

ESTUDIO COMPARATIVO DEL SINDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA MULTIOcupACIONAL ECUATORIANA

COMPARATIVE STUDY OF BURNOUT SYNDROME IN AN ECUADORIAN MULTIOcupATIONAL SAMPLE

Sandra Barral Coral¹
Guido Albán Pérez²
Diego López Barba³

Recibido: 2021-03-05/ **Revisado:** 2021-04-10 / **Aceptado:** 2021-05-10 / **Publicado:** 2021-07-01

Forma sugerida de citar: Barral-Coral, S., Albán-Pérez, G. y López-Barba, D. (2021). Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional ecuatoriana. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 1-12. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.07>

RESUMEN

Desde que se iniciaron los estudios sobre el síndrome de burnout hasta la actualidad se ha visto que cualquier profesión puede padecerlo ya sea en sus tres manifestaciones o iniciar con alguna de ellas, su inclusión como enfermedad relacionada con el trabajo pone de manifiesto la necesidad de su abordaje de forma integral, toda vez que tiene nexos con múltiples patologías mentales y biológicas subsecuentes. El objetivo de esta investigación fue comparar su forma de presentación en diferentes ocupaciones para diseñar un conjunto de intervenciones personalizadas que se aplicaron durante un año y medir el impacto inicial de estas, por lo que tuvo un diseño longitudinal de dos años con alcance descriptivo. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) y se encontró una prevalencia de entre 3,99 y 48,12. En las comparaciones realizadas se evidenció significancia estadística entre las diferentes manifestaciones y las cohortes estudiadas. Las acciones de promoción de la salud alcanzaron a un 82,48% de personas, de quienes acudieron a tratamiento psicológico, el 52,91% recibió el alta y el 93,38% de los diagnósticos médicos que se otorgaron a los que necesitaron este tipo de atención, confirman lo encontrado en la literatura. Sobre el impacto del programa aplicado, se observó disminución significativa del síndrome, sobre todo en las manifestaciones realización profesional y despersonalización. Se requiere complementar este estudio con otras variables de tipo ambiental y sociodemográfico, pero se sugiere la

¹ Magíster en Seguridad y Prevención de Riesgos del Trabajo. Profesora en la Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Email: barralcoral@hotmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4675-9691>

² Ph.D. en Psicología. Universidad de Guadalajara. México. Email: guidoalban62@hotmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4893-0023>

³ Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor en la Universidad UTE. Ecuador. Email: flb17@hotmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5186-9844>

permanencia de las intervenciones sobre factores relacionados con el burnout y el trabajo personalizado en sus manifestaciones.

Palabras claves: burnout, promoción, prevención, tratamiento.

ABSTRACT

Since the studies on burnout syndrome began until today, it has been seen that any profession can suffer it either in its three manifestations or start with any of them, its inclusion as a work-related disease highlights the need for its integral approach, every time it has links with multiple subsequent mental and biological pathologies. The objective of this research was to compare its presentation in different occupations to design a set of personalized interventions that were applied during one year and to measure the initial impact of these, for which it had a longitudinal design of two years with a descriptive scope. The Maslach Burnout Inventory (MBI) instrument was used and a prevalence of between 3.99 and 48.12 was found. In the comparisons made, statistical significance was evidenced between the different manifestations and the studied cohorts. Health promotion actions reached 82.48% of people, of those who attended psychological treatment, 52.91% received discharge and 93.38% of medical diagnoses were given to those who needed this type of care, confirm what was found in the literature. Regarding the impact of the applied program, a significant decrease in the syndrome was observed, especially in the manifestations of professional achievement and depersonalization. It is necessary to complement this study with other environmental and socio-demographic variables, but the permanence of interventions on factors related to burnout and personalized work in its manifestations is suggested.

Key words: burnout, promotion, prevention, treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un fenómeno psicológico generado ante una relación conflictiva entre el trabajador y la organización o con los usuarios, los “síntomas cognitivos: frustración y decepción profesional; emocionales: desgaste emocional y culpa; así como los actitudinales: indolencia e indiferencia frente a la organización o los clientes” (Fidalgo Vega, s.f.), han sido catalogados como una consecuencia del estrés laboral crónico y acumulativo (Martínez, 2010), el cual se considera una de las fases iniciales del cuadro (Hillhouse, Adler y Waltwers, 2000).

Este trastorno no es privativo de una profesión en particular, actualmente se puede hablar de Síndrome de Burnout en personal administrativo, de ventas, estudiantes, entre otras; y sus manifestaciones pueden presentarse de forma completa -como originalmente se propuso- o iniciar con una sola de ellas (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

La inclusión de esta patología en el Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE 11, 2018) como afección relacionada con el trabajo, no ha hecho más que reconocer el espacio que merece un padecimiento que ha sido muy estudiado pero poco atendido y entendido por las autoridades laborales, más aún en el contexto nacional, donde se ha normado un programa que dice “reducir efectos del estrés” (Ministerio del Trabajo, 2017) pero que no menciona ni se enfoca hacia sus consecuencias; en tanto que la literatura es amplia al relacionar el Burnout con

enfermedades como hipertensión, isquemia, arteriosclerosis, vasculopatía hipertensiva, diabetes, depresión y ansiedad, entre otras (Ranchal y Vaquero, 2008).

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de comparar las manifestaciones y niveles de riesgo del Síndrome de Burnout y constatar la influencia que tienen las diferentes intervenciones en salud sobre esta enfermedad, para lo cual se utilizó un diseño longitudinal de dos años, con alcance descriptivo. El uso del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) permitió establecer un punto de referencia inicial y final mediante un retest posterior al programa de actividades de prevención implementado, el cual duró un año.

Se establecieron comparaciones de las manifestaciones y niveles de riesgo del síndrome por sexo, grupos que compartían actividades o características similares en sus campos de trabajo, ubicación geográfica, tamaño poblacional de los centros de trabajo estudiados y resultados finales e iniciales del test aplicado después de las intervenciones.

La prevalencia del síndrome detectada con todas las subescalas en riesgo alto fue de 3,99%, mientras que con una sola subescala en alto riesgo fue del 48,12% (punto de corte para la derivación a tratamiento). La manifestación más puntuada para un nivel de riesgo alto fue la realización profesional (RP) en ambos sexos, la cual presentó asociación significativa en la mayoría de los campos de trabajo; seguida por la despersonalización ó cinismo (DP) y finalmente el agotamiento emocional (AE). En las diferentes comparaciones realizadas se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome y todos los grupos estudiados.

Las actividades de promoción de la salud implementadas captaron entre el 76,39% del personal en promedio, un 37,98% recibió tratamiento psicológico, de los cuales el 52,91% tuvo el alta y el 24,23% presentó una mejoría parcial con abandono del tratamiento. El 58,71% de casos atendidos en el servicio de psicología, fue derivado a tratamiento médico y se encontró que el 93,38% de los diagnósticos otorgados coincide con la literatura disponible al respecto; adicionalmente los pacientes del servicio médico recibieron interconsulta con los servicios de fisioterapia, gastroenterología, psiquiatría y cardiología según el caso, lo cual también confirma las enfermedades subsecuentes relacionadas con el Burnout.

Referente al impacto inicial del programa de prevención, se tuvo que incidió en la disminución del Burnout de forma significativa, siendo la subescala RP la que presentó mayor cambio, seguida por DP. Estos resultados evidencian la importancia de que el análisis de los datos que arroje el instrumento se realice por combinaciones de manifestaciones a fin de que las intervenciones grupales e individuales sean personalizadas según la necesidad, se aborden los factores psicosociales involucrados de forma conjunta y que los programas se mantengan de forma permanente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se definió para la presente investigación un diseño longitudinal de cohortes (tipos de trabajo) y un alcance descriptivo. Para el primer año de estudio se seleccionaron las siguientes cohortes: administración con baja exposición emocional debido a poco o nulo contacto con el usuario, educación, artes, salud y ventas. Se realizó un muestreo de criterio geográfico con dos centros de trabajo en representación de cada sector de la ciudad, en los casos en los que fue posible, así se consiguió: 3 Unidades médicas, 3 Instituciones educativas, 6 Oficinas administrativas con baja exposición al usuario, 2 Centros de educación popular, 1 Centro de ventas, 1 Compañía de músicos.

En el segundo año, se incluyeron otras actividades: fuerzas del orden (3), administrativos con alto nivel de responsabilidad ya que son mandos altos y medios (3), personal con alta exposición a usuarios (5) y un equipo de psicólogos educativos. En los casos de fuerzas del orden y alta exposición a usuarios, se tomó como muestra una sucursal y un turno de trabajo. En el sector de educación, se añadió al criterio de muestreo el tamaño poblacional del centro y se aplicó el instrumento cinco representantes de cada uno en los casos que fue posible, en la distribución geográfica se sumaron a los valles aledaños con un total de 15 colegios añadidos, a quienes se debía aplicar retest al año siguiente; sin embargo, no se realizó debido a la pandemia de COVID-19.

En todos los centros de trabajo se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P., 1996), el cual contiene tres subescalas de manifestaciones: Agotamiento emocional (AE), despersonalización o cinismo (DP) y eficacia o realización profesional (RP). La aplicación se realizó a universos poblacionales ya sea de centros de trabajo, sucursales o turnos (n:2130) con el fin de levantar una línea base previo al programa de promoción de la salud y prevención que se ejecutaría. Los seis rangos de puntaje fueron simplificados a tres: bajo, medio y alto, los cuales incluyen a todos los originales.

En los grupos con 2 años de estudio, se efectuó un retest posterior a las intervenciones, en el cual se tuvo un 19,86% de casos perdidos por motivos tales como: renuncia, hallazgo de criterios de exclusión al momento del retest, reestructuración del centro de trabajo con reducción de personal, jubilación y muerte (n:756). La muestra inicial estuvo compuesta por 54,84% de mujeres y 45,16% de hombres, al momento del retest se observó una distribución similar con: 55,29% de mujeres y 44,71% de hombres.

Los criterios de inclusión fueron: personal con más de 6 meses de trabajo, de las tres modalidades de trabajo existentes (contrato ocasional, nombramiento provisional y definitivo), que brindaran su consentimiento tanto para la evaluación, como para las intervenciones. Mientras que los criterios de exclusión fueron: test incompletos, personal en proceso de desvinculación, con conflicto laboral menor a un mes, duelo menor a 2 meses o cursando tratamiento psicológico al momento de la evaluación, trabajo operativo o atención de una emergencia en el momento de la aplicación del test.

Las personas halladas en todos los niveles de riesgo tuvieron las siguientes intervenciones:

- Talleres de promoción de la salud mental:
- Habilidades de afrontamiento (Matteson e Ivancevich, 1987)
- Incremento de la competencia (Manassero et al., 2003)
- Generación de apoyo social (Ramos, 1999)
- Estrategias organizacionales (Hätinen et al, 2004)
- Pausas activas fundamentadas en la psicología positiva (Potter, 1998)

Para las intervenciones de prevención secundaria, se estableció como punto de corte una subescala con nivel de riesgo alto, estas personas fueron derivadas a consulta psicológica voluntaria (Gil monte y Peiró, 1997). En los casos en los que se halló sintomatología somática o comorbilidad, se realizó derivación al servicio de medicina para su vigilancia. La atención incluyó exámenes, interconsulta de especialidad -en los casos en los que se requirieron- y consulta subsecuente de seguimiento.

Se estableció un esquema de psicoterapia breve con 10 sesiones más una de seguimiento después de 30 días de otorgada el alta, toda vez que varios estudios señalan una prevalencia de abandono del tratamiento entre 25 y 81,5% después de 10 sesiones (Castillo, Perez-Testor y Aubareda, 1996), otros hablan de 20 a 57% para deserción después de la primera cita y, después de la cuarta cita entre 31 a 56% (Walitzer, citado en Barriga, 2012), adicionalmente se planificaron grupos de apoyo para coadyuvar a la terapia.

Se definieron los siguientes criterios de comparación:

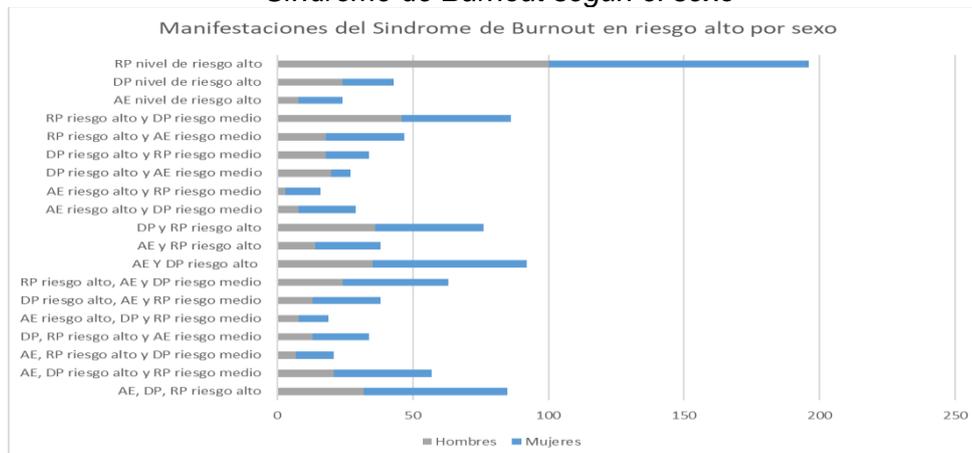
- Entre sexos, niveles de riesgo y manifestaciones del síndrome de burnout.
- Entre muestras de similares características y actividades.
- Entre actividades similares, pero con características distintas y viceversa.
- Entre actividades similares por distribución geográfica y tamaño poblacional.
- Entre los mismos centros de trabajo ante el retest.

El instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,73 para toda la escala (AE $\alpha=0,88$; DP $\alpha=0,56$; RP $\alpha=0,78$). Si se toma en cuenta que el límite inferior aceptable es de 0,70 (Oviedo y Campo-Arias, 2005), los valores de la subescala DP deberían “tomarse con precaución” (Aranda y Pando, 2016). Para el análisis de los datos se determinó como significativo $p=0,05$, se utilizó el programa estadístico SPSS v22 y se aplicaron las pruebas: Anova en cada campo de trabajo, para la comparación se usó Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, para el retest se empleó la prueba de Wilcoxon con cada subescala y la prueba de Friedman para la escala completa.

RESULTADOS

El Síndrome de Burnout se presentó con una distribución similar a la de la muestra para la línea base y retest. (56,30% de mujeres y 43,70% de hombres). Su prevalencia en este estudio fue de 3,99% para los casos con nivel de riesgo alto en las tres subescalas, para el punto de corte establecido en base a lo señalado por los autores del instrumento (Maslach y Jackson, 1996) como presencia del Síndrome, es decir al menos una subescala en nivel de riesgo alto, la prevalencia con esta condición fue de 48,12%, la cual incluyó las diferentes combinaciones con subescalas en ese nivel de riesgo.

Gráfico N° 1
Síndrome de Burnout según el sexo



Fuente: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional
Elaborado por: elaboración propia

De forma general, AE en nivel de riesgo alto y en cualquier combinación, afectó mayormente a las mujeres, mientras que en las combinaciones de manifestaciones que aquejaron más a los hombres, estuvieron presentes DP y/o RP en nivel de riesgo alto. La manifestación que destacó por sus niveles de alto riesgo en ambos sexos fue RP.

Tabla Nº 1
Prueba de significancia estadística de las manifestaciones del Síndrome de Burnout según el tipo de trabajo

Personal	ANOVA		
	AE	DP	RP
Administrativos Técnicos	F (8,940)=3,97 p= 0,00	F (8,940)=3,89 p= 0,00	F (8,940)=7,95 p= 0,00
Administrativos Baja exposición emocional	F (9,1002)=3,78 p= 0,00	F (9,1002)=3,84 p= 0,00	F (9,1002)=7,12 p= 0,00
Administrativos Alta exposición emocional	F (2,46)=0,49 p= 0,62	F (2,46)=2,68 p= 0,08	F (2,46)=1,54 p= 0,23
Administrativos Alta responsabilidad	F (2,113)=3,53 p= 0,03	F (2,113)=8,43 p= 0,00	F (2,113)=3,83 p= 0,03
Docentes de educación formal	F (17,503)=5,84 p= 0,00	F (17,503)=4,24 p= 0,00	F (17,503)=2,56 p= 0,00
Docentes de educación informal	F (1,69)=0,00 p= 0,95	F (1,69)=0,60 p= 0,04	F (1,69)=3,51 p= 0,07
Fuerzas del orden	F (2,92)=2,43 p= 0,09	F (2,92)=4,51 p= 0,01	F (2,92)=0,75 p= 0,48
Personal de salud	F (2,102)=3,43 p= 0,04	F (2,102)=1,67 p= 0,19	F (2,102)=3,00 p= 0,05
Trabajo de campo alta exposición emocional	F (4,156)=5,53 p= 0,00	F (4,156)=5,13 p= 0,00	F (4,156)=7,24 p= 0,00

Fuente: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional

Elaborado por: elaboración propia

En el análisis por muestras se encontró asociación estadísticamente significativa entre todas las manifestaciones del Síndrome de Burnout y los subconjuntos administrativos: técnicos, de baja exposición emocional, alta responsabilidad, Docentes de educación formal y los subgrupos de trabajo de campo con alta exposición emocional. Respecto de la manifestación AE y RP, no la presentaron en las subpoblaciones de fuerzas del orden y educación informal; en tanto que DP tampoco estuvo en el subgrupo del personal de salud. El personal administrativo con alta exposición emocional no reveló asociación con ninguna manifestación.

En la comparación de centros de trabajo, los datos mostraron que existieron diferencias estadísticamente significativas para las 3 manifestaciones en casi todo el

personal administrativo, educadores formales y los trabajadores en campo con alta exposición emocional; los educadores informales, fuerzas del orden y personal de salud la evidenciaron solo con una de ellas (RP, DP, AE respectivamente). Entre educadores formales e informales, se encontró que ambos grupos presentaron diferencias significativas en las tres subescalas. Los Docentes y Psicólogos del mismo centro educativo no tuvieron diferencias. Mientras que en el personal con alta exposición emocional -Administrativo y de campo- se observó diferencias para DP y RP.

Dentro de los parámetros de ubicación geográfica y tamaño poblacional se compararon a los centros educativos formales, se obtuvieron diferencias significativas para colegios medianos y grandes con AE y DP; entre los pequeños y los grandes la diferencia radicó en AE; y respecto de los colegios pequeños y medianos, se encontró en DP. Sobre la ubicación geográfica se observó que los colegios del centro con los del norte tuvieron diferencias significativas para AE, estos últimos con los ubicados al sur las manifestaron en AE y RP, estos a su vez con los del centro en RP y con los de los valles en DP.

Se realizaron 12 actividades de promoción de la salud mental en el año posterior a la medición inicial, en cada centro de trabajo, la captación fue del 82,48%, se tuvo un absentismo promedio de 2,10 actividades perdidas, las cuales correspondieron en su mayoría a personal de alta responsabilidad por reuniones de trabajo y fuerzas del orden por atención de emergencias. Se realizaron 52 pausas activas en cada departamento, las cuales tuvieron una asistencia de 70,29%, con un promedio de 15,45 de pausas perdidas, entre los motivos de absentismo se añadieron: falta a la jornada laboral y comisión de actividades fuera de las instalaciones, entre las más importantes.

De los 1025 casos para derivación se tuvo que solo el 73,30% aceptó la consulta psicológica, de estos el 48,83% tuvo el alta pero no acudió a la cita de seguimiento, adicionalmente un 4,08% acudió también a la cita de seguimiento; el 24,23% tuvo un tratamiento inconcluso de 5 o más citas, el 9,64% tratamiento inconcluso menor a 5 citas y existió un 13,23% de abandonos en el psicodiagnóstico. Las derivaciones rechazadas pertenecieron en su mayoría a las personas con una sola manifestación en riesgo alto, quienes desestimaron la necesidad de intervención psicológica.

Los grupos de apoyo organizados no tuvieron mayor acogida, el rechazo fue de 65,02% -a decir de los trabajadores invitados- estos implicaban una mayor inversión de tiempo que generaría acumulación de trabajo que difícilmente se podría cumplir en el tiempo asignado, o dificultades con autoridades y/o compañeros de trabajo por la frecuente interrupción de la jornada laboral; sin embargo, el 2,60% de los asistentes culminaron y el 32,39% acudió a un promedio de 2 sesiones.

Sobre la atención médica se tuvo que el 58,71% de los casos que acudieron a consulta psicológica fue derivado por presentar sintomatología somática y/o comorbilidad; sin embargo, de estos sólo el 89,05% asistió a la consulta, el resto ya se encontraba en tratamiento particular para sus enfermedades. Se realizaron interconsultas de especialidad en el 37,83% de los casos: el 81,25% para Fisioterapia, 11,25% para Gastroenterología, 4,38% para Psiquiatría y 3,13% para Cardiología.

Los diagnósticos recibidos por los pacientes atendidos fueron los siguientes:

Tabla Nº 2*Diagnósticos médicos recibidos por los pacientes derivados del servicio de Psicología*

Diagnósticos Médicos	Código CIE 11	Porcentaje
Dolor musculoesquelético secundario crónico	MG30.3	6,62
Contractura muscular	FB32.4	24,11
Síndrome de intestino irritable	DD91.0	4,26
Gastritis	DA42	10,64
Trastorno depresivo episodio único grave sin síntomas psicóticos	6A70.3	0,71
Dependencia del alcohol, consumo actual continuo	6C40.20	0,71
T. Ideas delirantes	6A24.0	0,24
Diabetes tipo 2	5A11	12,06
Obesidad	5B81.01	2,60
Hipertrigliceridemia	5C80.1	8,51
Cefalea tensional episódica frecuente	8A81.1	15,13
Migraña sin aura	8A80.0	1,18
Hipertensión arterial	BA04	6,38
Enfermedad cardíaca hipertensiva	BA01	0,47
Miocardopatía isquémica	BA51	0,24
Arterioesclerosis coronaria	BA80	0,47
Otros		5,67

Fuente: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional
Elaborado por: elaboración propia

En la muestra estudiada, el 30,73% de los diagnósticos perteneció al sistema osteomuscular (dolor musculoesquelético y contractura muscular), seguido del 23,17% concernientes al sistema endocrino-metabólico (diabetes, hipertrigliceridemia y obesidad), 16,31% correspondió al sistema nervioso (cefalea y migraña), 14,89% al sistema digestivo (gastritis y síndrome de intestino irritable), 7,57% al sistema cardiovascular (hipertensión, cardiopatías hipertensiva e isquémica y arterioesclerosis coronaria) y el 1,65% a desórdenes mentales que requirieron atención psiquiátrica (depresión mayor, dependencia del alcohol e ideas delirantes).

En el retest se pudo observar de forma global una significancia asintótica de 0,00 para un χ^2 de 492,23 con 5 grados de libertad, en la medición por subescalas se obtuvieron los siguientes datos: AE ($Z = -8,82$; $p = 0,00$), DP ($Z = -9,50$; $p = 0,00$) y RP ($Z = -14,92$; $p = 0,00$) siendo RP en la que mayor diferencia se encontró, seguida por DP; por tanto, existió un descenso significativo en las manifestaciones del Síndrome de Burnout posterior a las intervenciones realizadas. Adicionalmente se realizó la comparación entre campos de trabajo encontrándose lo siguiente:

Tabla Nº 3
Prueba de contraste de hipótesis según el tipo de personal

Personal		WILCOXON		
		AE antes - AE después	DP antes - DP después	RP antes - RP después
Administrativos Técnicos	Z	-1,69	-1,56	-10,01
	Sig. asintótica (bilateral)	0,09	0,12	0,00
Docentes de educación formal	Z	-2,50	-4,02	-4,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,01	0,00	0,00
Docentes de educación Informal	Z	-2,50	-4,02	-4,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,01	0,00	0,00
Músicos	Z	-1,54	-3,91	-4,53
	Sig. asintótica (bilateral)	0,12	0,00	0,00
Personal de salud	Z	-7,00	-6,84	-5,72
	Sig. asintótica (bilateral)	0,00	0,00	0,00
Personal de ventas	Z	-3,38	-4,31	-4,16
	Sig. asintótica (bilateral)	0,00	0,00	0,00

Fuente: Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional
Elaborado por: elaboración propia

En el análisis por tipo de personal se evidenció que en su mayoría los resultados del retest tuvieron significancia estadística, el grupo de trabajo con mayor impacto positivo en la realización profesional fue “Administrativos Técnicos”, mientras que, para la despersonalización y el agotamiento emocional, el personal de salud; los casos cuya reducción no tuvo significación fueron: “Administrativos Técnicos” en AE, DP y los Músicos para AE.

DISCUSIÓN

Este estudio mostró que la manifestación que más se presentó fue la realización profesional en nivel de alto riesgo, siendo que este concepto está mediado por variables individuales del personal, así como por condiciones de trabajo psicosociales relacionadas con las características de liderazgo, reconocimiento, oportunidades de desarrollo, entre otras, resulta necesario ampliar las intervenciones a fin de poder mejorar estas condiciones de trabajo y que de esta forma el impacto sea mayor en beneficio de la salud de los trabajadores.

La ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre grupos de las mismas actividades y características puede significar que no son los centros de trabajo los que la marcan sino más bien las características de su campo de trabajo, en cambio que su presencia invita a investigar las características de liderazgo, recursos laborales, mecanismos de control y apoyo social del que disponen a fin de verificar el modelo teórico al que más se apegan este tipo de poblaciones.

En el análisis por tamaños de centros educativos no existieron diferencias en RP, lo que puede deberse a que el desgaste obedece a otras variables no estudiadas como la carga de trabajo (número de estudiantes asignados por docente), actividades extracurriculares (programas complementarios que deben implementar por exigencia de las autoridades rectoras), los estilos de liderazgo y el maltrato recibido por parte de algunos padres de estudiantes, situaciones que han sido manifestadas por los sujetos que acudieron a tratamiento.

A pesar de que existió asociación significativa entre la ubicación geográfica de las instituciones educativas con el síndrome de burnout, se considera necesario añadir otros criterios de investigación tales como: distancia desde el centro de trabajo al hogar, del centro de trabajo hacia los órganos rectores e instancias de capacitación, medios de transporte usados para el traslado, condiciones ambientales como el estado de la infraestructura de los centros y niveles de delincuencia en los alrededores, entre otros que podrían estar incidiendo.

Las fuerzas del orden, reciben formación y refuerzo frecuente sobre el manejo de crisis y emergencias, lo cual incluye el control de sus propias emociones en estas circunstancias, factores que pueden estar contribuyendo a que este tipo de personal se mantenga en niveles bajos de afectación; sin embargo, sería importante complementar el presente estudio con las formas de catarsis utilizadas por este grupo poblacional y comparar si se mantienen los mismos valores hacia el final de sus carreras.

El 52,90% de los casos concluyeron el tratamiento psicológico con o sin cita de seguimiento, lo cual confirma lo encontrado por Castillo, Pérez-Testor y Aubareda (1996) respecto de la cantidad de sesiones en las que se mantiene adherencia al tratamiento. Sobre la deserción en psicoterapia se encontraron porcentajes menores a los señalados por Walitzer, citado por Barriga (2012), lo cual hace pensar que hubo mayor conciencia de la enfermedad, mejor establecimiento de la relación terapéutica, rapport y mejor uso de técnicas, lo cual podría ser confirmado a través de la aplicación de una encuesta de evaluación de satisfacción de los usuarios.

Resulta muy arriesgado aseverar la mejoría por cantidad de sesiones, más aún desconociendo las causas del abandono terapéutico, en el presente estudio esta se asumió en función de los registros de evolución de los pacientes con abandono superior a 4 citas (24,23%). Existen diversidad de causas para la deserción en psicoterapia que obedecen a factores ambientales, del paciente y de la relación terapéutica, por lo que resulta necesario complementar esta investigación con dichos parámetros, a fin de poder tener resultados más concluyentes.

El 93,38% de los diagnósticos médicos recibidos, coincide con los estudios que ya han comprobado la relación entre estos con el estrés crónico y con el síndrome objeto de esta investigación ya sea como causa o agravante de condiciones preexistentes (Travers Ch, Cooper CL., 1997) tales como: hipertensión (Nogareda, 1994), isquemia (Ramachandrani S. et al., 2006); cefalea (Cathcart et al., 2010), migraña (Hedborg et al; 2011), problemas musculoesqueléticos (Herin et al., 2011), (Mehrdad et al., 2010), síndrome de intestino irritable (Rivas, Landaeta, Gil y Ramírez, 2009), alteraciones de glucemia y lipemia (Kyriacou, 2003), enfermedad cardiovascular (Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnell, P.L. y Barker, D., 2004), depresión y ansiedad (Shirom, 2003).

El análisis desagregado por combinaciones de manifestaciones permite la planificación e implementación de actividades más específicas en los subgrupos de trabajo estudiados, toda vez que se puede enfatizar en las características

presentadas, resultando de esta manera más oportunas, lo cual fue tomado en cuenta para el programa aplicado antes del retest. Se obtuvo la disminución del síndrome de burnout en la mayoría del personal sujeto de evaluación posterior, esto muestra el efecto inicial que tuvieron las acciones de promoción de la salud mental y el tratamiento propuesto para la problemática.

Respecto de los otros sectores comparados, es necesario conocer qué condiciones de trabajo comparten, incrementar y homogenizar la muestra en cantidad, características, centros y tiempo de trabajo en ellos y otras variables sociodemográficas intervinientes a fin de ampliar el entendimiento de lo encontrado, poder extrapolar los resultados a la realidad nacional y proponer medidas conjuntas para su prevención con los departamentos de talento humano, normadas desde su órgano rector.

Los riesgos psicosociales, así como las enfermedades relacionadas con el trabajo, deben ser abordadas conjuntamente desde la perspectiva de la psicología industrial como de la clínica, a fin de asegurar a los trabajadores una atención personalizada y maximizar la calidad del servicio prestado. La intervención del síndrome de burnout sostenida en el tiempo (Hätinen, M. et al. 2004), tanto para su prevención como para su tratamiento, genera un impacto positivo en la salud de los trabajadores y en la entidad laboral por lo que se recomienda la implementación de programas preventivos de forma permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México.
- Barriga P. (2012). Abandono del tratamiento Psicoterapéutico en el área de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico "San Lázaro". (Tesis de grado). Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas.
- Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnell, P.L., y Barker, D. (2004). Is Job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand Journ Work Environ Health* (30) 2, 85-128. /
- Castillo, J., Pérez Testor, S., y Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. *Revista Clínica y Salud. Investigación empírica en Psicología*. 1996. Año 7. Vol. 7. Nº 3.
- Cathcart, S., Petkov, J., Winefield, A. H., Lushington, K., y Rolan, P. (2010). Central mechanisms of stress-induced headache. *Cephalalgia*. 2010, 30, 285. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01917.x.
- Fidalgo Vega, M. (Sin Fecha). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis. (p. 107).
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., y Aro, A. (2004). Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, nº3, 220-237.
- Hedborg, K., Anderberg, U. M., y Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Ups J Med Sci*. 2011, 116, 187-99. doi: 10.3109/03009734.2011.573883.
- Herin, F., et al. (2006). Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort-reward imbalance! The ORSOSA study, *Pain*, 2011, 152, 2006-15. doi: 10.1016/j.pain.2011.04.018.

- Hillhouse, J., Adler, C., y Waltwers, D. A. (2000). Simple model of stress, burnout, and symptomatology in medical residents: A longitudinal study. *Psychol Health Med.* 2000, 5(1),63-73.
- Kyriacou, Ch. (2003). *Antiestrés para profesores*. Barcelona: Ediciones Octaedro
- Manassero, M., et al. (2003). Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2005, Volumen 21, n.º 1, 2, 89-105.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, Septiembre 2010, Año XIII, nº 112, 42-80.
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Matteson, M. T., e Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Mehrdad, R., Dennerlein, J., Haghghat, M., y Aminian, O. (2010). Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. *Am J Ind Med.* 2010, 53. 1032-9. doi: 10.1002/ajim.20869.
- Ministerio del Trabajo de Ecuador. (2017). *Guía para la implementación del programa de prevención de riesgos psicosociales*.
- Nogareda, S. (1994). NTP 355: Fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificador Internacional de enfermedades 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud*. Recuperado de <https://icd.who.int/es>
- Oviedo H., y Campo-Arias A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 34, No. 4, Bogotá Sep./Dec. 2005.
- Potter, B. A. (1998). *Overcoming Job Burnout: How To Renew Enthusiasm For Work*. Ronin Publishing, Inc., Berkeley, California. (pp. 189-197).
- Ramachandrani, S., et al. (2006). Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise or andenosine induced ischemia. *Journ Am Coll Cardiol* 2006, 47 (5), 987-91.
- Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- Ranchal. A., y Vaquero, M. (2008). Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. *Med Segur Trab* 2008, Vol LIV Nº 210, 47-55.
- Rivas, A., Landaeta, Y., Gil, C., y Ramírez, Z. (2009). Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Maracay edo Aragua. *Venezuela* 2008. *Gen*, 63(3), 177-181.
- Shirom, A., y Ezrachi, J. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety. *Anxiety Stress. Copin.* 2003,16(1),83-99. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1061580021000057059>
- Travers, Ch., y Cooper, C. L. (1997). *El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente*, Barcelona: Editorial Paidós.