,9% en Uruguay (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Así mismo los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador arrojaron valore de prevalencias de 2,5% y 5,9%. En cuando a la división por la profesión de los participantes, los porcentajes variaron entre

12,2 % Medicina, 7,2% Enfermería, y Odontología, Psicología y Nutrición cifras menores al 6% (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009).

Además es importante que de esta investigación se pudieron observar variables protectoras, entre las que constan en orden de mayor a menor frecuencia; la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y finalmente la valoración económica (OR=0,91) (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Lo que nos hace concluir que existe más predisposición a presentar *burnout* por parte de los médicos de los países de Argentina y España, lo cual podemos asociar con la población ecuatoriana ya que en el caso de Argentina es un país de Sudamérica que mantiene un ambiente sociocultural similar, y la base del sistema de salud en cuanto a los niveles de estrés y grado de responsabilidad al que se someten. Pero hay que tomar en cuenta que no se habla de terapeutas sino de médicos.

Basándonos en un estudio sobre la neuroquímica del estrés, realizado en el Reino Unido en el departamento de Psiquiatría de la Universidad “*Third Age*”. Se utilizó una muestra de 37 participantes con el diagnóstico clínico de *burnout* a los que se les administró la prueba de inhibición de dexametazona “DST” ; los cuales a su vez fueron comparados con un grupo control de 35 participantes sanos según los criterios de depresión, ansiedad, problemas psicosomáticos y de alteraciones del Eje hipotalámico hipofisiario adrenal “Axis HPA” y del factor neurotrópico derivado del cerebro “BNDF”

(Sertoz, 2008), sin tratamiento farmacológico. Para entender cómo funcionan estos dos últimos criterios es necesario entender que; el BDNF es una proteína, de las neurotrofina, que actúa como factor de crecimiento nervioso tanto a nivel cerebral directamente, como periférico.

Y por otra parte el eje HPA, el cual tiene como función dentro de la anatomía humana la liberación de hormona liberadora de corticotropina “CRH” durante una situación de estrés, a partir del hipotálamo con el fin de liberar cortisol en la sangre. Los niveles de cortisol normales en un individuo aumenta al despertar, puede decirse que en picos de 30-40 minutos, y disminuye a lo largo del día gradualmente para a la media noche caer hasta la mínima cantidad; sin embargo al existir problemas de estrés crónico este ciclo circadiano se ve alterado, ocasionando liberación continua de cortisol (Sertoz, 2008). Los datos resultantes y relevantes de este estudio mostraron que no existieron diferencias significativas para la función del eje hipotalámico hipofisiario adrenal, ya que los niveles de cortisol en función basal fue de  $p=0.592$  comparada con los niveles después de la administración de 1 mg de DST, que fueron de  $p=0.921$  (Sertoz, 2008). Pero en cuanto a los niveles de BDNF si se encontraron diferencias estadísticamente significativas de ( $p=0.005$ ); ya que se obtuvieron niveles bajos de ( $88.66\pm 18.15$  pg/ml), en el grupo que cumplió criterios de *burnout*, comparado con los niveles del grupo sano de ( $102.18\pm 20.92$  pg/ml) (Sertoz, 2008).

De esta manera las terminaciones del estudio de Sortez soportaron la tesis de la relación que existe entre la variación de niveles de cortisol y el estrés crónico que produce el *burnout*, de esta manera entonces los niveles. Concluyendo que los bajos niveles de BDNF pueden contribuir en la neuroquímica del síndrome de *burnout*, asociándolo con la sintomatología que presenta el síndrome, específicamente es los cambios de humor negativos y los fallos en la función cognitiva del participante (Sortez, 2008). Existen otros estudios que soportan esta teoría neuroquímica, tales como el estudio sobre la medición de la liberación del cortisol realizado en 1999 en el centro de investigación psico- biológica y psicosomática de la Universidad de Trier por J.C Pruessner. Fue él quien investigó a un grupo de 66 profesores, y concluyo que había una relación inversamente proporcional entre los niveles de cortisol y el *burnout*; es decir que a mayores signos de *burnout*, menores eran los niveles de secreción de cortisol (Pruessner , Hellhammer, & Kirschbaun, 1999). Lo cual reafirma de forma experimental y observable, todo lo anteriormente mencionado en las teorías neuroquímicas.

Además se debe mencionar cuales son los efectos directos del estrés sobre la salud corporal de la persona, para ello se han realizado varios estudios en seres humanos que han sido sometidos a periodos largos o crónicos de estrés. Estos estudios son longitudinales ya que se busca ver el cambio conductual, fisiológico y neuroquímico de la persona, a lo largo del tiempo. Entre estos estudios se ha encontrado que por lo general, las personas que han sido sometidas a periodos prolongado de estrés, tienen más problemas de salud que otras

personas en edades superiores (Carlson, 2006). Según Hans Seyle, uno de los primeros investigadores que se enfocó en el estudio del estrés, es esta secreción de glucocorticoides mantenida la que produce los efectos perjudiciales en la salud de las personas a largo plazo. Entre los efectos más notables y comunes tenemos alteraciones como; daños a nivel de los tejidos musculares (Carlson, 2006).

### **Tema 2. *Burnout* en el área de la salud, sicoterapeutas y fisioterapeutas.**

Es notorio que en los últimos tiempos ha existido un incremento de trabajadores que desarrollan su actividad laboral en el sector de servicios, los cuales se encargan de otras personas y se mantienen en contacto permanente con los favorecidos por su trabajo; mostrándose como un movimiento necesario, que aumenta y se perfila como una nueva fuerza laboral. Debido a estas características del trabajo, el sistema social de las organizaciones se ha convertido en un contexto laboral sumamente importante para la salud laboral de las personas, y los riesgos psicosociales han cobrado gran notabilidad por su frecuencia e intensidad, por su influencia sobre la calidad de vida en el trabajo (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005).

Al hablar de salud, es relevante entender que el cuidado personal también forma parte de la integridad del ser humano; por lo tanto Faunce propuso enfocarse y cuidar también del bienestar emocional, mental y espiritual, mediante la integración de la propia mente (Wytik, 2014). En el caso de los sicoterapeutas, fisioterapeutas o cualquier terapeuta que preste servicio directo a personas, el cuidado personal se refiere a una cuestión de

afecto, vínculo y responsabilidad sobre el paciente; sin embargo para poder brindar cuidados a otros necesita cuidar primero de sí mismo. Por ello se debe tomar en cuenta y monitorear cual es el estado personal de la persona que provee cuidados, ya que son ellos quienes están en la obligación de suspender la actividad profesional que proporcionan y buscar ayuda adecuada, sea esta en el ámbito físico, o psicológico, ya que este estado puede reducir la capacidad de beneficiarse y de no causar daño en el paciente, y de hecho que puede estar poniendo en riesgo el estado de salud del paciente (Wytik, 2014).

En estudios realizados en España, tales como el de la Universidad de Murcia en fisioterapeutas españoles, en el que se buscaba la prevalencia del síndrome en la población de trabajadores fisioterapeutas y la relación con las características del puesto de trabajo. Se encontró que dentro de una muestra de 258 participantes de las comunidades de Murcia y Valencia, 10 fisioterapeutas (4%) de la muestra total mostraron *burnout* severo según el MBI que fue aplicada (Serrano, Garces, & Hidalgo, 2008). Este número parece bastante bajo para ser significativo, sin embargo se debe tomar en cuenta que para este grado de severidad de la enfermedad ya se deben cumplir con las tres dimensiones; lo que desencadenaría en un deterioro mental severo que definitivamente causa disfunción (Serrano, Garces, & Hidalgo, 2008).

Entre los problemas que pueden presentarse en los terapeutas, se encuentran alteraciones como; modificaciones negativas en cuanto a juicios de valor, agotamiento, reacciones bruscas, pensamientos negativos, y hasta adicciones, que lo alejan de su

propósito de ayudar mediante su profesión al paciente (Wytik, 2014). Al aparecer el síndrome de *burnout* en el terapeuta, puede influir de muchas formas en la actitud del terapeuta frente al paciente. Por ejemplo en primera instancia podría observarse condiciones muy negativas en la persona en cuanto a la capacidad de brindar cuidados sobre el otro. Otra actitud observable es un desgaste en el entusiasmo con que se dirige la terapia y el compromiso que mostraba el terapeuta por la mejora del paciente en un inicio (Wytik, 2014). Lo importante de estos cambios y de cómo notarlos, está en que hay un antes y un después, es decir que en el principio de la terapia las actitudes se mostraban más bien positivas y estas se han ido deteriorando con el tiempo.

Al ya existir esta degeneración del compromiso y el entusiasmo por parte de la persona, se produce entonces otras pérdidas; entre estas, los expertos en salud profesional, como Thomas W. Muldary han evidenciado una importante baja en la motivación por la realización de la tarea de cuidados (Wytik, 2014). Esta falta de motivación, desencadena otros problemas personales relevantes que aportan en el cuidado inapropiado del paciente a nivel laboral y el riesgo en el que el paciente puede verse envuelto. Se empiezan a presentar problemas a nivel cognitivo, como son la falta de concentración, la falta de atención, la incapacidad para resolver problemas, la incapacidad para tomar decisiones; todas estas actitudes llevan a que el terapeuta no pueda proveer un servicio eficiente, y esto se ve reflejado en la nulidad de resultados o resultados escasos (Wytik, 2014).

Otro ámbito en el que se ve influenciada la terapia de forma negativa por parte del síndrome de *burnout* que presenta el terapeuta, es la productividad; ya que ya no está generando beneficios en el paciente. A partir de la aparición de la sintomatología de estrés crónico que desencadenaran en *burnout*, el terapeuta empieza a mostrar cambios abruptos en ámbitos personales como la moral, los niveles de satisfacción personal, sus actitudes hacia los demás, entre otros (Canadian Psychological Association, 2000). Cuando el terapeuta empieza a mostrar estas actitudes, quiere decir que esta desencadenando estrategias erróneas de afrontamiento; lo cual le da mayor probabilidad de causar daño, a sí mismo y a su paciente, y por ende genera menos posibilidad de beneficios terapéuticos.

Cuando se produce el decaimiento de la satisfacción laboral y el entusiasmo por la actividad que realiza, podría ocasionar a su vez un decaimiento o pérdida de empatía por los otros, en este caso los pacientes. Además de pérdida de motivación por respetar y motivar, debido a que empiezan a preocuparse más por ellos mismos por sobre los demás que lo rodean (Wytik, 2014). Cuando las personas se encuentran abrumadas por sí mismos, es difícil que puedan ayudar a otros o pensar en los demás, ya que su capacidad de respuesta está limitada a resolver su problemática o más dañino aun, a ensimismarse en la problemática sin encontrar soluciones y dejándose caer en el desamparo aprendido (Myers, 2003).

Este *burnout* entonces repercute directamente en el terapeuta en su capacidad de escucha, ya que no muestra interesado por lo que piensa, siente y expresa el otro. Es por

ello que el paciente empieza también a sentir esa falta de interés y al estar vulnerable, puede interpretarlo como algo que el hizo mal, atribuyéndose una culpa que no es real (Wytik, 2014). Estas interpretaciones erróneas, no solo pueden surgir por parte del paciente. Sino también por parte del terapeuta ante la historia del paciente, ya que al no ser objetivo sobre sus emociones, este se ve en riesgo de mal interpretar la situación, es decir sobredimensionando lo ocurrido o por lo contrario desestimándolo.

La evitación o negación de las emociones de las personas como mecanismo de defensa, puede también llevar en general en su vida diaria a interpretaciones excesivas, como lo explica C.L Whitfield en sus estudios sobre límites y relaciones desde 1990. También se puede observar por parte de la persona que ejerce como terapeuta; juicios de valor no objetivos, intelectualización de tratamiento o *overthinking*, lectura errónea de emociones y emisión de opiniones personales y consejos fuera del contexto terapéutico sino invadiendo el espacio personal del paciente (Canadian Psychological Association, 2000).

Otro factor a considerar es la ira, ya que los terapeutas con problemas de *burnout* han mostrado niveles altos de frustración y poco control de impulsos, por lo que manifestar ira es muy común; el problema radica cuando esta ira se presenta durante la terapia y es hacia el paciente. Esto podría provocar ruptura dentro del vínculo terapéutico que se mantenía y que resulta necesario para generar resultados positivos en la terapia. Estos factores negativos también se reflejan en otro tipo de sentimientos que más tarde generan

actitudes negativas y de rechazo hacia el paciente o hasta hacia otros colegas en el caso de supervisión (Wytik, 2014). De esta manera el ambiente se vuelve mucho más cerrado, ya que la persona empieza a cerrarse a él mismo en un ambiente más bien individual, y se termina por aislar.

Según Thomas W. Muldary (1983), todos estos comportamientos negativos crean conflictos severos, no solo en la relación, sino que pueden afectar directamente en el paciente dañando su autoimagen, ya que al estar vulnerable se puede atribuir las faltas a sí mismo. Y al no contar con las herramientas para superarlos, ya que eso es lo que está aprendiendo en la terapia, puede tener una recaída en su mejoría, lo que muestra negligencia por parte del terapeuta (Canadian Psychological Association, 2000). Es decir que el *burnout* podría ser un precursor de la negligencia terapéutica.

Por lo tanto es evidente que se genera una incapacidad emocional por parte del terapeuta, que interfiere en su habilidad de empatía para con los que lo rodean, incluyendo a sus pacientes. Estas situaciones también podrían afectar la sensación de poder sobre el otro, ya que al existir una convicción de cuidado individual, el otro no resulta importante y se considera menos, por ello es factible que se genere abuso de poder (Wytik, 2014). Estos factores van a influir negativamente en la relación del terapeuta con los clientes, haciendo que esta se debilite progresivamente, corriendo el riesgo de incluso llegar a desaparecer; lo cual puede generar en el paciente pérdida de esperanza y confianza en el proceso terapéutico, y como consecuencia este se retire del mismo (Wytik, 2014). El

comportamiento del terapeuta genera que se vuelva incompetente en su actividad laboral, y por lo tanto es descalificado.

Estos terapeutas deben procurar que esto no suceda, o de ya ocurrir trabajar en la mejoría de la sintomatología. Según la Asociación Psicológica Canadiense, en su código de ética, esto se puede realizar mediante la incursión en actividades de autocuidado (Canadian Psychological Association, 2000). El cuidado personal es empleado como una herramienta de tratamiento para combatir las condiciones generadas por el desarrollo *burnout* dentro del ambiente terapéutico y la exploración, para lograr que existan beneficios en la salud de ambos miembros, tanto el paciente como el terapeuta. Este cuidado tiene como objetivo lidiar con los sentimientos negativos que no logra manejar el terapeuta, y los reemplaza por sentimientos positivos y proactivos basados en técnicas de *copying* (Wytik, 2014). Las estrategias de *copying* se refieren a las técnicas que de afrontamiento funcional que aprende la persona para sobrellevar una situación que le ocasiona malestar. En el síndrome de desgaste laboral, este afrontamiento debe ser positivo y se realiza para contrarrestar las técnicas negativas aprendidas de afrontamiento que producen colapso nervioso del terapeuta. La mayoría de las técnicas se usan para lidiar con los problemas psicológicos, las reacciones disfuncionales de huida o escape ante el peligro, la evitación de la problemática, y los mecanismos de defensa (Wytik, 2014). Cuando nos referimos a mecanismos de defensa en psicología, se habla de formas que utiliza la persona

para defenderse de pensamientos, sensaciones y emociones desagradables que les podría producir ansiedad o sentimientos depresivos.

Estos mecanismos de defensa tienen su origen desde el psicoanálisis, suelen ser inconscientes y llegan a herir a la persona y alterar despectivamente su percepción personal, cuando se quedan en la psiquis. Los problemas que se internalizan inconscientemente en la cognición de la persona, van a ir creando un sistema de creencias erróneo, que la persona tomara como base para la creación de más creencias disfuncionales a futuro (Solms & Turnbull, 2004). Los actos que realiza una persona se realizan con la finalidad de obtener satisfacer las necesidades del mundo externo en el que se desenvuelve, a lo que se determina motivación. Existe una consciencia intrínsecamente evaluativa que relaciona la información sobre el estado del yo, en comparación con lo que sucede y prevalece en el exterior (Solms & Turnbull, 2004). En psicología evolutiva se habla de un sistema de recompensa, o búsqueda, el cual es el encargado de localizar la forma de satisfacer las necesidades de cada persona, y se relaciona directamente con la expectativa del yo (Solms & Turnbull, 2004). Esta expectativa genera un impulso por obtener lo que deseamos a toda costa, y el problema surge al no medir los riesgos y como llega a afectarnos, esto sucede en el *burnout* cuando no medimos el desgaste que genera en la persona el obtener una meta excesiva.

De acuerdo a ciertos terapeutas, como el PhD Ryan Howes, si partimos de un concepto de *burnout* en el que se hable de un desbalance entre los recursos psicológicos de

un individuo con las demandas presentadas en base a dichos recursos; es entonces muy probable que puedan sufrir de *burnout* al igual que los demás trabajadores (Howes, 2008).

Aun cuando se pensara que al tener los conocimientos sobre el manejo apropiado de las emociones y las conductas que pueden causar repercusión a nivel de la salud, los terapeutas están en mayor riesgo aun de contraer el síndrome debido al desarrollo constante de vínculo y la responsabilidad con que se asocia. Se dice que una persona, trabajador común, se ve afectado por este síndrome cuando da más de lo que recibe en su trabajo; y en el caso de los terapeutas este comportamiento es más fácil de darse. Debido a que el terapeuta provee un servicio que tiene como base emociones, pensamientos y energía personal dirigida hacia personas que demandan guía (Howes, 2008).

Existen además alteraciones que llegan a repercutir severamente en el estado de salud del terapeuta; los cuales generan costos humanos importantes. Como alteraciones se puede mencionar a las enfermedades más observadas en este tipo de pacientes, entre las que tenemos; en base a encuestas y estudios varios, se conoce que la patología que más se presenta son los problemas cardiovasculares, entre estos tenemos a las taquicardias u otras alteraciones del ritmo cardíaco y problemas de presión arterial. Alrededor de un 16% de estos padecimientos cardiovasculares pertenecen a los hombres y el 22% pertenece a las mujeres, y esto tienen como base y cause el estrés laboral al que se someten a diario (Howes, 2008). Por este motivo los gobiernos y los funcionarios económicos y sociales están prestando mayor atención a la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales

en el trabajo debido a los resultados negativos que están viendo en la sociedad como tal.

(Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005).

Otro factor a considerar en los terapeutas que presentan síndrome de desgaste laboral, es el de la personalidad. Los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos fueron hallados marcadamente diferentes en relación con los sujetos de otras ocupaciones, según el estudio de McCaule (Crandall & Perrewe, 1995). De acuerdo con este mismo trabajo, Keen, Myers y McCauley afirman que tanto en los servicios sanitarios como en los educativos, domina el "tipo emocional" frente a una personalidad de "tipo racional", con una proporción de alrededor de 80% vs el 20% (Crandall & Perrewe, 1995)

Cuando describimos a las personas del tipo denominado emocional, se ha descubierto que son personas que tienen más desarrollada la sensibilidad con respecto a las relaciones interpersonales, es decir que muestran interés para con otros y sociabilizar. Así también se observa que tienen la necesidad de actividades corporativistas y grupales; en las que se involucre el factor afectivo y el entusiasmo (Crandall & Perrewe, 1995).

Al referirnos al segundo tipo, la personalidad racional, se refiere a las personas que por lo contrario no buscan una vinculación afectiva, sino que se enfocan en el desarrollo de cosas más concretas. Las habilidades en las que los individuos racionales, son las referentes a análisis; desarrollan un gran poder de pensamiento, objetividad y mirada lógica de los sucesos junto con un gran escepticismo (Crandall & Perrewe, 1995)

Además, los estudios de los investigadores han mostrado que esta variación en los tipos de personalidad no solo influye en la manifestación del síndrome de *burnout* en la persona, sino que también actúa como un factor predisponente. Como factor predisponente, se refiere a que podría ser una causa base para que se presente el desorden. Garden en sus estudios sobre personalidades en 1989, comprueba que al existir excesivas y constantes demandas emocionales, la persona demandada con un tipo de personalidad emocional, puede presentar severo desgaste, el cual conlleva al agotamiento profesional (Crandall & Perrewe, 1995). Y al analizar las profesiones que poseen este tipo de personalidad, se la ha encontrado relacionada de manera recurrente con las personas que prestan servicio a otros, específicamente servicios humanos (Alvarez & Fernandez, 1991).

Como población laboral vulnerable se han estimado profesiones de cuidado a otros, tales como se había mencionado anteriormente, de estas las más comunes son; los profesores, las enfermeras, consejeros, psicólogos, terapeutas y hasta religiosos (Wytik, 2014). Este grupo de profesionales deben recibir cuidado por parte de otros, sea este un sistema de salud pública o atención individual, ya que a diario se encuentran expuestos a factores estresantes que varían en gravedad, pero que son constantes en ocurrencia en su entorno laboral y provienen de las problemáticas de sus pacientes.

De esta manera se entiende que la prevalencia de poseer estresores a diario en el trabajo, es más alta en ciertos trabajos, por ello se debe medir el riesgo. Maslach y Jackson (1980) en sus investigaciones, han encontrado varios factores importantes que se debe

tomar en cuenta como posibles precursores de un desgaste futuro. Entre dichos factores se encuentran; el exceso de trabajo, ya que la persona no se da tiempo para descansar y se puede involucrar demasiado. Las condiciones pobres del ambiente de trabajo, que generan necesidades que no llegan a suplirse y generan desamparo. Los problemas de conflictos en los roles, ya que generan ambigüedad en la interacción en la relación terapeuta- cliente. La toma de decisiones de forma ligera y minimizando las consecuencias, que podrían traer consigo resultados negativos (Wytik, 2014). Todos estos son estresores que una vez experimentados por la persona, contribuirán fuertemente en el *burnout*. Por ello lo apropiado sería tomar en cuenta estos factores, y mejorarlos, para así trabajar en la prevención de este síndrome en el ámbito laboral.

Existen sin embargo también ciertos estudios que no han sido significativos, pero si muestran como los factores internos o externos alteran los niveles de *burnout* que vale la pena mencionar. Es así el caso del estudio realizado en 1983 por Sturgess y Poulsen con una muestra de 106 terapeutas australianos, mediante el empleo del MBI y una hoja con datos demográficos de los participantes (Alvarez & Fernandez, 1991). Los resultados de este estudio se evaluaron por separado en las áreas que mide el MBI, así pues indicaron que en general los terapeutas sicosociales tenían valores de frecuencia bajos en cuanto a la satisfacción laboral, al igual que valores bajos en la sensación de cumplir metas personales (Alvarez & Fernandez, 1991).

En conclusión se puede decir que a pesar de no ser significativo el valor, si hay un descenso notable en los terapeutas que trabajan en el área de salud mental en las áreas mencionadas (Grau, Flichtentrei, Suner, Prats, & Braga, 2009). Todos estos resultados se reportaron de forma escrita a manera de conclusiones, mas no se mostraron análisis estadísticos claros. Además debemos tomar en cuenta que existen problemas sobre el método de selección de la muestra, ya que 23 de los participantes de la muestra general, 21.3%, trabajaron en el área de salud mental por menos de un año y hasta menos de tres meses en el caso de un 14.5 % de los participantes (Alvarez & Fernandez, 1991). Por lo tanto el estudio solamente nos da una idea general de las preferencias laborales de este grupo de terapeutas, que puede servir para generar nuevos estudios en este país para notar si los resultados se mantienen.

### **Tema 3. Causas y Consecuencias. ¿Cómo afecta directamente el *burnout* en el desempeño del trabajador?**

Al existir una afección por parte del síndrome de *burnout* en cada persona que lo padece, es importante evaluar cuales son las áreas y de qué forma se ve afectada la persona. En un estudio realizado en Colombia en una muestra conformada por doce fisioterapeutas y seis médicos especialistas en rehabilitación de la unidad de rehabilitación del hospital público de Popayan (Campos, Cordoba, Silva, & Illera, 2008). Se busca

valorar la incidencia del síndrome de *burnout*, basándose en las características de la profesión de los participantes y evaluar si pueden llegar a ser un factor de riesgo. Por lo tanto se realiza un estudio transversal y descriptivo de cada participante en 8 características que son probables factores de riesgo, que arroja valores significativos de posible causalidad de *burnout* (Campos, Cordoba, Silva, & Illera, 2008).

En general las profesiones asociadas al ámbito de la salud muestran rasgos de personalidad idealistas, que se manifiestan en la vocación inicial de los trabajadores que eligen carreras como medicina, psicología, fisioterapia, entre otras. Sin embargo este impulso que se muestra en un principio, con el pasar de la carrera y la experiencia laboral empieza a decaer debido a que encaran con realidades sociales que resultan difíciles de lidiar, que no les brindan soporte para obtener su meta de ayudar a los demás (Campos, Cordoba, Silva, & Illera, 2008). Estas problemáticas en ocasiones se presentan sin que el profesional de la salud tenga las herramientas para enfrentarlas y sobreponerse ante las mismas, además de otros inconvenientes que se suman, como las largas jornadas laborales que no solo requieren de mucho tiempo de su atención, sino también de manejar volúmenes amplios de seres humanos con los que se deben lidiar a diario.

Además se debe tomar en cuenta que los pacientes con quienes normalmente lidian estos profesionales, son personas que llegan a ellos en busca de ayuda debido a que poseen alguna clase de dolor y sufrimiento humano, por lo que llegan con muchas emociones

fuertes que están en ocasiones ligadas a estrés crónico (Campos, Cordoba, Silva, & Illera, 2008). De esta manera al estar vulnerables, el estrés del paciente, en parte se transfiere a quien lo está tratando. A esto se le debe sumar que el sistema de salud pública no brinda las comodidades necesarias para que el trabajo que realizan los especialistas sea eficiente, como es el caso de la muestra del estudio de fisioterapeutas y médicos en Popayan. Las instituciones de servicios públicos muestran problemas de diferencias de criterios, mala administración y salarios insuficientes (Campos, Cordoba, Silva, & Illera, 2008). Esta problemática social y administrativa de Colombia se puede asemejar a la vivida en nuestro país, debido a la similitud en valores sociales y en las políticas de administración, y por ello se la puede tomar como un marco de referencia debido a la falta de estudios en nuestro país en este campo.

Se conoce que existen factores predisponente del *burnout*, en cuanto a registros epidemiológicos, las características sociodemográficas también son consideradas un factor de riesgo que debe tomarse en cuenta. Entre los más importantes se menciona a la edad y el género, ya que existe mayor incidencia en adultos hombres profesionales mayores de 40 años (Ravelo, 2011). También se ven en riesgo los profesionales que tengan mayor tiempo de experiencia en su campo laboral, y que además se encuentren por varios años en la misma institución, es decir que posean mayor antigüedad (Ravelo, 2011). Asociado a su jornada laboral, del mismo modo afecta al trabajador la cantidad de tiempo en horas que le

toma realizar la actividad de trabajo; mientras mayor número de horas al día se desempeña, mayor es el riesgo de contraer *burnout* debido al sobreesfuerzo (Ravelo, 2011).

Durante estas jornadas también se debe tomar en cuenta la cantidad de pacientes que son atendidos, o el flujo de personas que vienen en busca de los servicios del profesional. Esta relación es directamente proporcional positiva entre el número de atendidos y la posibilidad de desarrollar el síndrome, a mayor cantidad de atendidos, mayor es el riesgo (Ravelo, 2011). En base al estudio realizado por Juan Carlos Atance en personal de la Dirección Provincial de Insalud en Guadalajara-México, el absentismo laboral de los fisioterapeutas en esta entidad está estrechamente relacionada con la presencia de *burnout* en el personal (Atance, 1997). Para este estudio se utilizó una muestra de aproximadamente 194 profesionales, aleatoriamente elegidos, los cuales dividían sus tareas entre atención primaria, y atención especializada; quienes fueron evaluados con el *Inventario de Burnout de Maslach* de manera individual (Atance, 1997).

Los principales resultados arrojados por este estudio de Atance, mostraron una obtención de respuestas de los evaluados de 87.56%, con un margen de confianza del 95% y un margen de error del 5%; para el análisis confiable de datos se realizó estadística descriptiva con comparación de medias para variables sociodemográficas con probabilidad de  $P < 0.05$  (Atance, 1997). Se encontraron diferencias de significancia en características de género, edad, estado civil, lugar de trabajo, número de pacientes y tiempo de interacción

con los pacientes en la jornada laboral. El cuestionario de MBI presento una media de  $47.16 \pm 7.93$  para los evaluados que presentaron *burnout*, mostrando mayores proporciones de afección en las áreas de cansancio emocional y falta de realización personal (Atance, 1997).

En base a estos valores se concluyó que existe mayor riesgo de presentar síndrome de *burnout* en los profesionales mujeres de 41 años, que además no convivan con una pareja estable, que posea una antigüedad de 19 o mayor cantidad de años ejerciendo la profesión y que se encuentre en el mismo lugar de trabajo por al menos 11 años (Atance, 1997). Es importante tomar en cuenta estos valores, ya que difieren de los estudios anteriores mostrados, en el aspecto del género en el que el perfil de hombres muestra que son los que han presentado mayor prevalencia. El factor de la estabilidad conyugal muestra variación, ya que si bien en la mayoría de los casos se ha visto prevalencia en los profesionales solteros debido a la predisposición de falta de realización personal y el cansancio emocional; no quiere decir que en profesionales con pareja no suceda (Atance, 1997). En el caso de las parejas casadas o de relaciones estables en el tiempo, existe un factor de protección que se suma al hecho de la estabilidad, este es la presencia de hijos. Debido a que se cree que existe una tendencia en los padres por ser más maduros emocionalmente y por la carga de responsabilidad que requiere el cuidado de un hijo, requiere de sí mismo una capacidad mayor y eficaz de afrontar problemas personales y conflictos emocionales, buscando así proteger a su familia (Atance, 1997).

También se encontró correlación con la cantidad de pacientes que atendían o se encontraban a su cargo y las horas de trabajo en la jornada diaria, siendo más propensos los que atienden un estimado de 21 pacientes y que asignan un 70% del día al trabajo, lo que arroja un promedio de 36 a 40 horas semanales con pacientes (Atance, 1997). Otros factores que muestran influencia en la probabilidad de presentar este síndrome son, la amplitud de su experiencia a nivel académico; es decir si la persona posee mayor cantidad de años de estudios de posgrado referentes a su carrera (Ravelo, 2011). Todos estos factores anteriormente mencionados tienen en común el hecho de a futuro influir en el desempeño laboral de los profesionales, mostrando un declive negativo en su capacidad de atención al cliente, una baja en sus logros profesionales; lo cual tiene como consecuencia una influencia directa y en el paciente.

Existen varios estudios que se han realizado en Europa, según lo recogido por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (<http://europe.osha.eu.int>) en julio del 2002, se redactó un informe en el que se muestra, que alrededor de un tercio de la población de los trabajadores de la Unión Europea “UE” se ve afectada por el síndrome de burnout (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005). Es decir que el número de personas afectadas por esta patología es bastante considerable si se toma en cuenta que es más del 30% de la población de trabajadores en todo el continente Europeo.

Además se ha encontrado otras cifras asociadas a la relación del trabajo y el síndrome de desgaste; tales como que alrededor del 50% del absentismo laboral viene

siendo causado por el estrés laboral en que se mantiene el paciente, lo cual genera costos altos en cuanto al tiempo perdidos y gastos a nivel sanitario para la Unión Europea de alrededor de 20.000 millones de euros anuales (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005). Es decir que repercute en el sistema económico laboral, y es por ello que las autoridades están tomando cartas en el asunto, en los países donde esta patología es más común, hablamos de países desarrollados.

En el país español, este fenómeno es ya considerado un accidente de trabajo y a su vez ha sido tipificado en las actas del código de trabajo, en sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo con fecha de 26 de octubre de 2000; y con Recurso Num.: 4379/1999 (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005), para de esta forma salvaguardar la salud del empleado por parte del empleador, en el caso de presentarse esta enfermedad. Se menciona así también en esta sentencia que, uno de los factores de alto riesgo en la adjudicación de esta enfermedad, son los casos de los profesionales que se desempeñan en algún tipo de actividad docente con personas que presentan discapacidad psíquica; pero también se la aclara en otras sentencias como la del Juzgado de lo Social nº 1 de Vigo, asociado al procedimiento con fecha 24/1999, dentro de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, con código de Recurso nº 5302 en el año 2001 (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005). Estas aclaraciones jurídicas han sido necesarias debido a la recurrencia del síndrome en la población, y así podemos darnos cuenta como esta ha alcanzado un alza preocupante en los últimos años.

En el estudio de los fisioterapeutas españoles se evaluó las características de trabajo, para notar como estas afectan las tres dimensiones a nivel personal en que afecta el burnout. Por ello se toma como referencia los conceptos planteados desde los inicios de estudios del burnout de Maslach y Jackson (1981), en el que se especifica la presencia simultánea de sintomatología específica cómo; cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Serrano, Garces, &Hidalgo, 2008).. Estos síntomas son entonces determinados como las 3 dimensiones de afección en la persona, y hay demostraciones manifestaciones conductuales características de las mismas en el caso de los terapeutas.

El cansancio emocional se refiere a una notoria sensación de reducción de la capacidad física y emocional normal de la persona, por lo tanto genera pobre ejecución e inefectiva de sus tareas cotidianas. Para demostrar esto, se puede tomar como referencia los resultados obtenidos por Deckard y Presente (1989) en un estudio de investigación realizado con 187 fisioterapeutas. Estudio en el cual se vio influencia directa en la aparición del síndrome de desgaste, en una percepción inadecuada de la persona, de los recursos que posee y del tiempo en que se desarrolla (Serrano, Garces, &Hidalgo, 2008). A estas percepciones disfuncionales se le suma la mala aceptación de demandas, ya que estas resultan incongruentes para el concepto que tiene la persona de sí misma. Por ello ambos factores en conjunto actúan como estresores, y a su vez si se toman en cuenta y se toman las precauciones pertinentes, estos son predictores significativos de un posible decremento

en el bienestar emocional y físico de estos profesionales (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008).

Por otra parte la despersonalización, se logra identificar debido a la manifestación de respuestas frías e impersonales para con los demás, los pacientes. Al igual que lo anterior, se han realizado estudios sobre la naturaleza personal de las actitudes de las personas. Para probar la influencia de esta característica, Schuler, Nelson y Quirling (1984), seleccionaron una muestra de 160 fisioterapeutas de España, los cuales fueron evaluados en ciertos parámetros directamente relacionados con aspectos de origen organizacional y personal para determinar si son o no predictores de la sintomatología que se presenta en una persona que ya ha desencadenado burnout (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008). Entre estos parámetros los que mostraron resultados con variaciones relevantes y se determinó que predicen la aparición del síndrome, fueron; la falta de comunicación, falta de confianza entre compañeros iguales y superiores, baja estima personal, demandas diarias colosales, y descoordinación a nivel de organización tanto a nivel macro como personalmente (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008).

Para finalizar, sobre estos predisponentes se debe tener en cuenta que, los sentimientos que se asocian a una baja realización personal, se demuestran con una tendencia marcada en auto evaluarse de manera negativa. Al referirse de negativismo a nivel personal, tiene que ver con el idealismo, es decir que la persona observa su *self* ideal

muy alto, tanto que le es imposible llegar en el momento de ejecutar sus metas laborales (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008).

En algunos textos de psicología cognitiva se habla de un *self* ideal y un *self* real. Este *self* ideal es el que entra en juego cuando hablamos de metas excesivamente altas a nivel personal o profesional, ya que la persona busca lograr cosas que se salen de sus parámetros posibles. Al referirnos al trabajo, el profesional sin darse cuenta y de forma paulatina empieza a sentirse infeliz y descontento, tanto consigo mismo como con sus actividades laborales y todo lo que se relaciona a esa atmosfera profesional (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008).

Dentro de la revisión de esta información también se han tomado en cuenta los resultados de la investigaciones de los especialistas Deckard y Present (1989), quienes realizaron un estudio de *burnout* en una muestra de 187 fisioterapeutas (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008). En los que se observa que hay mayor incidencia en la percepción de tiempo y recursos inadecuadas, de tal forma que en los resultados se la determina como un factor de causalidad para la aparición del trastorno (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008). Además otro factor que sale a la luz en este estudio es el de la recepción de demandas incompatibles, esto a su vez genera estrés para el trabajador ya que la demanda es demasiado grande y no llega a completarse (Serrano, Garcés, &Hidalgo, 2008). Una vez más los requerimientos laborales se enfocan más en algo idealista, por tanto es notorio que la persona tiene una percepción ideal de sí mismo, y en estos casos se debe trabajar en un

*self* real. De esta manera las emociones negativas que se generan de la percepción persona ya no serían un estresor y por tanto tampoco un predictor de desgaste laboral.

En el país de México el gobierno ha designado una entidad que regula el manejo integral de cuidados paliativos de los pacientes, es el Consejo de Salubridad General. En este se estipula una guía obligatoria de Manejo y Cuidados paliativos en la que se considera todas las acciones que deben realizar los profesionales que traten con pacientes directamente, en beneficio de la salud del mismo y buscando evitar a su vez cualquier daño que se le podría causar (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Para el caso específico del *burnout* en primera instancia se toma en cuenta el capítulo uno literal cuarto, en el que se habla de la futilidad terapéutica, esta se refiere a una intervención con dirección hacia la necesidad del paciente pero esta no tiene posibilidades de éxito y resultaría inútil. Se puede decir que esta intervención resulta excesiva en términos de esfuerzo, ya que la persona que la realiza no cuenta con las herramientas suficientes que conlleven a resultados favorables para el tratamiento clínico del paciente; por lo que se considera la suspensión de dicho tratamiento (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014).

Al hablar de la suspensión del tratamiento se lo hace con el fin de salvaguardar la salud mental y física del paciente. Ya que no solo está en duda la eficacia de la intervención terapéutica, sino también existe la posibilidad de generar daños que vuelvan el cuadro más agudo y perjudicial (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Y en

este caso es responsabilidad del terapeuta el mantenerse en la misma línea de tratamiento y persistir en buscar resultados favorables en el cuadro clínico, aun sabiendo que esto es improbable. Por lo tanto es estricta culpa del profesional tratante el empleo de tratamientos descontextualizados y sin eficacia, mostrando entonces obstinación de su parte.

La eficacia del tratamiento empleado en los pacientes puede ser difícil de predecir, sin embargo si existe una noción del curso que tomara según la gravedad del caso. La predicción puede cambiar debido a la variación de objetivos, preferencias y valores personales de los pacientes, los cuales a su vez varían en el tiempo (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Es por ello que desde el principio de la terapia se debe considerar las expectativas del paciente y sus familias, y manejar esperanzas reales que puedan llegarse a cumplir, tomando también en cuenta las limitaciones del tratamiento y del terapeuta. Entre estas limitaciones que surgen se encuentra la incapacidad del terapeuta en proveer servicios debido a problemas personales, por ello se debe discutir abiertamente y de manera honesta con los participantes, en este caso los pacientes. Así pues se debe considerar que estos conflictos en la práctica contribuyen en conflictos futuros que repercuten en complicaciones éticas, y hasta jurídicas en el caso de otros países donde se rige un código de ética específico para los profesionales implicados (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). En el Ecuador no existe un código de Ética o manual de fisioterapeutas al que deban regirse, sin embargo se debe salvaguardar la salud del paciente desde el código moral.

Un factor que puede surgir al hablar con los pacientes, es la falta de entendimiento de estas complicaciones debido a la falta de información y conocimiento en el tema, por lo que es también responsabilidad del terapeuta usar un lenguaje verbal simple que pueda ser entendido por el paciente sin los tecnicismos profesionales. Es importante prestar cuidado en la comunicación de información compleja y de situaciones inciertas, para evitar que quienes lo reciban se alteren; además de hacerlo con el respeto debido de la situación (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Los objetivos que lleguen a establecerse entre ambas partes deben ser consistentes y explotan las cualidades innatas del paciente. Para ello se debe tomar en cuenta la perspectiva del enfoque humanista, en la que se propone que, la persona como individuo tiene la habilidad natural de esforzarse por crecer y buscar un desarrollo apropiado para llegar a la autorrealización personal (Feldmann, 2006). Esta perspectiva humanista es de gran utilidad para los psicólogos, debido a que les recuerdan el compromiso que existe de su parte para con la sociedad y del poder de control sobre sus propios comportamientos (Feldmann, 2006); lo que se podría aplicar también en los fisioterapeutas debido al trato directo con sus pacientes.

Los profesionales de la salud deben permitirse explorar no solo las capacidades del paciente, sino también las propias, proveyendo de la esta manera una mejor calidad de atención en condiciones de discapacidad del paciente. Sin embargo cabe aclarar que esta futilidad terapéutica dentro del tratamiento de la sintomatología previamente establecido, no atribuye intencionalidad de perjuicio en el terapeuta; ya que no se busca causar daño

directamente sino que las consecuencias negativas se atribuyen más bien a una negligencia por desconocimiento (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). El desconocimiento no es un delito, por lo tanto las repercusiones judiciales no dan lugar en estos casos, a menos que existiesen repercusiones severas en estados severos de los trastornos tratados que como consecuencia traerían la muerte o incapacidad total del paciente.

La consideración de las personas como individuos con el derecho de decidir sobre su bienestar y salud física y mental, es una regla que debe seguirse ya que muestra respeto por la perspectiva de vida de cada persona. En el 4to capítulo de la guía de manejo y cuidados paliativos del consejo de salubridad del gobierno mexicano, se establece claramente que es responsabilidad del profesional de la salud respete las decisiones del paciente aun por sobre su criterio (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Para facilitar la toma de una decisión acertada, es vital que este cuente con todos los elementos y guía que le permita entender la complejidad de su diagnóstico. Esto implica el nivel de gravedad, su avance o evolución, las posibilidades de tratamiento y todos los detalles que permitan comprender el cuadro en el presente y a futuro; y de esta forma la decisión sea informada y libre, sin imposición por parte del tratante (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). En el caso del personal de la UER, es importante que ellos conozcan claramente sobre el tratamiento que se brinda mediante la equinoterapia para que comuniquen a las familias de los niños los beneficios y riesgos.

Para lo anteriormente mencionado se emplea lo que se conoce como consentimiento informado, este se emplea con el fin de buscar el permiso del paciente o sus familias para la aplicación de un tratamiento práctico específico. De esta manera se promueve la comunicación de doble vía entre el paciente y el profesional que presta los servicios, delimitando las responsabilidades y limitaciones de cada uno de los miembros, para evitar contratiempos o inconformidades futuras (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). En el caso de México, se lo hace como un requisito obligatorio; sin embargo en nuestro país no existe esta implementación por parte del Ministerio de Salud y esto puede generar problemas.

El psicólogo social PhD David Dunning, profesor de la Universidad de Cornell en Nueva York ha realizado investigación en el campo de la sobre-estimación de la competencia laboral y profesional por parte de los trabajadores de manera inconsciente, a lo que se le llama el efecto Dunning-Kruger (DeAngelis, 2003). Este efecto muestra como las personas más allá de maximizar e inflar sus habilidades, el problema surge cuando llegan a interiorizarlo en su psiquis hasta el punto de considerarlo real y minimizar sus limitaciones hasta el punto de no tomarlas en cuenta. Para Dunning la causa principal de la sobre estimación a nivel laboral es de base personal e individual, ya que existe una inflación personal, la cual está causada en un principio por ignorancia o desconocimiento y no por arrogancia como se cree a nivel popular (DeAngelis, 2003). En un principio esta inflación se puede dar ya que el ser humano comúnmente no recibe retroalimentación

negativa, ya que lo asumen como críticas y lo rechazamos en base a los intereses personales propios; aunque por lo contrario esto serviría como aprendizaje constructivo. En un experimento sobre intereses personales y cooperación realizado por Dunning con estudiantes de Cornell, el 84% de estos dijo que iba a cooperar con sus compañeros, sin embargo al final del estudio solo un 61% lo hizo en realidad; mencionando que su comportamiento cambio durante el desarrollo de la actividad en base a lo que hacía su pareja, lo que secunda la idea inicial de que existe una tendencia por no evaluarse a ellos mismos antes que al otro (DeAngelis, 2003). Esto puede ser ya que la percepción de las habilidades es diferente en cada persona, y no se relacionan directamente con la habilidad actual sino el concepto de una habilidad ideal.

En el caso de los profesionales que tiene trato directo con pacientes, el problema se da cuando se minimiza el posible daño que puede tener el paciente por causa de la mala práctica de la terapia, y este puede llegar a afectar a nivel físico y psicológico la integridad del mismo; considerando que entonces ha sido expuesto a engaños por parte de su tratante (Consejo de Salubridad General de Mexico, 2014). Se emplea este apartado del Gobierno de México debido a la similitud que existe entre las culturas y las políticas gubernamentales, ya que en el Ecuador no existe una entidad que rijan esta problemática como se menciona anteriormente. Tomando en cuenta que la Organización Mundial de la Salud “OMS” desde el año 2002 ha determinado que el síndrome de burnout es considerada una causa de riesgo laboral, provocando una interrelación trascendental entre

el profesional de salud a cargo directo del paciente y la institución en la cual labora durante el tratamiento realizado, a lo que se debe de dar importancia para atribuir responsabilidades en el momento de un problema severo con el desarrollo de la enfermedad en el paciente (Gil-Monte, Carretero, Roldan, & Nunez, 2005).

#### **Tema 4. Concepto y Epidemiología de la Equinoterapia.**

En la unidad de Equitación y Remonta “UER” se provee al público en general el servicio gratuito de sesiones de terapia asistida con caballos o equinoterapia, las cuales son impartidas por personal policial que ha sido capacitado en todo lo relacionado al manejo correcto de los caballos y una noción de fisioterapia asociada a los animales que estimule a los pacientes. Los pacientes que mayormente acuden a esta unidad son niños y adolescentes con ciertas deficiencias físicas como parálisis, espasmos, malformaciones congénitas, accidentes cerebrovasculares; y trastornos pervasivos del desarrollo como *Asperger*, Autismo, Adhd, Síndrome de *Down*.

La zooterapia es una nueva metodología de proveer terapia mediante el involucrar animales, la cual tiene como objetivo principal la prevención y el tratamiento de afecciones humanas, sean de índole física o psicológica. Sin embargo se debe tener claro que este tratamiento es considerado paliativo que alivia la sintomatología, mas no es un tratamiento curativo, ya que no se garantiza una mejoría total sino que esta dependería de la gravedad del cuadro clínico (Serrano B. , 2007). El empleo de esta terapia se da de forma complementaria al trabajo de los fisioterapeutas o terapeutas, ya que los pacientes

responden de manera inconsciente ante la compañía y la creación de un vínculo con el animal.

La equinoterapia o hipo terapia, es conocida como un método terapéutico, de estimulación y de educación, que se basa en las teorías de la restauración neuronal y la neuro plasticidad. Para esta terapia se emplea como herramienta principal el caballo, el cual actúa como un agente de estimulación e interacción directa con el paciente, por lo tanto tiene como fin ser a su vez el agente curativo que proporciona estímulos positivos que ayuden a un desarrollo de las habilidades que el paciente carece (Morey, 2014). El Rol del animal dentro de la zoo-terapia en general es el de un agente de estimulación, mas no curativo ya que para existir un efecto masivo y general se debe pensar en un enfoque multidisciplinario con roles definitivos para cada profesional. El enfoque multidisciplinario se refiere a la aplicación de varias áreas que traten la enfermedad del paciente, en el caso de los pacientes que hacen uso de la equinoterapia se ven involucradas el abordaje del área de salud, de educación, acompañamiento psicológico y manejo profesional de caballos “equitación”.

El caballo posee similitud al ser humano en su sistema de locomoción, es decir que su andar en cuatro patas cumple con las características tridimensionales del caminar de una persona en dos piernas. El movimiento que se ejerce en las extremidades es lo que se emplea para los fines kineticos de la terapia de estimulación; debido a que de alguna forma

obliga al jinete sentado sobre su lomo, a que mueva su centro de gravedad, y lo mantiene con un patrón rítmico y repetitivo (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). Dentro de la zooterapia la preferencia del empleo de caballos específicamente se da por el movimiento único variable del andar de este animal, que produce a nivel neurológico, específicamente del sistema nervioso central, un estímulo muy semejante al que ocasiona el caminar del ser humano. De esta manera el movimiento que no posee una persona que carece de esta cualidad de locomoción o la posee de forma deficiente, se ve obligada a vivirla y sentirla por lo tanto se estimula desde los sentidos en vías aferentes a las áreas cerebrales que se ven asociadas a esta acción corporal, y esta información procesada a nivel de la corteza cerebral a su vez produce eferencias hacia las extremidades haciendo posibles patrones de movimientos de forma gradual que anteriormente no eran dables (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006).

El movimiento producido por el andar natural del animal equino, es un movimiento tridimensional, el cual fomenta efectos multidireccionales de kinestesia. La kinestesia se refiere al movimiento, en el caso del caballo se habla de un movimiento que parte desde el centro de gravedad mismo del jinete a partir del lomo del caballo; movimiento el cual se desencadena de manera rítmica, variable y de repeticiones continuas (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). El hecho de que se tome este movimiento para el empleo de terapias en personas con trastornos o deficiencias del movimiento común de sus extremidades, no se debe solo al efecto terapéutico y educativo por parte del contacto físico con un animal y la

generación de empatía para con su cuidado. Más bien lo que resulta de mayor importancia es el hecho de que el andar del caballo es el que se asemeja mayormente al movimiento producido durante el caminar humano (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). Produciendo de esta forma el mismo estímulo neurológico que se envía al cerebro al caminar, mientras la persona se encuentra montando a caballo.

En la actualidad en base a varios estudios se conoce que el cerebro tiene la capacidad de reconstruirse por sí mismo, es a lo que los expertos le llaman neuroplasticidad. Esta capacidad innata del cerebro se encuentra latente desde el nacimiento de la persona, sin embargo para que se desarrolle a posteriori es necesario que exista de estimulación externa que active este proceso de reconstrucción de ser necesario (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). A medida que se genera estos procesos de plasticidad, el daño que surgió a nivel neurológico va a empezar a aminorar o estancarse, de manera que evite la mayor cantidad de secuelas físicas a nivel de todo el sistema nervioso, y de esta manera la persona no se vea incapacitada en sus actividades diarias en la sociedad, o esta afección sea la mínima posible. (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006).

Por ello el objetivo principal de esta equinoterapia es el de ofrecer a los pacientes y sus cuidadores un mejor desarrollo psicomotor y neurológico, por tanto a su vez un mejor estilo de vida. Este es el objetivo que posee a nivel profesional el personal de la UER que provee el servicio a sus pacientes, se sienten de alguna forma responsables de aminorar las

secuelas negativas de la enfermedad mediante las terapias que realizan y evitar complicaciones mayormente severas a futuro. Sin embargo se debe llegar a conocer hasta qué punto se pueden reducir el retraso motor y las secuelas neurológicas, en base al daño producido para cada trastorno y es por ello que se debe conocer sobre cada uno de ellos y sus efectos adversos (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). De esta manera la influencia de la terapia no solo será en el paciente y el problema neuropsicológico o neuromotriz, sino también engloba el contexto de la dinámica familiar y de esta manera todos quienes lo rodean participen de lo que está ocurriendo (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006).

Dentro de la equinoterapia como tal se establecen métodos específicos de tratamiento en base al empleo del caballo como herramienta, dentro de estos el principal y que ha sido usado como base para las demás técnicas, es el método tango. Este método Tango se refiere a un método propio de actividad que aprovecha los movimientos naturales que provee el caballo, estos recursos intrínsecos influyen en el movimiento del paciente que carece de la habilidad motora necesaria para un desarrollo apropiado para su edad o el contexto normal (Morey, 2014).

Las actividades que se realizan durante el tratamiento terapéutico, tienen su base en el determinado “método tango”, el cual se refiere a una técnica de monta de caballos en la que se busca aprovechar todos los recursos que provee el animal durante la actividad de la monta. Este método como tal es considerado una actividad multidisciplinaria, debido a que abarca el área de la movilidad, las sensaciones afectivas y las reacciones del paciente frente

a los estímulos externos del ambiente en que se desenvuelve (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). Es así que el método tango tiene como objetivo principal el estimular el neuro desarrollo del paciente que recibe la equinoterapia, esto se logra gracias a la entrada de mensajes químicos como estímulos sensoriales aferentes, que a su vez retornaran hacia las extremidades como reacciones eferentes (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006).

Para los propósitos de la equinoterapia la herramienta intrínseca del caballo este movimiento. Este andar natural de animal equino. Sin embargo también se toma en cuenta el ambiente externo en el que se desarrolla la terapia, el espacio natural y abierto; el cual varia en muchas formas del que comúnmente se utiliza para realizar terapias en pacientes, como sería hospitales cerrados o áreas que carecen del contacto con naturaleza sino más bien se centra en algo netamente médico y menos vivencial (Morey, 2014). En este espacio abierto intervienen otros estímulos externos como los sonidos de otros animales, sonidos del ambiente, los olores característicos de animales y plantas, la variación de texturas y cambios de temperaturas; todos ellos logrando un impacto masivo y más completo de percepciones (Morey, 2014).

Esta amplia gama de sensaciones produce una estimulación persistente para los sentidos de forma aferente para el paciente, permitiendo de esta manera una actuación sobre las áreas de entrada psico-sensoriales (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). Lo cual produce un efecto a nivel neurológico de estímulo- respuesta sobre todo lo que va percibiendo el paciente. Es este ambiente natural, libre, interactivo directo y dinámico, el

que fomenta, junto con el movimiento constante del animal, un sistema de reacción permanente que se encontraba inactivo en el paciente con deficiencias; y que mediante la terapia empieza a reactivarse progresivamente según sea la lesión (Morey, 2014).

### ***Principios básicos.***

La equinoterapia ha sido creada para dar una alternativa que busca mejorar la rehabilitación de pacientes con trastornos del desarrollo o psicomotrices. Esta técnica terapéutica ha cobrado fuerza en los últimos 10 años, debido a lo que se conoce sobre el curso de las enfermedades que involucran incapacidades, y de cómo afectan las funciones normales del paciente. La incapacidad de las personas ha sido tomada en cuenta en mayor parte los últimos años, ya que se han aceptado este tipo de diferencias, a diferencia de dejarlas de lado como se hacía anteriormente. Las causas de estas discapacidades son diversas, sin embargo lo más relevante y en contexto general es que, estas personas no logran realizar las funciones “normales” o cotidianas que realizan el común de las personas a diario en nuestra sociedad, y es por ello que necesitan de asistencia constante y estimulación.

Para transmitir el patrón locomotor estimulante del caballo se debe entender que el desplazamiento del caballo genera un movimiento en el centro de quien lo está montando, aun cuando este no esté realizando el movimiento por sí solo, sino que de alguna forma es obligado a hacerlo por parte del caballo; aun así al realizarlo la estimulación neurológica es la misma que se realizaría al moverse por sí solo (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). Se

ejerce sobre el cuerpo del paciente un movimiento rítmico de izquierda a derecha a nivel de los músculos y huesos de la cadera, además de movimientos de locomoción de arriba hacia abajo y hacia delante y atrás sobre su eje central a nivel de la columna vertebral (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). A su vez cada paso que realiza el caballo promueve en el jinete otros movimientos de rotación, que generan la respuesta del cuerpo de la persona hacia ajustes de la postura corporal para mantener el equilibrio y ejercer mayor fuerza sobre la musculatura (Pellitero, Kiwitt, & Gurini, 2006). hacia detrás, con movimientos de rotación asociados, desencadenando ajustes corporales necesarios para mantener el equilibrio.

Al hablar de quien realiza el movimiento , decimos que el paciente no enfrenta pasivamente el movimiento, sino más bien se ve obligado a reaccionar ante los estímulos que representa el movimiento del caballo de forma forzada mas no agresiva. El paciente es llevado por los movimientos del caballo a de alguna forma copiarlos por adherencia, y su sistema neurológico recibe estos estímulos de forma sutil y es por ello que logra adaptar las respuestas lo más cercanas a las normales (Morey, 2014). A medida que el jinete trata de mantener el equilibrio sus músculos se ven obligados a reaccionar, y su sistema de respuesta también reacciona activando todo el funcionamiento neurológico necesario para el mismo.

En un estudio realizado en Cuba en el 2004, durante un periodo de 10 meses (septiembre del 2004 a junio del 2005) en la ciudad de Camaguey, se empleó un análisis

observacional y descriptivo que tenía como objetivo buscar que resultados se obtenían en los pacientes de un centro de rehabilitación que llevan a cabo el tratamiento de equinoterapia en una población infantil que sufre de varias discapacidades (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). El número de niños participantes fue de alrededor de 30, los cuales asistían regularmente a terapia y tenían supervisión de profesionales. Para la recopilación de datos se realizaron varias encuestas de que consistían en un registro de datos demográficos y relevantes del desarrollo del paciente, dirigido a las madres de los participantes o a las personas que le acompañaban regularmente a recibir la terapia (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). Esta información primaria arrojó una tendencia de género femenino en un 53.5% y una edad promedio recurrente de entre 6 a 8 años en un 33.3% por parte de los participantes; además de que la mayoría, un 66.6% reportaron la existencia de antecedentes perinatales (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006).

En los datos de antecedentes de enfermedades durante el embarazo reportados el más relevante fue el de la hipoxia con un 30%, que afectó directamente el desarrollo neurológico del feto (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). Como consecuencia se puede asociar que es congruente la aparición de niños con Síndrome de Down y epilepsia con un 23.3% del total de la muestra, y el otro 83.3% presentó discapacidades mixtas (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006). Después de proporcionar el tratamiento a todos los participantes, se realizó otra nueva encuesta, en la cual se obtuvieron resultados que mostraron cambio positivos de mejoría del cuadro de un 96.6%, lo cual es bastante alto y muestra la efectividad de la equinoterapia para aliviar la sintomatología de estos cuadros clínicos. En cuanto a áreas específicas; se obtuvo mejorías significativas en un 93.3% en

cuanto a la seguridad en sí mismo y el autoestima, y un 83,3% en la recuperación de la movilidad parcial, siendo estas áreas de relevancia para la predisponían de mejoría para otras terapias conjuntas como la psicoterapia y la fisioterapia personalizada (Ramos, Diaz, Baez, & Tarajano, 2006).

Para entender como los terapeutas influyen en la vida de los pacientes y tienen un impacto positivo en la mejoría de sus discapacidades y afecciones individuales, se debe entender cómo y hasta qué punto la terapia de equinoterapia que ellos proporcionan pueden realmente ayudar a la mejoría del paciente. De esta forma la carga emocional y profesional que ellos manejan a diario sería más real y llevadera, logrando que las expectativas no sean excesivas y que a futuro esto no desencadene en frustraciones por no lograr sus objetivos personales. Este es un problema que surge cuando existe desconocimiento, y en este estudio este es un factor que se muestra como estresor y precursor de desgaste en el personal que provee la equinoterapia en la UER. Por lo tanto se busca generar seguridad mediante la guía profesional y psico-educación de los trastornos que tratan, la terapia que brindan y el manejo personal de las emociones que surgen en cada terapeuta a diario mientras realizan sus tareas.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de este estudio se eligió un tipo de análisis mixto, de datos cualitativos y cuantitativos (Neuman, 2005), ya que se emplearon cuestionarios con preguntas que buscan respuestas en rangos de frecuencia que eligieron los participantes según su agrado, predeterminados, que miden características o preferencias personales que resultan subjetivas; los cuales arrojaron diferentes valores numéricos. Por otra parte los datos cualitativos se obtuvieron de las entrevistas realizadas a cada uno de los pacientes, el cual arrojó su historia personal y por tanto características evaluadas como cualitativas; que fueron analizadas por un método de comparación constante de Glaser y Strauss.

La población que fue tomada en cuenta para este trabajo de investigación fue de policiales, una muestra global específica de 10 policiales, 1 oficial encargado y 9 policías de tropa, que ejercen el papel de terapeutas durante las sesiones de equinoterapia, siendo el total de personal encargado de esta actividad los que fueron notificados para participar en el estudio; sin embargo de esta muestra global se debió considerar que algunos miembros podrían negarse, y por ello se requirió que la mínima cantidad de la muestra sea de 8 participantes. La población a analizar fue pequeña debido a que el número del personal es limitado, sin embargo ha sido escogido ya que existe homogeneidad por parte del trabajo que realizan, los factores de ambiente laboral al que se exponen a diario y por tanto así se mantiene la mayor parte de factores controlados e iguales para toda la muestra. Así también debido a lo pequeño de la muestra se incluyeron a todos los policías sin criterios de exclusión.

Para este estudio los sujetos aceptaron individualmente los términos planteados por el consentimiento informado, que les fue leído de forma grupal en una charla voluntaria, para despejar alguna duda de así existir dos días antes de realizar el estudio para que

puedan tomar la decisión sin sentirse presionados. Una vez que aceptaron la participación voluntaria, además de los cuestionarios que debió tomar cada participante, se les realizó una ficha clínica personal para establecer datos demográficos y de carácter personal, social y emocional.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

Para una correcta realización de este estudio se desarrolló una metodología que arrojó resultados cuantitativos medibles y confiables, que permitieron mostrar cambios observables entre el inicio y final del estudio después del tratamiento proporcionado. Por este motivo se tomaron cuestionarios iniciales a cada uno de los participantes para medir los niveles de estrés y saber si cumplían con la sintomatología de *burnout*. Más tarde, después de culminar con el proceso de terapias, que fue de alrededor de 5 semanas, se tomaron los mismos cuestionarios a todos los participantes para analizar si existió una diferencia significativa a través del tiempo. Además en la primera sesión se realizó la creación de historias clínicas individuales de cada uno de los participantes, que se realizó más tarde en forma de entrevistas personales con el investigador quien adquiere el rol de psicoterapeuta.

Para disminuir los niveles de estrés se realizaron tres actividades:

- a. Psico- educación: mediante charlas sobre los trastornos y las enfermedades que acarrearán los niños a los que se les está brindando el servicio. Además de charlas sobre el manejo de los familiares. Se realizaron 2 charlas semanales, mediante presentaciones de power point que duraron alrededor de 1 hora y  $\frac{1}{2}$  y se empleó  $\frac{1}{2}$  hora para despejar preguntas de los participantes.

- b. Trabajo practico: se designaron 3 horas, un día a la semana en las que se interactuó con el personal mientras da la equinoterapia, en el que se les dieron pautas sobre el manejo correcto de los niños, técnicas de relajación, control e impulso, entre otros.
- c. Terapia Grupal: se realizó un grupo de terapia en el que participara todo el personal involucrado, siendo este un espacio para compartir experiencias personales sobre el trabajo que realizan, inquietudes, desacuerdos. Para de esta forma crear un grupo de apoyo en el que se generó seguridad y mejor comunicación entre el personal que trabaja en la actividad de equinoterapia. Además que se les enseñó técnicas de relajación y control de impulsos; tanto para ellos, como para los niños con los que trabajan.

Se realizaron las charlas de dos horas de duración por las tarde, dos veces por semana, en un lapso total de 5 semanas. Dentro de este periodo de 5 semanas también se realizó una vez a la semana, un día específico a acordar con los participantes, para el trabajo practico de modelamiento en el que se interactuó con los terapeutas en su medio natural mientras realizan las terapias a sus usuarios y trabajan con los caballos; esto se realizó alrededor de 4 horas dicho día. También se realizó una terapia grupal, una vez por semana en las tarde, durante las 5 semanas en las que participaron tanto los policías como el oficial a cargo, con la mediación del investigador quien actuó como psicoterapeuta. Finalmente después de la 5 semana se realizó una charla de cierre en la que se realizó el *feedback* respectivo sobre los resultados observables que arrojó la intervención, por parte de los participantes hacia el investigador

### **Herramienta de investigación utilizada**

Para producir cabalmente el presente estudio las herramientas empleadas fueron:

- *Inventario de Burnout de MASLACH “MBI”*: es un inventario que mide el nivel del burnout en el que se encuentra el sujeto, la versión que será utilizada es la traducida al español. El objetivo del mismo es medir específicamente la frecuencia y la intensidad con la que afecta el burnout, para ellos se emplean 22 preguntas. Las cuales miden tres dimensiones diferentes: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Las respuestas deben darse dentro de un rango de 0 a 6 en los que se habla de la frecuencia en que el sujeto está de acuerdo con el enunciado, siendo 0 nunca y 6 todos los días.
- *Escala del Malestar del cuidador de Zarit “SBC”*: es un cuestionario que tiene como objetivo principal evaluar los problemas físicos, psicológicos, emocionales y sociales que pueden experimentar los cuidadores o allegados al paciente que padece la enfermedad. En un inicio se lo empleo para el cuidado de persona con Alzheimer específicamente, sin embargo ahora se lo aplica a todos los cuidadores directos de personas con problemas, en las que recargue una presión de responsabilidad que pueda generar estrés y se utiliza la versión traducida al español. Este consta de 25 items que deben valorarse según una escala de 5 puntos, siendo 0 nunca y 4 malestar severo. Dentro de sus medidas cubre aspectos del cuidador, de la persona que recibe ayuda y la interacción que se genera entre ambos. Al estar escrita en algunas ocasiones hacia el cónyuge, se debe tomar en cuenta que se deben cambiar ciertas palabras para hacerlo acorde al sujeto que toma el cuestionario.
- *Entrevista clínica y datos demográficos*: esta entrevista contendrá datos demográficos del paciente así como preguntas sobre su entorno, familiar y laboral. Problemas de índole personal u emocional en los que se vea afectado y sus relaciones interpersonales. Para ello el investigador será quien realice la entrevista

de forma individual, en un tiempo aproximado de 40 minutos; para evitar que exista omisión de información y precautelando la privacidad de cada participante

- *9 Presentaciones Power Point “Ppt”, sobre enfermedades que poseen los niños que son atendidos en la UER:* estas presentaciones proveerán la información más relevante de cada uno de los trastornos que se elijan, de los cuales se elegirá a los mayormente prevalentes en la población de niños que acuden a este servicio. Se explicará la epidemiología, las causas, el tratamiento, el desarrollo y como se vincula directamente con la equinoterapia, y cuáles son los beneficios que podrían acarrearle a futuro esta terapia a los pacientes.

### **Descripción de participantes**

#### **Número.**

La población que fue tomada en cuenta para este trabajo de investigación fue de policiales, una muestra global específica de 8 policiales, 1 oficial encargado y 7 policías de tropa, que ejercen el papel de terapeutas durante las sesiones de equinoterapia. Siendo 10 el total de personal encargado de esta actividad quienes fueron notificados para participar en el estudio, no se pudo trabajar con toda la muestra global ya que 2 miembros fueron retirados del servicio.. La población a analizada fue pequeña debido a que el número del personal es limitado, sin embargo el personal fue escogido ya que existe homogeneidad por parte del trabajo que realizan, los factores de ambiente laboral al que se exponen a diario y por tanto así se mantiene la mayor parte de factores controlados e iguales para toda la muestra. Así también debido a lo pequeño de la muestra se incluyó a todos los policías sin criterios de exclusión.

**Género.**

Se debe tomar en cuenta que para este estudio no es relevante el género de los participantes, sino más bien que cumplieran con los criterios de inclusión. Sin embargo se puede mencionar que de los 8 participantes; 3 pertenecían al sexo femenino, 38 % del total y 5 al sexo masculino, 62% del total de participantes. Siendo el oficial a cargo de género masculino también.

**Edad.**

La edad de los participantes que formaron parte de este trabajo de investigación va en un rango de, mínimo 35 y máximo 47, con un promedio de 41 años.

**Nivel socioeconómico.**

El nivel socioeconómico del grupo empleado en el estudio no es relevante

**Características especiales relacionadas con el estudio.**

Se incluyó en el presente estudio a los participantes, policías u oficiales que trabajan como terapeutas en la UER, que cumplieran con los criterios de *burnout* (altos niveles de estrés laboral) y que llevaban trabajando en el área de equinoterapia con niños al menos 5 meses. Y se excluyó a los participantes que no deseaban voluntariamente participar, al igual que los que no mostraron síntomas de stress asociado a su trabajo y que eran nuevos en la actividad, ya que podría asociarse el stress a su actividad pasada.

**Fuentes y recolección de datos**

Los datos que se obtienen para este estudio provinieron de cuestionarios que se tomaron a cada uno de los participantes de forma individual, al inicio y otro al finalizar el tratamiento después de las charlas estipuladas en un periodo aproximado de dos meses. Estos cuestionarios contaron con la previa aprobación debida del comité de bioética, el

cual comprobó su validez y confiabilidad. Las fuentes de información que se usaron para la tabulación de los datos estuvieron basadas en libros de investigación de psicología experimental, los cuales han sido empleados en las aulas de clase a lo largo de la carrera. La revisión de los cuestionarios se realizó de forma manual, estos datos más tarde fueron registrados en la computadora en un documento de Excel, el cual generó tablas y gráficos comparativos que explicasen de mejor forma los resultados obtenidos. El manejo de estos datos fue exclusivo del investigador y de su director de tesis para que exista la confidencialidad de los participantes, no se manejaron nombres de los mismos, solo los valores.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

Se recolectaron los datos mediante dos cuestionarios que median la existencia de *burnout*, los niveles de estrés del cuidador, antes y después del tratamiento para realizar una comparación y analizar si existía disminución de los síntomas. Se realizó a la muestra total de policías que hayan accedido a trabajar en el estudio (mínimo 8), que trabajaban en la equinoterapia, los cuales lo llenaron de forma individual y escrita. Se realizaron un cuestionario al inicio y 5 semanas después el final, los cuales fueron comparados mediante gráficos y tablas en Excel, además de una historia clínica personal de cada uno de los participantes.

La tabulación de datos será realizado una vez que se obtuvieron los dos resultados de los cuestionarios tanto pre y post procedimientos. La acumulación de los mismos se realizó en tablas en Excel, las cuales permitieron realizar cuadros comparativos en el tiempo sobre las reacciones de los participantes antes y después de recibir los tratamientos planteados como posibles disminuidores del *burnout*. Al ser ambas escalas de Likert, se ejecutaron análisis de datos cuantitativos dentro de rangos específicos; que se analizaran mediante correlaciones T. Se realizaron gráficos comparativos, con porcentajes que mostraban de forma clara si los resultados eran significativos y favorables a la hipótesis inicialmente planteada. Mientras que las entrevistas y sus datos, fueron analizados mediante el método de comparación constante.

Todos estos datos se guardaron en una base de datos a la que solo tuvieron acceso el investigador, y su director de tesis de creer necesario, para preservar la confidencialidad de los participantes. Estos datos una vez concluido el estudio fueron archivados en la base personal del investigador, y se entregaron solo los valores porcentuales y en gráficos a la USFQ en el trabajo de titulación de grado entregado a la biblioteca.

Lo que se buscó con el siguiente análisis de datos fue mostrar de forma clara y resumida las observaciones que se realizaron a lo largo del presente estudios, así como la esquematización de las variables que se tomaron en cuenta en los cuestionarios empleados a cada uno de los participantes para evaluar áreas de interés. De esta manera se generaron respuestas medibles y comprobables sobre la pregunta inicial de investigación como lo estipulan investigadores de renombre como Sabino; así se permitió que se pueda mostrar las pertinentes conclusiones.

La información que aquí se procesó carece de valor numérico, ya que los valores que se generaron son de las variables, para lograr obtener una respuesta compleja se debe analizar no solo el valor sino también la información que proporciona cada una, es el caso de las variables cualitativas y es por ello necesario la efectuación de dichas variables.

Este trabajo de investigación desglosó los porcentajes de los resultados obtenidos de los cuestionarios realizados a la muestra de 8 terapeutas a cargo del servicio de equinoterapia, el cual fue sometido a un proceso de psico- educación y acompañamiento psicológico con entrevistas personales.

Los resultados de las entrevistas personales no fueron contabilizados ya que al ser respuestas individuales no cuentan con un formato replicable, sino más bien son preguntas de opinión y vivenciales, por lo que de las mismas solo se hizo un recuento general para evaluar los casos personales y si existió algún dato relevante que estuviera afectando directamente a la presencia del trastorno, y si mediante las charlas este logro se ve disminuido o no. La mayoría de los casos reportaron sintomatología de ansiedad, que no fue evaluada de esa forma sino más bien los participantes la asociaron a preocupación excesiva, procesos de tristeza severa, desmotivación, intranquilidad, culpabilidad y auto-conceptos pobres a nivel de su profesión. Reportaron también sentirse poco valorados, poco útiles y que por lo tanto su trabajo no estaba causando el impacto que ellos esperaban

por lo tanto existe un malestar general con las autoridades que manejan el programa terapéutico. Estas opiniones fueron recurrentes en todos los participantes, por eso se la mencionó de forma general. De estos temas se trató en una de las charlas grupales para brindar técnicas para elevar sus auto-conceptos, y al final de la investigación se vieron cambios notables en las opiniones personales.

Existieron casos individuales de problemas personales a nivel familiar que en ocasiones agudizaron el cuadro de estrés, esto sucedió en 2 casos específicamente, de los cuales se buscó dar seguimiento y recomendar atención psicológica aparte, ambos participantes accedieron. Al final del periodo de estudio se mostró variación en estas afecciones en 1 de los casos, ya que se mostró mejoría a nivel de estado de ánimo y esto repercutía positivamente en su desempeño, sin embargo en el otro caso la situación se mantuvo y la mejoría fue menor, existiendo aun una sensación de insatisfacción en el ámbito personal.

Después de la valoración de opiniones la cual resultaba difícil de plasmar en variables, el estudio se centró en la medición de las variables de los cuestionarios empleados que tienen validez y confiabilidad. Entre estos los resultados que se presentan a continuación son los del cuestionario de Maslach y los resultados del SBC de Zarit, aun cuando este último mostro un grado de inconsistencia, ya que esta escala se emplea mayormente para cuidadores directores y primarios, y varias de las respuestas les fueron imposibles de contestar a los terapeutas ya que los cuidados que ellos proveen tiene un carácter secundario, entre estas las preguntas 6, 15, 17 y 22; como se puede observar en la Tabla 4.a.

*Tabla 4.a: Resultados desglosados por pregunta de Escala de Sobrecarga de Zarit*

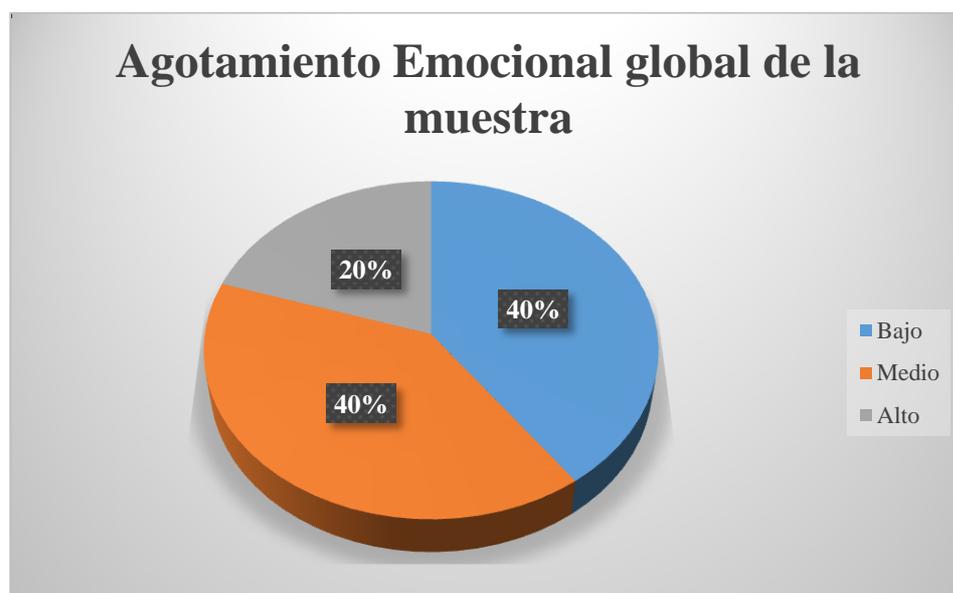
Preguntas	Participantes							
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	3	3	3	3	4	3	3	3
2	4	4	5	4	5	4	5	4
3	4	4	4	5	5	4	5	4
4	3	2	2	3	4	3	2	3
5	2	3	2	2	4	3	3	1
6	0	0	0	0	0	0	0	0
7	4	4	5	4	5	5	5	4
8	3	2	3	3	4	2	3	2
9	4	2	3	3	5	4	4	3
10	3	2	3	2	4	2	4	2
11	3	3	2	3	3	4	4	3
12	2	2	3	3	3	2	4	2
13	3	3	2	2	4	2	3	2
14	2	2	2	2	3	2	2	2
15	0	0	0	0	0	0	0	0
16	3	3	4	3	5	3	4	3
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	3	3	4	3	4	3	4	2
19	3	3	2	3	5	3	4	2
20	2	3	4	3	5	4	4	3
21	2	3	4	3	4	4	4	3
22	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>54</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>67</b>	<b>48</b>

Sin embargo para los resultados del cuestionario de Maslach, existió respuesta por parte de todos los participantes en el cuestionario Inicial antes del tratamiento con valores de 40% para la escala baja y 40% para la escala media del área de agotamiento emocional, y de un 20% en la escala alta, como se muestra en la Tabla 1a.

*Tabla 1.a: Agotamiento Emocional global de la muestra, Test de Maslach Inicial*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	4	40%
Medio	4	40%
Alto	2	20%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Lo cual muestra que la mayoría de la muestra, un 60% muestra desgaste emocional relevante, ya que la escala baja no se la toma en cuenta ya que esta no repercute ampliamente en su desenvolvimiento, como se puede observar de manera más clara en el Grafico 1.a. Este 40% que mostro valores bajos puede estar relacionados a personal que realiza otras actividades extras, por lo que no se centran solo en esta actividad y tiene otros medios de desfogue.



*Gráfico 1.a. Agotamiento emocional global de la muestra, test de Maslach Inicial: Calles, 2006*

Para el área de Realización Personal en el cuestionario inicial, existe afección en un 50% de la muestra de forma significativa, ya que un 30% muestra valores para la escala de valor media y un 20% para la escala de valor alta como se muestra en la Tabla 1b.

*Tabla 1.b. Realización personal global de la muestra, Test de Maslach Inicial*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	5	50%
Medio	3	30%
Alto	2	20%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Lo cual muestra que la afección en esta área es menor que en la de agotamiento, sin embargo al ser el 50% si se la toma en cuenta como referente, tal como se muestra en el Grafico 1.b.el cual refleja insatisfacción en el ambiente laboral, en la elaboración de metas que talvez resultan excesivas y por lo tanto no logran alcanzar las metas por la falta de motivación.



*Gráfico 1.b. Realización personal global de la muestra, test de Maslach Inicial: Calles, 2006*

Finalmente para el área de sintomatología de despersonalización, existe una respuesta positiva para un 50% de la muestra, la mitad de la población general; a diferencia del área anterior en este caso los valores son invertidos, con un 20% para el rango de valor medio y un 30% para el rango de valor alto, como se observa en la Tabla 1c.

*Tabla 1.c. Despersonalización global de la muestra, Test de Maslach Inicial*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	5	50%
Medio	2	20%
Alto	3	30%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Estos valores también son significativos ya que la mitad de la población evaluada muestra problemas severos en esta área, lo que podemos comparar en el Gráfico 1.c. sin embargo se debe tomar en cuenta que esta escala tiene gran influencia de características personales de cada individuo, y son propias de cada individuo en base al desarrollo de sus propios mecanismos de afrontamiento.



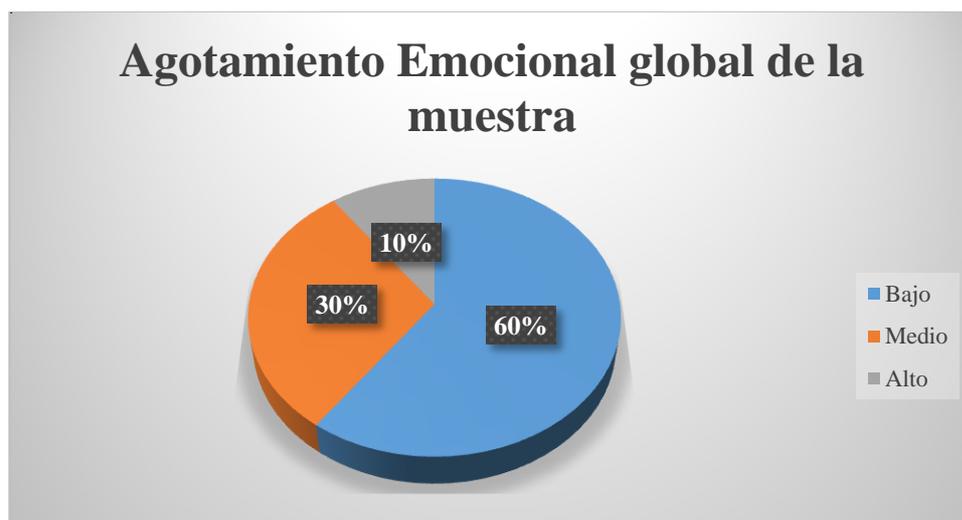
*Gráfico 1.c. Despersonalización global de la muestra, test de Maslach Inicial: Calles, 2006*

Más tarde al finalizar todo el proceso de investigación, luego de realizar todas las charlas, entrevistas y actividades prácticas por el periodo establecido; se volvió a tomar el mismo Cuestionario de Maslach, arrojando los siguientes valores. Para la escala de Agotamiento emocional para los valores de rango “alto” tenemos un 10%, para el rango medio un 30%, como se observa en la Tabla 2a.

*Tabla 2.a: Agotamiento Emocional del global de la muestra*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	6	60%
Medio	3	30%
Alto	1	10%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Si se suman estos dos valores que son los relevantes ya que afectan el desenvolvimiento de la persona que lo padece, nos da un equivalente de 40% de afección en el total de la muestra siendo este menor a la mitad total, como se puede ver en el Grafico 2.a.



*Gráfico 2.a. Agotamiento emocional global de la muestra, test de Maslach Final:*

*Calles, 2006*

En el caso del área de Realización Personal también hubo variaciones, mostrando valores de escala alta de 0%, es decir que se erradico completamente y de 30% en escala media, generando un 30% de afección en el general de la muestra, como se observa en la Tabla 2b y el Grafico 2b.

*Tabla 2.b: Realizacion personal global de la muestra*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	7	70%
Medio	3	30%
Alto	0	0%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Estos valores son bastante menores a comparación del primer cuestionario que tuvo valores de 60%, lo que nos puede dar una pauta de que se presentan menores sentimientos

negativos con respecto a su carga laboral y la relación que tienen con sus tareas profesionales, lo cual a su vez se relaciona estrechamente con la adquisición de mayor cantidad de conocimiento durante las charlas, que los hace sentirse más capaces.



*Gráfico 2.b. Realización personal global de la muestra, test de Maslach Final: Calles, 2006*

Finalmente para el área de Despersonalización, existe una disminución en el rango de valor alto, ya que es el de 10%, y este comparado con el 30% del cuestionario inicial, y con un 20% para el rango de valor medio, como se muestra en la Tabla 2c.

*Tabla 2.c: Despersonalización global de la muestra*

Opciones	Cantidad	Porcentaje
Bajo	7	70%
Medio	2	20%
Alto	1	10%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

El valor total de la muestra de 100% muestra que hubo un aumento en los no afectados, es decir los que presentaron valores de rango “bajo” de un 70% de la muestra que es observable en el Gráfico 2c. Esto refleja que se han tomado acciones eficaces para la prevención de sensaciones de minusvalía, mostrando mayor cercanía con los pacientes

ya que se refleja su capacidad para proveer el servicio con el que se sienten más seguros de sí mismos.



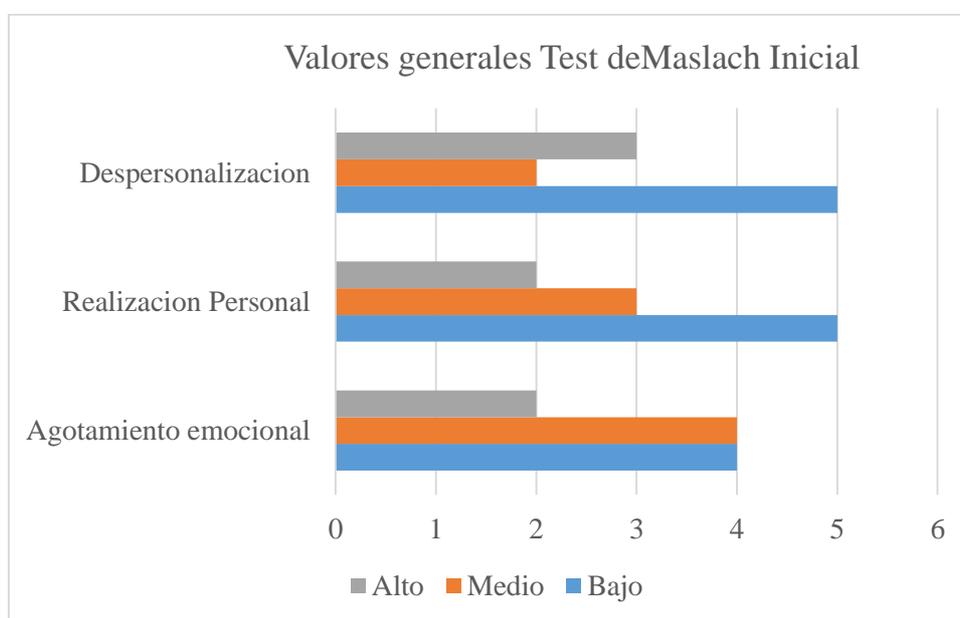
*Gráfico 2.c. Despersonalización global de la muestra, test de Maslach Final: Calles, 2006*

Por otra parte al contrastar las 3 sub-escalas que se valoran en el cuestionario de Maslach, es evidente que existen cifras positivas para los valores “altos” de presencia en todas estas escalas en el personal de la UER, escalas que fueron evaluadas en la ejecución de estos cuestionarios antes de recibir el tratamiento de las charlas de psico-educación. Entre estas tenemos, el agotamiento personal con 2/10, la realización personal con 2/10 y la despersonalización con 3/10 como se muestra en la Tabla 3.a. de los valores generales de todos los participantes.

*Tabla 3.a: Valores generales Pre Tratamiento*

Opciones	Agotamiento emocional	Realización Personal	Despersonalización
Bajo	4	5	5
Medio	4	3	2
Alto	2	2	3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Por otra parte los valores de “medio” se reflejan mayores para las escalas de, agotamiento emocional con 4/10 y la realización personal de 3/10; mientras que para la despersonalización es menor con un valor de 2/10. Estos valores “altos y medios” son los que se toman en cuenta mayormente para el estudio, ya que reflejan afectación significativa en la salud emocional de los participantes. Sin embargo existen también valores altos en el rango “bajo” con afectación mínima, entre estos se observa un 4/10 para el agotamiento emocional, de 5/10 para realización personal y de 5/10 para la despersonalización. Variación que se puede observar en el Gráfico 3.a.



*Gráfico 3.a. Relación de valores generales de las 3 escalas del global de la muestra, test de Maslach Inicial: Calles, 2006*

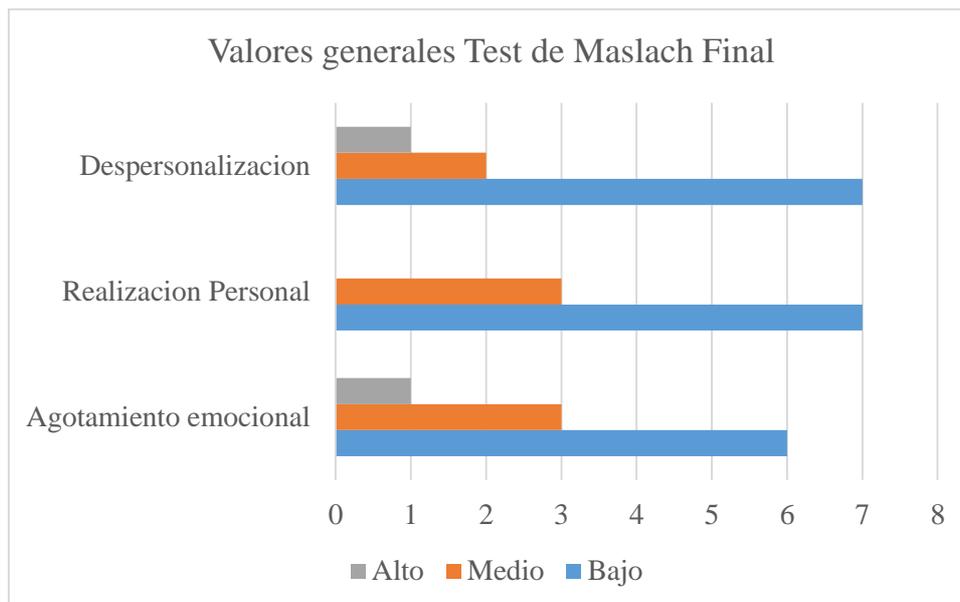
Más tarde, tras recibir las charlas informativas y las prácticas sobre el manejo de estos pacientes que atienden a diario en la terapia, se vuelve a tomar el mismo cuestionario a todos los participantes, y los resultados obtenidos variaron en todas las áreas, como se muestra en la Tabla 3.b.

*Tabla 3.b: Valores generales Post Tratamiento*

<b>Opciones</b>	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Realizacion Personal</b>	<b>Despersonalizacion</b>
Bajo	6	7	7
Medio	3	3	2
Alto	1	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Para el personal de la UER en la escala Agotamiento emocional para los valores de “alto” fueron de 1/10, es decir que se disminuyó en un 10%, para el rango de “medio” el nuevo valor fue de 3/10 disminuyendo también en un 10%. Es así que solo el rango “bajo” sufre un aumento en el valor de incidencia, y este es del 20%.

En base a la Tabla 3.b también se muestran nuevos valores para las escalas de realización personal y la de despersonalización. Las variaciones del cuestionario inicial y el cuestionario final son notorias, y los valores más relevantes se pueden observar en el área de despersonalización. Ya que disminuyó considerablemente la incidencia en un 30%, siendo una minoría ahora los que se mantienen ajenos a su problemática, mostrando que ahora poseen características personales positivas que les permiten afrontar sus emociones de forma diferente. Estos valores porcentuales se pueden observar en el Grafico 3.b.

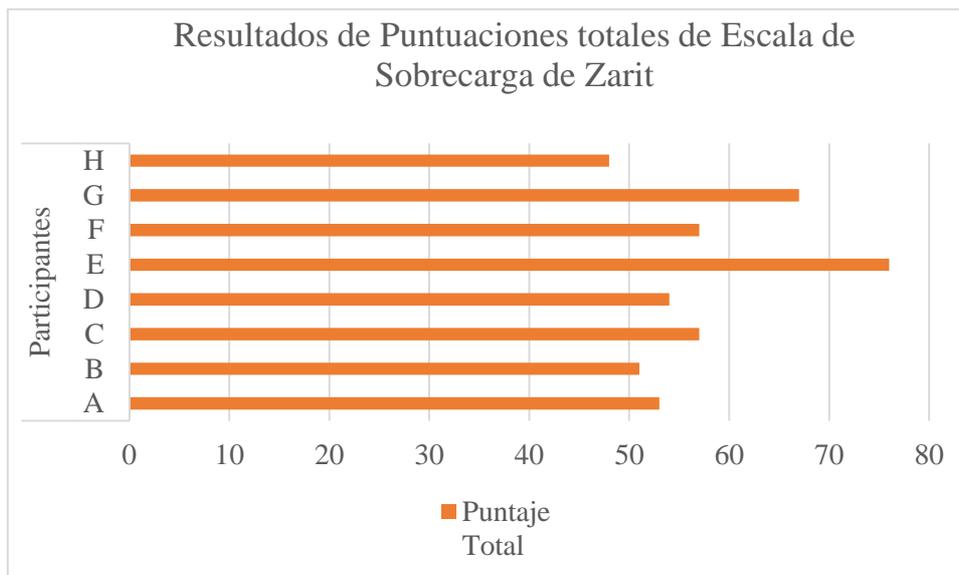


*Gráfico 3.b. Relación de valores generales de las 3 escalas del global de la muestra, test de Maslach Final: Calles, 2006*

Para el Cuestionario SBC de Zarit, se pudo observar que todos los pacientes obtuvieron positivo el valor de sobrecarga. Valor el cual es considerado sobrecarga simple cuando el valor total es superior al 46, en el caso de los participantes de este estudio 4 de un total de 8 presentaron este tipo de sobrecarga, como se observa en la Tabla 4.b. Mientras que para el tipo de sobrecarga intensa, que se muestra a partir de la obtención de un puntaje superior a 56; la otra mitad, 4 participantes lograron alcanzar, como se observa en la Tabla 4.b y el Gráfico 4.

*Tabla 4.b: Resultados de Puntuaciones totales de Escala de Sobrecarga de Zarit*

Variables	Participantes							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Puntaje Total	53	51	57	54	76	57	67	48
Clasificación	Sobrecarga simple	Sobrecarga simple	Sobrecarga intensa	Sobrecarga simple	Sobrecarga intensa	Sobrecarga intensa	Sobrecarga intensa	Sobrecarga simple



*Gráfico 4. Resultados de puntuaciones totales de Escala de Sobrecarga de Zarit: Calles, 2006*

### **Importancia del estudio**

De forma clara este estudio empieza por contribuir directamente y de forma inmediata sobre el personal que brinda la equinoterapia en el servicio de la UER, ya que uno de los objetivos principales fue el generar en los participantes una sensación de confianza en sí mismos, desde la premisa de que al obtener conocimientos sobre a lo que se enfrentan a diario podrán adquirir y generar nuevas herramientas para el desarrollo de la terapia e interacción con los usuarios del servicio de equinoterapia. Se buscó crear un ambiente laboral agradable que fomente el trabajo en equipo, y que a mediano y largo plazo genere un mejor cumplimiento de las metas terapéuticas. Además de crear un beneficio indirectamente con los niños que reciben la terapia, ya que al ser esta de mejor calidad puede generar resultados de cambio más efectivos en periodos de tiempo más cortos, resultado también agradable de realizar y por tanto más frecuente.

Por otra parte potencialmente este estudio logró contribuir a la sociedad en general con la generación de un trabajo empírico, replicable que muestra, con valores confiables y observables, el beneficio de la equinoterapia el desarrollo de los niños y así se puede considerar a esta terapia como una nueva opción dentro de los programas de salud pública.

### **Resumen de sesgos del autor**

Las dificultades que se presentaron debido a los sesgos de autor y que deben tomarse en cuenta son la posibles exclusiones de variables relevantes ya que solo nos enfocamos en los valores que nos permitían los cuestionarios empleados, es decir que nos vimos limitados a las herramientas de medición a las que se tuvo acceso por parte del investigador. Otra limitación es la falta de experiencia posible para la operacionalización de las variables, y también la falta de un grupo control debido a la falta de personal participante.

Aparte de estas, se trató en la medida de lo posibles aislar otro tipo de sesgos como la opinión personal del autor del estudio o casos de mal uso de las herramientas empleados, como cuestionarios y entrevistas.

## CONCLUSIONES

### Respuesta a la pregunta de investigación

Después de realizar esta investigación practica podemos decir que la psico-educacion si ayuda a disminuir la sintomatología del burnout de forma cuantitativa en valores numéricos. Esta disminución es ciertamente notoria en las áreas medidas por la sub escalas de agotamiento emocional y realización personal que determina el cuestionario de Maslach. Además se puede decir que también se vieron cambios de forma cualitativa medidos por observación, ya que se mostró mejoraría en el semblante de cada uno de los participantes en las charlas prácticas y mejor desenvolvimiento terapéutico y personal con los pacientes con trastornos del desarrollo que acuden a recibir la equinoterapia diariamente en la UER.

### Discusión

En base a los resultados arrojados por los cuestionarios realizados a cada uno de los participantes de este estudio, y en análisis cuantitativo de cada uno de ellos se puede concluir que para este estudio la psico- educación si sirvió como tratamiento que ayuda a la disminución de algunas áreas de la sintomatología del trastorno de *burnout*, o desgaste laboral en el caso del personal policial que provee el servicio de equinoterapia en la UER.

Este cambio positivo fue mencionado por los mismos participantes durante una charla de feedback sobre el curso de charlas grupales planteadas, mencionando sentirse más seguros con ellos mismos y con sus habilidades profesionales para ayudar a sus pacientes. Así como también menos impacientes con respecto a la mejoría de sus pacientes en cuanto al tiempo, lo que hace que sus metas sean más reales y por ende la frustración disminuya. Lo cual muestra la importancia de considerar realizar entrevistas individuales

en un principio, ya que en estas se reflejaron opiniones personales y situaciones adversas que son consideradas variables cualitativas y que a pesar de no haber sido tabuladas con valores numéricos, la satisfacción expresada verbalmente y a nivel anímico muestra cambios en la sensación sentida.

En cuanto a las variables netamente cuantitativas y que se basaron en cuestionarios con escalas numéricas predeterminadas, decimos que los valores efectivizan la hipótesis. Por ejemplo al hablar específicamente del Cuestionario de SBC de Zarit, encontramos que la muestra total cumple con criterios de sobrecarga. Y que de forma específica esta sobrecarga se ve clasificada con una mitad exacta de la muestra,  $p=4$ , que entran en el rango de sobrecarga simple, ya que están en rangos entre 46 y 56 puntos totales. Mientras que el otro 50% de la muestra, equivalente a  $p=4$ , presentan sobrecarga intensa, la cual se denomina a partir de un puntaje superior a los 56 puntos totales. Es importante tener en cuenta que estos valores están hechos en base a un total de 88 puntos totales al responder todas las preguntas planteadas, sin embargo 4 preguntas fueron evaluadas con valores de 0 ya que estas se referían específicamente a cuidadores directos de primer grado, y en el caso de la muestra el cuidado brindado es de segundo grado.

En el caso de las respuestas generadas por el Cuestionario de Burnout de Maslach, es evidente que existe una diferencia negativa a favor de la disminución de la presencia de sintomatología, de alrededor de 1 a 2 puntos de los valores totales entre el cuestionario realizado al Final versus el Inicial. Es decir que en las 3 escalas, agotamiento emocional, realización personal y despersonalización, los valores del Cuestionario Post Tratamiento fueron menores para las clasificaciones alta y media, y por el contrario para la clasificación baja, existió un aumento en los valores de entre 1 a 2 puntos. Específicamente las variaciones de las dos clasificaciones que son las relevantes, fueron las siguientes: en la escala de agotamiento personal para la clasificación alta disminuyó de  $p=2$  a  $p=1$ , y en la

clasificación medio de  $p=4$  a  $p=1$ , siendo en ambos casos el resultado del cuestionario Post Tratamiento, menor. Para la escala de realización personal el patrón se repite para la clasificación alto, ya que también existe una disminución de  $p=2$  a  $p=0$ , mientras que el valor de la clasificación medio se mantiene en  $p=3$ . Finalmente para la escala de despersonalización la disminución en ambas clasificaciones es de 1 punto al igual que la escala de agotamiento.

Estos resultados como se puede observar confirmaron que si existió una mejoría en los síntomas, ya que a menor puntaje en las clasificaciones alta y media, menor es la sintomatología que presenta en paciente. Por lo tanto a menor sintomatología, menor disfunción, lo cual disminuye la severidad del cuadro de burnout que presentaba. Es decir que el tratamiento planteado con la psico- educación mediante las charlas presentadas, junto a las terapias grupales y entrevistas individuales, si resultaron beneficiosas para parar y hasta disminuir la aparición de sintomatología en el personal policial de la UER del área de equinoterapia que presentaba este síndrome.

### **Limitaciones del estudio**

Se debe mencionar que una de las limitaciones más relevantes de este estudio es el tamaño de la muestra, sin embargo esto se debe al proceso de selección exhaustiva de la misma ya que se esperaba tener la mayor cantidad de variables controladas y que existiera similitudes de condiciones en los participantes. De esta manera se buscaba evitar alteraciones por factores externos, y en el país no existen muchos centros que provean este servicio de equinoterapia y por ello el personal encargado también se vuelve reducido. Sin embargo es importante tomar en cuenta que al ser una muestra pequeña los resultados son muy concretos para ese grupo minoritario, y los factores que se trató de excluir en este

estudio por factor tiempo, a futuro vale la pena que sean analizados porque podrían repercutir en los resultados positiva o negativamente.

Por otra parte los estudios y los valores que se tomaron de referencia no fueron del Ecuador, ya que no existen estudiosos sobre el mismo tema o semejantes, así que el hecho de ser nuevo nos deja con poco información regional y validada; y es por ello que los referentes son extranjeros y por tanto generan cierto error por la variación cultural y social en que se está trabajando, aun cuando esta fuera mínima, se debe considerar. Para el caso de la metodología, una limitación importante es la falta de acceso a otros cuestionarios específicos para la población de fisioterapeutas en temática de *burnout*, y es por ello que debemos regirnos de forma más global al cuestionario general de Maslach de la sintomatología del trastorno.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Para posibles estudios futuros sería importante tener en cuenta como se encuentra la misma problemática en ese momento, para partir de datos reales de la muestra que se va a analizar. También es necesario evaluar la situación personal de los participantes, ya que en este estudio se pudo observar que si existe una relación entre los problemas personales con los laborales, que afectan directamente el rendimiento de la persona y a su vez su percepción sobre su capacidad en el desarrollo de las actividades laborales designadas. De esta manera al prever que los participantes mantengan las mismas condiciones, las variaciones serían menores y el sesgo de los resultados sería también menor; esto garantiza una mejor uniformidad en los factores que pueden influenciar en los resultados de los cuestionarios y de la muestra en general.

Otra recomendación a considerar es la de buscar una muestra mucho más grande, talvez no en el área de la terapia o el trabajo con personas, sino de otros profesionales

como empresas o instituciones gubernamentales, donde el personal sea mayor a los 30 participantes. De esta forma también se podría hacer estudios comparativos sobre la variación en incidencia entre personas que trabajan con cosas materiales o cifras versus los que trabajan con personas directamente.

### **Resumen general**

El burnout se refiere a un síndrome de desgaste laboral excesivo, provocado por un ambiente laboral que reúne las características que producen estrés crónico a largo y mediano plazo, el cual produce en la persona un agotamiento severo que lo lleva al mal funcionamiento dentro de tus tareas cotidianas, y aún más se ve reflejado en sus metas profesionales ya que no logra cumplirlas con éxito. Esta falta de éxito produce que la persona resulta poco eficiente en su profesionalismo, y esto puede acarrar problemas severos dependiendo de la actividad que realiza, más aun si existe contacto directo con personas que requieren de sus servicios, ya que al verse involucradas esta se ve afectadas e influenciadas por una mala atención. Este es el caso de los profesionales del área de la Salud.

Para el presente estudio se habla de profesionales de la salud a nivel terapéutico, fisioterapéutico para ser más específicos; los cuales además de poseer niveles altos de estrés por el entorno en que se desenvuelven normalmente, poseen el agravante de la falta de conocimientos en el campo laboral en que se desarrollan. En este caso hablamos de un grupo minoritario de profesionales, con educación policial en el área de la Unidad de Equitación y Remonta de la Policía Nacional del Ecuador que proveen el servicio de equinoterapia gratuita al público en general. A este servicio acuden en su mayoría personas de escasos recursos, y que poseen problemas de neuro desarrollo o discapacidades motrices.

Para hablar de *burnout* es necesario entender porque las personas llegan al límite en el que dejan de funcionar a causa de estrés, existen varias causas para que se desencadene esta problemática. Entre estos tenemos problemas del entorno, es decir externos a la persona, como serian falta de cooperación, mal entendimiento con los organismos jerárquicos, metas difusas, ambiente laboral incomodo u hostil, falta de apoyo y motivación por parte del lugar en que se desenvuelven, entre otros.

Además de estos problemas también existen causas a nivel personal, es decir que son inherentes a cada individuo, en este caso entra en juego su auto concepto, el trazarse metas claras y reales que puedan alcanzar, los niveles de exigencia personales, la determinación de soluciones positivas, la capacidad personal de resiliencia ante otras adversidades personales, el manejo del estrés, entre otros. La problemática de la aparición de este síndrome radica en el hecho de que toda esta sintomatología es ignorada por parte de los participantes ya que no entienden que está sucediendo. Muchas veces las personas no logran identificar lo que le está ocurriendo ya que ignoran las manifestaciones físicas y emociones del mismo, y en este estudio se busca concientizar sobre estos síntomas para poder detener el desarrollo del trastorno en sus etapas iniciales.

Para las personas que ya han adquirido el trastorno, es importante que entiendan como este funcionan en su organismo, no solo a nivel psicológico, sino también a nivel fisiológico y los cambios que este ocasiona. A nivel psicológico los cambios son evidentes, existe un agotamiento emocional excesivo, negativismo, un concepto personal bastante bajo, estados mantenidos de ira o depresión, muestras de ansiedad y falta de capacidad para resolver problemas fortuitos. En el caso de los cambios fisiológicos, estos se dan a nivel del sistema nervioso central, ya que la afección se da en el sistema neuroquímico por que el cuerpo se ve obligado a mantenerse en situaciones de estrés. Es decir que el cuerpo está preparado en su concepción química para situaciones de alerta, aun

cuando no exista un estímulo real y este estadio es mantenido por lo que daña los sistemas de respuesta normales de alerta. Existe una sobre excitación del sistema, y es por ello que este colapsa, y genera en la persona una posición de estrés mantenido aun cuando este es ilusorio.

A nivel laboral la persona deja de ser eficiente ya que no existe primero concentración lo que hace, él está en periodo mantenidos de ansiedad hace que la persona este desgastada físicamente. Tiene problemas de atención, de memoria, alteraciones de sueño y más tarde incluso se presentan problemas a nivel de su salud corporal. En el caso de los fisioterapeutas existen cifras altas en las que se muestran que es un población vulnerable para adquirir este trastorno, debido a la carga emocional que representa el ayudar constantemente a otros y prestar un servicio que requiere de involucrar en ocasiones no solo sus conocimientos sino también la empatía y por ende se involucran más afectivamente con los pacientes. Existen muchos estudios que muestran cómo se ven afectados los profesionales de la salud. En el Ecuador estos estudios son escasos, sin embargo al buscar asociar a otros países con las mismas condiciones culturales y sociales, podemos observar que el factor cultural también influye. Por ejemplo el hecho de no contar con un servicio que prevenga y que cuide el bienestar de los profesionales, es un atenuante para que en países de américa latina este tema no se haya evaluado. Sin embargo en países de Norteamérica y Europa se han hecho muchas investigaciones que muestran el daño que se hace no solo al profesional sino indirectamente al paciente que este trata a diario, y es por ello que las autoridades están tomando medidas severas para erradicar este síndrome.

Para el personal de la UER, la falta de conocimiento en las actividades que realizan resulta un estresor que desencadena en gran parte este síndrome de *burnout*, más allá de las inconformidades laborales o metas muy idealistas personales. Este personal fue instruido para la crianza y cuidado de caballos, así como el montarlos apropiadamente y cursos

pequeños sobre técnicas de fisioterapia, mas no hubo una instrucción exhaustiva y completa sobre el manejo de niños con trastornos del desarrollo. Por ello se les explica en este proyecto como funciona esta terapia y los beneficios reales de la misma al igual que el manejo de estos pacientes..

La equinoterapia como tal, es una terapia relativamente nueva que tiene como objetivo estimular la neuro plasticidad del paciente mediante el uso del caballo como herramienta. El caballo es empleado para crear estímulos aferentes hacia el sistema nervioso del jinete, esto se lo logra mediante el andar natural del caballo. Las técnicas que se emplean para esta terapia están basadas en el método tango y de la terapia asistida con caballos en las que los pacientes se ven estimulados por los movimientos que realiza el caballo, y que a su vez le obligan a la persona a realizar movimientos que ha perdido y esto a su vez estimula áreas cerebrales que no estaban siendo estimuladas, hasta que logran activar estas áreas en su mayor capacidad posible dependiendo de la lesión del paciente.

La efectividad de esta terapia ha sido muy buena y está en aumento, es por ello que ahora en el Ecuador se la ha tomado en cuenta, además de que no es solo el movimiento del caballo sino un tratamiento multidisciplinario que engloba otras sensaciones como olores, tacto, sonidos que se desencadenan en el ambiente natural en el que se da la terapia. Todos estos beneficios deben ser tomados en cuenta por parte de las personas que proveen el servicio, para que entienda cuál es su función y hasta que nivel de mejoría pueden llegar en cada caso, para que las metas sea reales y no exista frustración si es que estas fueran excesivas. Además de tener más herramientas mediante la obtención de nueva información que les ayude a desarrollarse mejor en su campo laboral, tanto teórica como prácticamente.

## REFERENCIAS

- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista Asoc. Espanola de Neuropsicologia*, 257-265.
- American Psychological Association. (2015). *American Psychological Association*.  
Obtenido de Topics: <http://www.apa.org/topics/index.aspx>
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Espanola de Salud Publica*, 293-303.
- Ayuso, J. A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de burnout y estrés laboral. *Revista Iberoamericana de Educacion*.
- Campos, L., Córdoba, A., Silva, J., & Illera, D. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayan. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud - Departamento de Fisioterapia*.
- Canadian Psychological Association. (2000). *Canadian Code of Ethics for Psychologist*.  
Ottawa: Canadian Psychological Association.
- Carlson, N. (2006). Trastornos de ansiedad, autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por estrés. En N. Carlson, *Fisiología de la conducta* (págs. 605-633). Madrid: Pearson Educación S.A.
- Consejo de Salubridad General de México. (26 de 12 de 2014). *SEGOB 'Secretaría de la Gobernación'*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014)
- Crandall, R., & Perrewe, P. L. (1995). *Occupational Stress: a handbook*. Washington, Estados Unidos: Taylor & Francis.
- DeAngelis, T. (2003). Why we overestimate our competence. *American Psychological Association*, 34(2), 60.

- Espin, A. M. (2009). Escuela d Cuidadores: programa psicoeducativo para cuidadores infromales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Publica*.
- Feldman, R. S. (2006). Necesidades humanas y motivacion: Comer, beber y ser audaz. En R. S. Feldman, *Psicologia con aplicaciones en paises de habla hispana* (págs. 309-322). Mexico DF: McGraw Hill Interamericana.
- Feldman, R. S. (2006). Una ciencia que evoluciona: pasado, presente y futuro. En R. S. Feldman, *Psicologia con aplicaciones en paises de habla hispana* (págs. 15-25). Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Feldmann, R. (2006). Una ciencia que evoluciona: Pasado, presente y futuro . En R. Feldmann, *Psicologia con aplicaciones en paises de habla hispana* (págs. 15-27). Mexico D.F: McGrw-Hill Interamericana.
- Freudenberg, H. J. (1980). *Burn Out: the high cost of high achievement*. New York: Anchor Press.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldan, M. D., & Nunez, E. M. (2005). Prevalencia del Sindrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Psicologia del Trabajo y de las Organizaciones*, 107-123.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suner, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influenciai de factores personales, profesionales y transnacionales en el sindrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y espanol. *Esp Salud Publica*, 215-230.
- Howes, R. (2008). Therapist Burnout. *Psychology Today*, N/A.
- Kumar, A., Rinwat, P., Kaur, G., & Machawal, L. (13 de Diciembre de 2014). *ProQuest*. Recuperado el 5 de Enero de 2015, de Stress: Neurobiology, consequences and management: <http://search.proquest.com/docview/1356459622?accountid=36555>
- Martin, M., Dominguez, A. I., Gonzalez, E., & Munoz, P. (2011). *Programa Psicoeducativo para el manejo de la Sobrecarga en el cuidador del paciente con demencia*. Valladolid: Fundacion Maria Josefa Recio.

- Morey, F. (2014). Intervención terapéutica con caballos. Visión desde la Psicología. *Avances en psicología*, 49-61.
- Myers, D. G. (2003). *Psicología Social*. Mexico D.F: McGraw Hill.
- Pellitero, C. F., Kiwitt, G. I., & Gurini, V. (2006). Equinoterapia. *Ciencia Veterinaria*, 8(1), 72-74.
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. C., & Kirschbaum, C. (Marzo de 1999). Burnout perceived, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med*, 197-204.
- Ramos, A., Diaz, Y., Baez, F., & Tarajano, A. (2006). EQUINOTERAPIA: EXPERIENCIA EN UN AÑO DE TRATAMIENTO. *Archivo Medico de Camaguey*, 10-17.
- Ravelo, M. (21 de 11 de 2011). *Efisioterapia*. Recuperado el 11 de 01 de 2014, de BURNOUT EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DE UMAE: <http://www.efisioterapia.net/articulos/burnout-en-el-servicio-de-rehabilitacion>
- Rodriguez, M. A. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología del Caribe*, 7-10.
- Serrano, B. (11 de 10 de 2007). *CSI "Revista de innovación y experiencias educativas"*. Recuperado el 02 de 02 de 2015, de Terapias de patologías Humanas a través de animales: [http://www.csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_11/BERNARDO\\_SERRANO\\_1.pdf](http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_11/BERNARDO_SERRANO_1.pdf)
- Serrano, M. F., Garces, E. J., & Hidalgo, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psichotema*, 361-368.
- Serrano, M. F., Garces, E. J., & Hidalgo, M. D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 361-368.
- Sertoz, O. (22 de Septiembre de 2008). *ProQuest*. Recuperado el Diciembre de 2014, de <http://search.proquest.com/docview/195386349?accountid=36555>

Solms, M., & Turnbull, O. (2004). *El cerebro y el mundo interior: una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica Ltda. .

Wytik, T. L. (13 de 12 de 2014). *ProQuest*. Obtenido de Burnout and the ethics of self-care for therapists: <http://search.proquest.com/docview/222697801?accountid=36555>

**ANEXO A: CUESTIONARIO DE BURNOUT DE MASLACH**

### MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

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

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

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

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.
14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

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

**ANEXO B: MODELO DE ENTREVISTA CLINICA**

## HISTORIA CLINICA

### IDENTIFICACIÓN

Código: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección actual \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_  
 Nombre del Psicólogo \_\_\_\_\_

Institución o persona por la que fue remitido  
 \_\_\_\_\_

Motivo de consulta:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Exploración, descripción del paciente:

\_\_\_\_\_ **Edad aparente y cronológica**  
 1. No difiere  
 2. Se observa de menor edad  
 3. Se observa de mayor edad

\_\_\_\_\_ **Integridad física:**  
 1. Integro  
 2. Falta miembro superior  
 3. Falta miembro inferior  
 4. Defecto visual  
 5. Defecto auditivo  
 6. Defecto facial

\_\_\_\_\_ **Actitud general:**  
 1. Libre  
 2. Forzada  
 3. Sugerida  
 4. Tensión

\_\_\_\_\_ **Actividad general:**  
 1. Normal  
 2. Hiperactivo  
 3. Pasivo

\_\_\_\_\_ **Cooperatividad:**  
 1. Coopera espontáneamente  
 2. Coopera forzosamente  
 3. No coopera  
 4. Se resiste a cooperar

\_\_\_\_\_ **Afectividad:**  
 1. Normal

2. Angustiado  
 3. Deprimido  
 4. Enojado  
 5. Agresivo  
 6. **Lábil**  
 7. Temeroso

\_\_\_\_\_ **Tono de voz:**  
 1. No habla  
 2. Normal  
 3. Bajo  
 4. Alto

\_\_\_\_\_ **Aliño**  
 1. Bien aliñado  
 2. Descuidado, limpio  
 3. Descuidado, sucio  
 4. Muy desaliñado

\_\_\_\_\_ **Lenguaje forma:**  
 1. Coherente  
 2. Incoherente

\_\_\_\_\_ **Contenido del lenguaje:**  
 1. Normal para su edad  
 2. Prolijo  
 3. Perseverante  
 4. Pobre para su edad  
 5. Florido para su edad  
 6. Fantasioso en exceso

\_\_\_\_\_ **Memoria:**  
 1. Normal



2. Fallas leves
3. Fallas marcadas

**Alteraciones de la conciencia:**

1. No hay
2. Somnoliento
3. Dormido
4. Hiperactivo

**Relaciones con el medio:**

1. Se relaciona adecuadamente

2. Coopera muy bien
3. No coopera, lo hace pasivamente
4. Coopera forzosamente
5. Se resiste a cooperar

**Orientación:**

1. Normal
2. Des. Parcial
3. Des. Parcial persona
4. Des. Parcial lugar

**Antecedentes Personales:**

---



---



---

**Antecedentes Patológicos:**

Para las preguntas siguientes utilizar:

- 0 = No hay
- 1 = Leves
- 2 = Aparentes (sin atención médica)
- 3 = Motivo previo de atención

- Síntomas físicos (cefaleas, dermatosis)
- Ansiedad (miedo inmotivado, nerviosismo)
- Problema emocional (aislamiento o temor, labilidad emocional, falta de interacción social, timidez)
- Desorganización conceptual (problemas de concentración, ideas confusas, problemas de verbalización)
- Sentimientos depresivos
- Tensión (manifestaciones físicas y motoras de nerviosismo, tensión, hiperactividad)
- Manierismos y posturismos (conducta motora peculiar, rara o poco usuales o de poder)
- Hostilidad (agresión a otras personas, molesta a los demás con frecuencia)
- Suspicious (desconfianza, creencia que otros tienen intenciones discriminatorias o malintencionadas)
- Conducta alucinatoria o ilusiones (percepciones sin estímulos externos o alteraciones de estímulos)
- Retardo motor (lentificación de actividad motora)
- Falta de cooperatividad (resistencia, rechazo o desdén de la autoridad)
- Contenido inusual del pensamiento (contenido raro, extraño poco usual para su edad)
- Embotamiento afectivo (reducción del tono o manifestaciones de afecto, indiferencia a estímulos)
- Excitación (aumento del tono emocional, agitación)
- Desorientación (confusión o pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo)
- Problemas de carácter o personalidad
- Trastornos psicofisiológicos
- Crisis convulsivas
- Uso de drogas
- Problemas de lenguaje
- Problemas de audición

**Evaluación Global:** Considerando su experiencia que tan enfermo mentalmente considera al sujeto que entrevista en este momento:

- 0 = Es normal, no tiene problema alguno
- 1 = Levemente alterado, no amerita atención
- 2 = Moderadamente enfermo, debe tratarse
- 3 = Esta muy enfermo



### Antecedentes Terapéuticos:

Utilice 1 = Si 2 = No Especificar en cada caso, anote lugar, fecha y duración:

\_\_\_\_ Recibe tratamiento actualmente. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha estado alguna vez internado. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento psiquiátrico. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento psicológico. Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento médico. Especificar: \_\_\_\_\_

Especificar si estos terminaron, continúan o se abandonaron: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Escolares:

Anotar el número total de años estudiados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ~~Kindergarten~~ Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Primaria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Secundaria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Preparatoria Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

Estado civil: \_\_\_\_\_

#### Datos del ~~Conyuge~~

____	Edad al casarse o unirse
____	Edad actual
____	Ocupación
____	Escolaridad
____	Lugar de Nacimiento

\_\_\_\_ Número de años que viven juntos

\_\_\_\_ Número de años separados

\_\_\_\_ Número de hijos

\_\_\_\_ Como son las relaciones entre ellos

1. Buenas
2. Regulares
3. Malas

### Antecedentes Patológicos de los Padres:

Utilizar: 0 = No lo son o se ignora 1 = Lo es el padre 2 = Lo es la madre 3 = Lo son ambos

\_\_\_\_ Padres neuróticos o con alteraciones del carácter o personalidad aparentes

\_\_\_\_ Padres alcohólicos



- Padres con problemas psicofisiológicos
- Padres psicóticos
- Padres epilépticos
- Padres con problemas neurológicos
- Agresividad de los padres hacia los hijos
- Alteraciones mentales o conductuales
- Padres afectivamente distantes con los hijos
- Padres sobre protectores
- Padres mayores de 65 años
- Padres fallecidos
- En caso afirmativo, edad del sujeto al fallecer el padre

### **Antecedentes Patológicos de los Hermanos:**

**Datos de los Hermanos: Anotar de mayor a menor**

	1	2	3	4	5	6	7
Edad:							
Sexo:							
Ocupación:							

**Para las siguientes preguntas, utilizar:**

0 = No lo son o se ignora

1 = Los son (anotar número de hermanos con problema)

- Hermanos neuróticos o con alteraciones del carácter o personalidad aparentes
- Hermanos alcohólicos
- Hermanos con problemas psicofisiológicos
- Hermanos psicóticos
- Hermanos Epilépticos
- Hermanos con problemas neurológicos
- Hermanos agresivos habituales
- Hermanos con antecedentes de espasmo del sollozo
- Hermanos con retraso mental
- Hermanos en problema constante con sujeto
- Hermanos con problema de sordera
- Hermanos con problema visual y que usen anteojos
- Hermanos que ya trabajan
- Hermanos que estudian
- Hermanos que abandonaron la escuela y no trabajan
- Hermanos que usan drogas
- Hermanos que tienen conflictos frecuentes con los padres y hermanos
- Hermanos que han tenido problemas con las autoridades
- Hermanos con problemas de lenguaje

**ANEXO C: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE PARTICIPANTES**



## Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Disminución del burnout en una población de cuidadores que proveen equinoterapia a niños con deficiencias físicas y trastornos del desarrollo

**Organización del investigador** COCISOH - UER

**Nombre del investigador principal** Shajaly Fernanda Calles Quevedo

**Datos de localización del investigador principal** Números telefónicos 022441418 / 0987221709,  
**dirección fija y correo electrónica del investigador principal:** Quito Tennis,  
shajaly.calles@gmail.com

**Co-investigadores** NINGUNO

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre Disminución del burnout en una población de cuidadores que proveen equinoterapia a niños con deficiencias físicas y trastornos del desarrollo porque es parte del personal que provee el servicio de equinoterapia.

Para participar debe usted tomarse el tiempo necesario para decidir si lo hará o no, conjuntamente con su familia y amigos. Este formulario incluye un resumen de la información que los investigadores analizarán con usted. Si usted decide participar en el estudio, recibirá una copia de este formulario. Le invitamos a compartir sus inquietudes sobre el estudio y a hacer todas las preguntas necesarias para que cualquier duda quede clara.

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Este estudio se realiza con el fin de mostrar a los trabajadores de la UER como existen factores estresantes que generan bloqueo y agotamiento severo a nivel laboral, y lograr controlar estos factores con un correcto manejo de los mismos para eliminar en la medida de lo posible el cansancio, de esta manera promover la satisfacción y un mejor entorno laboral.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Esto se realizara mediante la aplicación de psico-educacion y terapia grupal, se buscara una disminución de la sintomatología del estrés elevado del personal de policías que trabajan proporcionando equinoterapia en la UER. Para evaluar si realmente existe esta disminución se realizaran tests específicos que miden el nivel de estrés del cuidador y el burnout en cada uno de los participantes.

Participaran en este estudio todo el personal que proporciona el servicio de equinoterapia y cumple la función de terapeuta, al igual que la persona a cargo. En este caso el personal policial y el oficial a cargo, de los cuales se elegirá a los que cumplan con los requisitos necesarios y que voluntariamente accedan a participar.

Este estudio tendrá como tiempo de ejecución alrededor de 5 semanas, en las que se realizaran los procedimientos de charlas, trabajos prácticos y terapias grupales semanalmente en un horario previamente acordado. Tiempo en el cual se fomentara la vinculación eficaz entre el investigador y los participantes para

de esta manera el papel de los participantes sea activo y promueva el hacer preguntas.

### **Riesgos y beneficios**

Existe el riesgo de generar cierta inconformidad en las autoridades superiores directas, como el oficial a cargo, si no se muestran receptivas sobre las inconsistencias percibidas por el personal. Sin embargo este riesgo es mínimo ya que la información sería manejada en un espacio equánime donde la opinión de todos sea validada y se mantendrá solamente en una base de datos de acceso único para el investigador o su director de tesis.

La persona que decide participar puede retirarse sin problemas del estudio si se sintiera inconforme, con previa notificación al investigador.

Además se busca generar beneficios en los participantes, entre los que destaca una sensación de confianza en sí mismos, desde la premisa de que al obtener conocimientos sobre a lo que se enfrentan a diario podrán adquirir y generar nuevas herramientas para el desarrollo de la terapia e interacción con los usuarios del servicio de equinoterapia.

### **Confidencialidad de los datos**

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y su director de tesis (Ms. Ana Maria Viteri Trujillo) tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

### **Derechos y opciones del participante**

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987221709 que pertenece a Shajaly Calles Quevedo, o envíe un correo electrónico a [shajaly.calles@gmail.com](mailto:shajaly.calles@gmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

<b>Consentimiento informado</b>	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

**ANEXO D: PRESENTACIONES EN POWER POINT**



### Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).



Por: Shajay Cates

### ¿Que es el TDAH?

El Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurológico que afecta aproximadamente al 3% de la población en edad escolar.

Se caracteriza por los síntomas de desatención e impulsividad que se presentan con mayor intensidad e frecuencia de lo esperado para su edad e interfieren de manera negativa en el aprendizaje y/o comportamiento.



Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las conductas gobernadas por reglas y con problemas para mantener una forma de trabajo consistentes a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos.



### Funciones Ejecutivas:

El TDAH es un fallo en el sistema ejecutivo del cerebro y un fallo en el sistema de inhibición, el cual afecta a cuatro capacidades ejecutivas:

- Capacidad visual
- Lenguaje interno
- Capacidad emocional
- La Capacidad de Innovación dirigida a un objetivo

### Inadecuado Funcionamiento de FE

- Inadecuada respuesta inhibitoria, dificultades en el control de respuestas, dificultades en la capacidad para vencer recompensas.
- Dificultad para mantener la atención de forma sostenida y gran facilidad para la distracción.
- Falta de capacidad en la generación de motivación intrínseca necesaria para las tareas que no tienen ninguna consecuencia inmediata o abstracción para ellos.



### FUNCIONES EJECUTIVAS Fallos en el TDAH

Funciones en áreas corticales en áreas subcorticales



### Tipos

El TDAH comprende a una vasta gama de síntomas caracterizados por hiperactividad (impulsividad), inatención y déficit para controlar el tiempo. Se está empezando a separar las tres formas de TDAH: hiperactivo, inatento e hiperactivo-inatento.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo con predominio de la hiperactividad-impulsividad.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo con predominio de la inatención-impulsividad.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del tipo combinado. Los niños presentan al menos dos tipos.

### Causas:

Es posible que en el TDAH exista un mal funcionamiento de ciertas zonas-regiones Cerebrales: zona prefrontal del cerebro, una zona del cerebro y los ganglios de la base.



Los estudios neuroquímicos que demuestran que ciertas zonas están relacionadas con el retraso de las respuestas automáticas (impulsivos) y la regulación de su ejecución.

### Áreas cerebrales involucradas y sus funciones



### Factores de riesgo como:

- El consumo de tabaco, alcohol, anorexia y drogas durante el embarazo.
- La exposición a altos niveles de plomo en la temprana infancia.



### Influencias psicosociales:

Los comportamientos de hiperactividad se hallan relacionados con el contexto social y con todas las variables que este lleva implícitas como son:

- nivel socioeconómico
- ambiente socio-familiar
- nivel cultura de la familia
- rasgos de personalidad

### Etapas

- No siguen las consiguas. Abandonan e interrumpen a sus compañeros.
- Los conductas permanecen estables.
- Son generalmente dominantes, en su interacción social.
- Los conductas siguen su curso o mejoran.
- Son agresivos, lo causan rechazo de sus iguales y pueden aislarse.

Resaca infantil (de 9 a 12 años)



### Tratamiento farmacológico

Suelen desaprovechar lo que se está explicando. Juegan la actividad académica del resto de sus compañeros. Presenta extrema variabilidad frente a distintas personas y actividades.

Reacciona mejor en situaciones novedosas. Frente a estímulos distractores o de una relación uno a uno con el adulto.

Se desconcentra, piensa o planea lo que va a hacer.

Suele responder sin haber terminado de escuchar la pregunta, o contestar por escrito sin haber leído el enunciado.

La falta de reflexión hace que no aprendan de sus errores, ni aprendan en los conocimientos de sus actos.

Señalan en tareas escolares incompletas.

Falta de organización, orden y hábitos de estudio.

Presentan inseguridad y baja autoestima.

No reconocen sus errores y culpan a otros de sus problemas.

Edad Escolar (de 9 a 12 años)

### Adolescente

Rebelión, desafío a la autoridad y violación de las reglas.

Conducta irresponsable e irresoluta.

No planifica ni anticipa sus tareas.

Falta independencia y responsabilidad.

Conflictos presentando problemas de atención e impulsividad.



### Intervención:

El TDAH supone la puesta en marcha de diferentes estrategias y técnicas multidisciplinares. Algunas de ellas son específicas para el niño y otras están destinadas a educar y formar a padres y educadores.

El tratamiento se considera que debe ser multimodal, en este están implicados uno o varios profesionales clínicos, maestros-profesores, padres y el propio sujeto que sufre TDAH.

### Tratamiento farmacológico

Su objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno (inatención, sobreactividad motora e impulsividad).

Suele ser un tratamiento de larga duración (años) que, en la mayoría de los casos, si está bien pautado, facilita el correcto desarrollo intelectual y mejora la interacción social y familiar, además de facilitar la intervención de las terapias psicológicas y pedagógicas, de manejo de conducta, etc.

### Tratamiento cognitivo

La meta del trabajo terapéutico en todos los trastornos neurocognitivos acompañados de TDAH es:

1. Ayudar a desarrollar habilidades y estrategias.
2. Reducir los efectos distractores.
3. Establecer un ritmo y un orden.
4. Guiar y autorizar el paso de la información.



El objetivo de desarrollar habilidades de planificación es que el niño pueda planificar su propia vida y actuar de manera responsable en el mundo que le rodea. Algunos de los objetivos son: mejorar la organización, mejorar el tiempo de planificación, mejorar la capacidad de atención, mejorar el tiempo de planificación, mejorar la capacidad de atención de los días.

### Entrenamiento de habilidades

El desarrollo de la coordinación visomotora se ligó a una mejora en la coordinación del área de la boca y lengua.

Ejercicios de respiración, como cantar rítmicamente en armonía con el ritmo de un tambor, contribuyen al mismo propósito.

La relación emocional del niño con su caballo es por lo general, estrecha. Ser educar al caballo muestra al niño un caballo que realmente se establece una comunicación emocional de pertenencia con el caballo.

Interactuar con un animal requiere del ser humano un alto grado de responsabilidad, pero este depende en gran medida de la atención humana, a menudo el caballo es el cuidador del caballo involucrado. Debido a esto, el caballo desarrolla el sentido de responsabilidad hacia los seres que dependen de él.

### Sugerencias a terapeutas:

La atención al alumno con TDAH en el área de trabajo debe estar centrada en el alumno. Hay que establecer puntos, objetos de distracción y evitar de períodos tranquilos.

Crear de buen estado a los temas, como reducir y organizar las actividades en el aula, supervisar sus actividades y tareas y mejorar sus tareas.

La atención en la actividad es recomendable registrar en períodos cortos de atención cuando realiza tareas individuales o en grupo, para aumentar de forma progresiva su duración y reforzando su esfuerzo.

### Apogrese de que se escucha cuando le habla, mirándole a los ojos, con mucha proximidad física.

Siempre mostrará mayor interés en hacer lo que se le pide si obtiene reconocimiento o algún privilegio o cambio de su entorno.

Mantenga entrevistas frecuentes con el tutor para valorar la evaluación del niño y buscar soluciones a los problemas que puedan presentarse.



### Comorbilidad:

Una detección no precoz, un mal tratamiento, pueden aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos.

Trastorno de conducta negativista desafiante, disfunción. Los últimos estudios indican que la hiperactividad es el factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos.



### Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión.

Se manifiestan en un 2.5% de los niños hasta los 8 a 9 años y de un 8% en adolescentes, y pueden recaer en la adultez.

El suicidio es la tercera causa de mortalidad en niños a partir de los 10 años, después de los accidentes de tráfico y el cáncer. Probablemente se debe a que con el desarrollo de inseguridad y baja autoestima secundarios a sus conductas y a la relación con el entorno.



### Trastornos de tipo Trastorno de Tourette:

son movimientos o producciones vocales, truenos, rictus y estereotipos y de carácter involuntario. Estos pueden ser transitorios, apareciendo en algún momento o episodios como es el caso del Tourette el 70% de las personas que presentan el trastorno de Tourette padecen TDAH.



### Abuso de sustancias:

los estudios revelan que un 21% de los niños con TDAH consumen alcohol y drogas.



**ANEXO E: FOTOGRAFIAS**

