



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
SEGUNDA PROMOCIÓN**

TITULO DE LA INVESTIGACION:

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
EL PERSONAL PARAMÉDICO DE LAS INSTITUCIONES DE
SOCORRO DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE 2 MESES”**

AUTOR

SERGIO CARRASCO ZURITA

CUENCA - ECUADOR

2011

INDICE

RESUMEN.....	9
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCION:.....	10
Antecedentes:	10
OBJETIVOS	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos.....	12
HIPOTESIS	13
CAPITULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
SINDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL.....	14
Historia y definiciones	16
Base Teórica.....	18
Tipos de Burnout	18
Factores que influyen en la aparición del Burnout:.....	18
Fisiopatología del Burnout:.....	22
Fases del Burnout.....	23
1. Etapa de idealismo y entusiasmo.....	23
2. Etapa de estancamiento.....	23
3. Etapa de apatía.....	23

4. Etapa de distanciamiento.....	24
Consecuencias del Síndrome de Burnout	25
1. Síntomas físicos:.....	25
2. Alteraciones conductuales:	25
3. Alteraciones emocionales:	25
FUNCIONALIDAD FAMILIAR:	26
APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR.....	27
CAPITULO III.....	29
MARCO METODOLOGICO METODO	29
Tipo de estudio:.....	29
Diseño de la investigación.....	29
Muestra:	31
Instrumentos de recolección de datos	32
Técnica de recolección de datos	32
Plan de análisis de datos:	32
CAPITULO IV	34
RESULTADOS	34
Análisis Descriptivo	34
Información socio – demográfica	34
Análisis del Test de Maslach	36
Agotamiento emocional	36
Análisis del APGAR Familiar	37
Análisis Bivarial e Inferencial.....	38

Factores laborales y Funcionalidad Familiar	38
Factores familiares y Funcionalidad Familiar	39
Factores laborales y Burnout	40
Burnout y Funcionalidad Familiar	41
Agotamiento emocional y funcionalidad familiar	41
Despersonalización y funcionalidad familiar.....	41
Realización personal y funcionalidad familiar.....	42
CAPITULO V	43
Discusión	43
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS 1.....	50
HOJA DE ENCUESTA	50
ANEXO 2.....	53
ESCALAS DE MASLACH (Burnout).....	53
ANEXO 3.....	56
APGAR FAMILIAR	56
APGAR FAMILIAR:.....	57
ANEXO 4.....	58
TABLAS DE DATOS	58
ANEXO 5.....	75
ILUSTRACIONES	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de paramédicos según grupos de edad.....	59
Tabla 2: Análisis del tiempo de empleo.....	59
Tabla 3: Análisis de cargas horarias del personal paramédico.....	60
Tabla 4: Número de personal paramédico según variables del Burnout	60
Tabla 5: Análisis de los valores obtenidos para agotamiento emocional.....	61
Tabla 6: Análisis de los valores obtenidos para despersonalización	61
Tabla 7: Análisis de los valores obtenidos para realización personal.....	62
Tabla 8: Funcionalidad familiar en el personal paramédico.....	62
Tabla 9: Análisis de la funcionalidad familiar en el personal paramédico	63
Tabla 10: Análisis de horas de trabajo para funcionalidad familiar	63
Tabla 11: Análisis de la edad para funcionalidad familiar	64
Tabla 12: Análisis del tiempo de empleo para funcionalidad familiar	64
Tabla 13: Análisis de múltiples trabajos para funcionalidad familiar	65
Tabla 14: Valores de chi cuadrado de factores familiares para funcionalidad familiar	65
Tabla 15: Relación entre sexo para funcionalidad familiar	66
Tabla 16: Relación entre estado civil para funcionalidad familiar	66
Tabla 17: Análisis de la relación entre cargas familiares para funcionalidad familiar	66
Tabla 18: Valores de chi cuadrado de horas de trabajo para Burnout.....	67
Tabla 19: Análisis de resultados de horas de trabajo para Burnout	67

Tabla 20: Valores de chi cuadrado de múltiples empleos para Burnout.....	68
Tabla 21: Análisis de resultados de múltiples trabajos para Burnout	68
Tabla 22: Valores de chi cuadrado de tiempo de empleo para Burnout	69
Tabla 23: Análisis de resultados de tiempo de empleo para Burnout.....	69
Tabla 24: Valores de chi cuadrado de edad para Burnout	70
Tabla 25: Análisis de resultados de edad para Burnout	70
Tabla 26: Valores de chi cuadrado de sexo para Burnout.....	71
Tabla 27: Relación entre sexo para Burnout.....	71
Tabla 28: Valores de chi cuadrado de estado civil para Burnout.....	71
Tabla 29: Relación entre estado civil para Burnout.....	72
Tabla 30: Valores de chi cuadrado de cargas familiares para Burnout.....	72
Tabla 31: Análisis de resultados de cargas familiares para Burnout	73
Tabla 32: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Agotamiento Emocional.....	73
Tabla 33: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Despersonalización	74
Tabla 34: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Realización Personal	74

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Relación entre hombres y mujeres que trabajan el sistema de ambulancias en la ciudad de Quito	76
Ilustración 2: Distribución del personal paramédico según grupos de edad	76
Ilustración 3: Estado civil del personal paramédico.....	77
Ilustración 4: Número de empleos del personal paramédico.....	77
Ilustración 5: Porcentaje del personal paramédico según nivel de agotamiento emocional	78
Ilustración 6 Porcentaje del personal paramédico según nivel de despersonalización	78
Ilustración 7: Porcentaje del personal paramédico según nivel de realización personal.....	79
Ilustración 8: Relación de la funcionalidad familiar en el personal paramédico	79
Ilustración 9: Relación porcentual de la funcionalidad familiar en el personal paramédico.....	80
Ilustración 10: Relación entre estado civil para funcionalidad familiar	80
Ilustración 11: Relación del Burnout en relación a hombre y mujer	81
Ilustración 12: Relación del Burnout en relación a estado civil.....	81

RESUMEN

El síndrome de Burnout se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas. El Síndrome de Burnout va en aumento debido a las exigencias que se presentan en todas las profesiones y sobre todo en las que se encuentran inmiscuidas en la salud de las personas, es decir, surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo, de la misma forma se correlaciona con la funcionalidad familiar. La Medicina Familiar constituye un eje fundamental en el abordaje de los problemas de las personas ya que, al ver al individuo como un todo y que esta se relaciona con otros miembros de su familia y su sociedad, podemos llegar a un diagnóstico y tratamiento sistémico, es decir, nos permitirá realizar un seguimiento continuo mediante un análisis sistémico de los problemas que presentan los paramédicos luego de un evento asistencial y como el entorno familiar puede servir de una red de apoyo. El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal (cross sectional), en el cual se analizarán variables cualitativas y cuantitativas. El análisis realizado en el universo del estudio nos demuestra una relación directa entre el Burnout y la funcionalidad familiar, en cada uno de los componentes del Síndrome del Quemado o Agotamiento profesional se encontró una diferencia estadísticamente significativa, otro dato que llama la atención sin que el análisis estadístico sea concluyente (se encontraba en los límites), es el tiempo de empleo en relación con la funcionalidad familiar, estos resultados pueden variar sustancialmente ya que al existir una alta rotación del personal a nivel prehospitalario; con los resultados obtenidos queda demostrada la hipótesis sobre el tiempo y carga horaria de los paramédicos y su relación directa con la disfunción familiar y Burnout, lo que nos lleva a sugerir que en las instituciones de socorro existan departamentos encaminados al bienestar bio psico social del personal y guardar una armonía con su ambiente familiar.

CAPITULO I

INTRODUCCION:

Antecedentes:

El síndrome de Burnout se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas. El Síndrome de Burnout va en aumento debido a las exigencias que se presentan en todas las profesiones y sobre todo en las que se encuentran inmiscuidas en la salud de las personas, es decir, surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el Burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Con el pasar de los años y entendiendo de una mejor manera el síndrome de Burnout o desgaste profesional podemos decir que ha adquirido una importancia manifiesta en el estudio de las repercusiones directas que tiene, sobre toda la asistencia sanitaria, en todos sus espectros, tomando en cuenta el nivel de absentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción personal y malos tratos que reciben los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, etc.

La mayoría de estudios en profesionales de salud se han desarrollado en el personal médicos y enfermeras de los cuales, el médico suele verse mayormente involucrado sin que sea el propio individuo quien reconozca su agotamiento tanto físico como mental o psicológico. Ésta misma dificultad puede desembocar en la

identificación del problema cuando sea demasiado tarde para solucionarlo y le obligue a renunciar a la atención con pacientes.

Los estudios en el personal de salud se desarrollan a nivel hospitalario o ambulatorio, dejando de lado el nivel prehospitario donde la mayor parte de paramédicos se ven involucrados por tiempos prolongados de trabajo, múltiples empleos, a más de un constante estrés postraumático debido a que ellos son los encargados de estabilización y transporte desde el sitio del accidente a las casas de salud, y el contacto cercano con los familiares de las víctimas, sin tomar en cuenta el casi nulo apoyo profesional (psicológico) que se da luego de un evento.

En la actualidad hay una mayor demanda de los servicios de socorro por el aumento de accidentes de tránsito, violencia en todos sus matices y por ende, los paramédicos deben cumplir con sus obligaciones extrahospitalarias sin importar sus horarios, o que a su vez, necesiten cubrir varias plazas de trabajo para cumplir con sus expectativas socio-económicas, esto conlleva a que pasen más tiempo fuera de casa, estableciéndose círculos viciosos de disfuncionalidad familiar, en las cuales no pueden cumplir con sus roles y soluciones en crisis en el interior de sus familias.

El presente estudio busca determinar si el paramédico corre mayor riesgo de Síndrome de Burnout y constituye un riesgo de desestructuración familiar teniendo que ser intervenidos desde la visión de medicina familiar, ya que, hasta la actualidad, no hay estudios a nivel nacional sobre Burnout en el personal paramédico y peor aún sobre los problemas a nivel familiar que surgen en este tipo de profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de síndrome de Burnout y su relación con los factores de riesgo laborales y familiares.

Objetivos Específicos

Identificar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal paramédico de las instituciones de socorro de la ciudad de Quito.

Determinar la relación entre los factores laborales (carga horaria, múltiples trabajos) y la presencia del Síndrome de Burnout.

Determinar la relación entre los factores laborales y familiares con la presencia del Síndrome de Burnout.

Identificar la relación de la presencia del Síndrome de Burnout en la funcionalidad familiar

HIPOTESIS

Los paramédicos sometidos a cargas superiores a 48 horas y mayores a 1 año de trabajo presentan síndrome de Burnout y por ende aumenta el riesgo de desarrollar crisis familiares.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

SINDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El síndrome de Desgaste Profesional o Burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado con el afrontamiento inadecuado de las demandas del trabajo, que daña la calidad de vida de las personas que lo padecen y afecta su relación interpersonal con las personas a las que brindan atención.

El síndrome de Burnout se encuentra relacionado con el tipo de profesión en el cual se desenvuelven los individuos, siendo los más afectados los que se encuentran trabajando con personas (entre ellas el personal sanitario teniendo como desencadenantes los derivados de la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte, además de la responsabilidad de la toma de decisiones relacionadas con la vida de las personas, el trato con pacientes difíciles y, a veces, no colaboradores.) y conduce a medio plazo a la desmotivación y el cansancio psicológico.

INDICIDENCIA DEL BURNOUT POR PROFESIONES

ESTUDIO	PROFESIÓN	BURNOUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros/as	20-35%
Henderson (1984)	Médicos/as	30-40%

Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeros/as	17%
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos/as	50%

Fuente: BDT training

Cada día este síndrome aumenta en su incidencia y depende de muchos factores como: si es hombre o mujer, cuántos años trabaja desempeñando su labor, el estado civil, la edad, el número de cargas familiares, el lugar de desempeño del trabajo en áreas críticas o no, horas de trabajo.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el Burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

El Síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud. Por ello, consideramos importante indagar la presencia de este síndrome entre el personal médico y paramédico que labora en un hospital de la seguridad social mexicana.

Historia y definiciones

A mediados de los años 70 el psiquiatra Herbert Freudenberger describió el síndrome Burnout, aunque no con tal nombre, como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas. Lo describió como: "Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador".

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el término Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban "quemándose".

El síndrome de desgaste profesional fue definido por Maslach y Jackson en 1986 definieron el síndrome de desgaste profesional como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. El agotamiento emocional consiste en cansancio físico o psicológico, con sensación de falta de recursos emocionales y sentimiento de que "nada se puede ofrecer a los demás".

La despersonalización incluye el desarrollo de actitudes negativas y distantes con los pacientes, tratando a los enfermos como números. La falta de realización personal surge al comprobar que las demandas que se le hacen al trabajador exceden su capacidad para atenderlas y se asocia con la ausencia de posibilidades de promoción, disminuyendo las expectativas personales y provocando una evaluación negativa de uno mismo, con sentimientos de fracaso y disminución de la autoestima.

Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome.

Gil-Monte y Peiró (1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse

emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas.

La otra definición muy utilizada es la de A. Pines, E. Aronson y D. Kafry, quienes, en 1981, señalaron que el Burnout es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes".

Se deben tomar en cuenta que hay otras condiciones que nos pueden hacer confundir con un Burnout como la depresión para lo cual es necesario señalar que la depresión reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo en la persona, mientras que el Burnout es temporal y específico al ámbito laboral.

Una de las grandes diferencias del estrés con el Burnout, según ciertos autores, es que el primero puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona y el segundo es un fenómeno exclusivamente negativo. A pesar de ello, diversos autores precisan que el Burnout es un tipo de estrés. Así, "el Burnout es, de hecho, un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se da en profesiones con altos niveles de contacto personal" (Ganster y Schan-broeck, 1991, citado en Garcés de Los Fayos).

Moreno y Peñacoba (1999) al hacer una diferenciación del estrés y el Burnout, argumentan que el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo o exceso de trabajo si no con el trabajo desmotivador aunque no se evidencie un fuerte factor estresante. Desde esta perspectiva el Burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva.

Según Aranda (2006) la palabra "Burnout" es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo.

La OMS en el año 2000, en su informe sobre salud en el mundo, evaluó la calidad de los servicios de salud y cómo proceder a su mejoría; señalando que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento de éste y para conseguir que el mismo ofrezca una mejor calidad de los servicios.

Siendo el recurso humano el más importante para lograr la eficacia que depende de conocimientos, destreza-motivación y amor por parte de sus profesionales.

Base Teórica

Tipos de Burnout

Gillespie diferenció dos tipos de Burnout que surgen precisamente por la ambigüedad en la conceptualización del síndrome:

- Burnout activo.- Se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizaciones o elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo.- Predominan los sentimientos de retirada y apatía. Tiene que ver con factores internos psicosociales.

Factores que influyen en la aparición del Burnout:

El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

Se han descrito factores de riesgo para el desarrollo de Burnout, entre los cuales se encuentran: personas jóvenes, sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos (ver Guevara c síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes)

EDAD: Aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los

que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome, siendo los primeros años de carrera profesional los de mayor incidencia, debido a la transición entre las expectativas idealistas a la práctica cotidiana enfrentando que las recompensas tanto personales como profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

SEXO: Carme Vall-Llobet señala que "la doble jornada (doméstica y laboral), la multiplicidad de roles, el papel de cuidadora de niños y niñas y de personas ancianas y enfermas, la imposibilidad de gozar de un tiempo propio y la desvalorización social y económica del trabajo reproductivo, han contribuido a que el trabajo doméstico constituya un elemento potenciador del estrés mental con mayores niveles de depresión y de adicciones (alcohol, juego, dependencias afectivas).

El Burnout también afecta de manera diferente a mujeres y hombres. Según diversos estudios, las mujeres presentan una serie de características relacionadas con el trabajo que las predisponen al síndrome: por ejemplo, presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos entre la familia y el trabajo, entre otras. Maslach y Jackson (las que establecieron la tridimensionalidad del Burnout y creadoras del test Maslach Burnout Inventory) precisan que las mujeres son más propensas que los hombres a la dimensión de agotamiento emocional. Los hombres, por su parte, son más proclives a la dimensión de despersonalización.

ESTADO CIVIL: Las personas que no tienen pareja estable suelen ser quienes se asocian mayoritariamente con el síndrome, debido a que al parecer tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que conviven con parejas estables o están casadas. Así mismo la existencia o no de hijos hace que éstas personas puedan ser más resistentes al síndrome, ya que en los padres se encuentra mayor madurez y estabilidad, por el hecho de combinar con la familia y los hijos sus actividades suelen tener mayor capacidad para afrontar problemas y conflictos emocionales y son más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

TURNOS LABORALES Y HORARIOS: Pueden conllevar a la presencia del síndrome, sin que exista uniformidad en este criterio. Sin embargo la

SOBRECARGA LABORAL disminuye la calidad de prestaciones ofrecidas por los trabajadores tanto cuali como cuantitativamente.

ANTIGÜEDAD PROFESIONAL: Suele repercutir en dos períodos:

- El primero constituido por los 2 primeros años de carrera profesional
- El segundo, en los que tienen más de 10 años de experiencia.

SALARIO: Ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del Síndrome de Desgaste Profesional, aunque no hay acuerdo entre los autores.

Otras posibles causas o facilitadores son enunciadas por Grau Martin, Armand, en su artículo “Como prevenir el Burnout: diferentes definiciones e interpretaciones” (2007) estos son:

- Sobrecarga de trabajo
- Exigencia de trabajo emocional en la interacción con el paciente, disonancia emocional
- Falta de control sobre la organización del trabajo, baja autonomía, poca capacidad de decisión
- Ambigüedad y conflicto de rol. Sobrecarga de rol
- Falta de apoyo social
- Descompensación entre los recursos, la autonomía para organizarse y la responsabilidad de sus actos
- Estilo de dirección rígido, muy jerarquizado o dictatorial
- Escasa participación de los trabajadores, escasa integración de los trabajadores en la empresa
- Falta de apoyo por la organización
- Exceso de burocracia
- Relaciones conflictivas entre los trabajadores
- Ausencia de refuerzos, recompensas o incentivos
- Escasa posibilidad de desarrollo profesional o carrera profesional
- Relaciones conflictivas entre los mandos y el personal

- Competitividad y pugna entre los compañeros por la falta de colaboración y ayuda
- Relaciones conflictivas de pacientes, trato con usuarios problemáticos
- Desigualdad o falta de equidad en el trato del personal
- Insatisfacción en el trabajo
- Contagio social del Burnout
- Trabajo en turnos
- Proporcional servicios en la sociedad de la inmediatez y de la queja
- Contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte.

Factores en el personal de salud

Características propias del trabajo: El contacto directo con la persona que recibe la ayuda es una fuente de tensión emocional por las características, sentimientos y conductas propias de las personas enfermas; la naturaleza misma de la enfermedad o problemática; los problemas de comunicación con los y las pacientes; la frustración relativamente alta de las y los profesionales de la salud, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional; el conflicto de rol, brecha existente entre las exigencias de otros actores del sistema (colegas, pacientes, familiares de pacientes) respecto del comportamiento del o de la profesional y las posibilidades reales del o la profesional misma.

Factores ambientales y organizacionales: En esta categoría se incluyen el escaso control que tiene el o la profesional sobre el ambiente laboral (contratos, horarios) y sobre el impacto de sus intervenciones; la ambigüedad del rol, es decir, la ausencia de información clara respecto de las tareas que se espera que cumpla. Otras variables organizacionales descritas como factores causales de Burnout son la sobrecarga asistencial; la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración; la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo; la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales; liderazgo y supervisión inadecuados; ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea; escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo; sobrecarga de trabajo administrativo.

Características individuales: Las investigaciones y estudios indican que el síndrome de Burnout está relacionado con algunas características de personalidad: ansiedad neurótica, expectativas y objetivos poco claros, autoestima baja. También las personas más flexibles tienden a vivenciar mayor estrés respecto del conflicto de roles, puesto que tienen dificultades en fijar límites y rechazar demandas complementarias a su trabajo (Charnes, 2001).

Fisiopatología del Burnout:

Intervienen dos sistemas orgánicos en las reacciones para presentar el síndrome:

- **El sistema nervioso**, cuya estimulación desencadena la secreción de hormonas entre las cuales, las catecolaminas y notablemente la adrenalina intervienen en el proceso, determinando reacciones cardiovasculares, digestivas y metabólicas.
- **El sistema endocrino:** además de lo ya señalado, el cortisol produce una respuesta a menudo mucho más lenta. Sobre el sistema inmunitario ocurriría depresión y aparición de úlceras pépticas.

El estrés se desarrolla en tres fases, según Hans Selye:

- **Reacción de alarma.** Es la fase inicial, aquí aparecen las primeras reacciones ante la agresión como taquicardia, taquipnea y modificaciones en la redistribución del flujo sanguíneo, privilegiando a los órganos centrales y reduciéndolo hacia la periferia.
- **Estado de resistencia.** Donde el cuerpo se adapta a la nueva situación.
- **Estado de agotamiento.** Donde el cuerpo es desbordado por el estrés, si sus causas persisten.

Fases del Burnout

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

1. **Etapa de idealismo y entusiasmo.** El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastante motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.
2. **Etapa de estancamiento.** Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.
3. **Etapa de apatía.** Es la fase central del síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento

4. **Etapa de distanciamiento.** La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

Existen otras corrientes en cuanto a la evolución de este síndrome, la primera sostiene que se establecen 4 estadios de evolución de la enfermedad en relación a la aparición de sintomatología, aunque no siempre estén bien definidos y son:

- **Forma leve:** los afectados presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos como cefaleas, dolor de espalda, etc., volviéndose poco operativos.
- **Forma moderada:** aparecen síntomas como insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.
- **Forma grave:** mayor absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- **Forma extrema:** aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

La segunda corriente afirma que el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

1. Desbalance entre las demandas y los recursos
2. Tensión psicofísica
3. Cambios conductuales.

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Las consecuencias del Burnout son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, se dan por: a) exposición gradual al desgaste laboral, b) desgaste del idealismo y c) falta de logros.

Respecto de las consecuencias de este síndrome laboral, éstas pueden agruparse en varias categorías:

1. **Síntomas físicos:** con frecuencia, son los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), dolores musculares (calambres y espasmos, dolor de espalda, cuello y hombros), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, tensión mandibular, dolores crónicos, manos y pies fríos.
2. **Alteraciones conductuales:** destacan aquellas de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, por ejemplo), tabaquismo, entre otras. En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas como el desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina (con disminución de la atención a los casos "poco interesantes"), pseudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua).
3. **Alteraciones emocionales:** ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, inconformidad con el trabajo y deseos de abandonar el trabajo, pérdida de interés y preocupación por el paciente, uso de etiquetas para referirse a los

pacientes, indiferencia, irritabilidad, hostilidad, inestabilidad emocional, miedos y fobias, problemas de aprendizaje, olvidos, torpeza, entre otras.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La familia es un sistema compuesto por subsistemas: conyugal (papá y mamá), paterno-filial (padres e hijos) y fraternal (hermanos). Toda familia tiene características que las hacen parecer distintas o similares a otras, éstas son, las características tipológicas están dadas por:

- La composición (nuclear, extensa o compuesta),
- El desarrollo (tradicional o moderna),
- La demografía (urbana, suburbana o rural),
- La ocupación (campesino, empleado o profesionalista),
- La integración (integrada, semiintegrada o desintegrada)

Pero hay otras características que son indispensables conocer, ya que según Satín son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar. Lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía, entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada.

La funcionalidad familiar es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos.

El estudio de la funcionalidad familiar ha sido objeto de diversos enfoques según los énfasis que se han hecho para su observación y, subsecuentemente, distintas propuestas de clasificación:

- Tipología familiar de Cantor y Lehr (1975) que distingue familias patológicas y no patológicas.
- Paradigma familiar de Reiss (1981) que comprende familias sensibles al ambiente, a la distancia y al consenso;
- Niveles de funcionamiento de Beavers (1977) que discrimina estilo de familia y adaptabilidad;
- Modelo de McMaster (1978) que diferencia dimensiones como solución de problemas, comunicación, roles, responsabilidad, involucramiento afectivo y control conductual; y
- Modelo circunflejo de Olson (1979) que abarca familias balanceadas, de rango medio y extremas. A esta enumeración se puede agregar el APGAR familiar (1979) que con base en las dimensiones adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, divide las familias en funcionales y disfuncionales

La dinámica familiar es la confrontación de fuerzas, tanto positivas como negativas, que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y que hace que ésta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir.

APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR

Una vez analizados tanto el Burnout como el funcionamiento familiar nos vemos en una encrucijada en el ámbito del tratamiento de estas entidades y más aun la falta de interrelacionarlos por parte de los profesionales que laboran en las instituciones, llámese hospitales, empresas públicas y privadas, en el domicilio con cuidadores, centro de ayuda para personas, atención de víctimas, etc.

Las redes de emergencia o de socorrismo se han venido desarrollando dentro de un cierto empirismo asistencial, en el cual se creía que las personas que atendían pacientes solo eran camilleros y por el hecho de ser “voluntarios” no podían tener traumas porque “eso les gustaba”. Con la tecnificación del personal asistencial se ha mejorado en la atención de las víctimas pero no hay una preocupación por las víctimas internas, esos seres silenciosos en los cuales se siguen acumulando recuerdos de la persona fallecida o del mal día por las víctimas que se vieron, en fin, una serie de condicionantes que se siguen acumulando y sin darse cuenta son transmitidos a sus hogares.

La Medicina Familiar constituye un eje fundamental en la resolución de los problemas de las personas ya que, al ver al individuo como un todo y que esta se relaciona con otros miembros de su familia y su sociedad, podemos llegar a un diagnóstico y tratamiento sistémico.

La medicina familiar nos permitirá realizar un seguimiento continuo de los problemas que presentan los paramédicos luego de un evento asistencial producto de un choque, volcamiento, atropellamiento, y como repercute esa constante sumatoria de estrés pos traumático en las relaciones familiares y como estas, entorno familiar, pueden servir de un aliciente, constituyéndose en su principal red de apoyo; otro de los puntos que se debe tomar es el trabajo en guías anticipadas para el personal que inicia con sus labores como personal paramédico, compartir tiempos de calidad con su familia, talleres para la familia, entre otros.

Este trabajo debe ir cada vez más ligado al manejo integral del personal paramédico, con un adecuado diagnóstico, tratamiento en conjunto (con la familia), y un aclaramiento de la visión de las autoridades en las cuales vean al personal como un aporte valioso pero muy vulnerable.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO METODO

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal (cross sectional), en el cual se analizarán variables cualitativas y cuantitativas.

El estudio se llevó a cabo con el personal de las unidades de socorro que trabajan como paramédico en el sistema de ambulancias de la Ciudad de Quito.

Diseño de la investigación

El presente estudio tiene un diseño no experimental en el cual hay una búsqueda de la causalidad (descriptivo) en un determinado tiempo (transversal)

Se trata de un estudio de campo que se realizó en el sitio de trabajo del personal de socorro que trabaja en el sistema de ambulancias de la Ciudad de Quito.

Las variables que se tomaron como base para el presente estudio se resumen en la siguiente tabla:

<u>Variable</u>	<u>Definición</u> <u>Operacional</u>	<u>Dimensiones</u> <u>(sub variable)</u>	<u>Indicador</u>
Sexo	Hombre Mujer	<u>NA</u>	No. de hombres/total de observaciones. No. de mujeres/total de observaciones.

Edad	Años cumplidos	<u>NA</u>	Observación: # de años Análisis: Promedio
Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Unión Libre	<u>NA</u>	No. de solteros / Total de observaciones No. de casados / Total de observaciones No. de divorciados / Total de observaciones No. personas en unión libre / Total de observaciones
Carga familiar	Número de hijos	<u>NA</u>	No. de cargas familiares/total de observaciones.
Tiempo de empleo en la unidad de socorro	Meses de trabajo	<u>NA</u>	Observación: # de años Análisis: Promedio
Múltiples empleos	Número de trabajos	<u>NA</u>	No. de trabajos que acude/total de observaciones.
Horas de trabajo semanales	Número en horas (sumados los trabajos adicionales)	<u>NA</u>	Observación: # de horas de trabajo semanales Análisis: promedio
Trabajo adicional	Si No	<u>NA</u>	No. de personas con trabajo adicional/Total de observaciones. No. de personas sin trabajo adicional/Total de observaciones.
Síndrome de	Maslach	Desgaste	Bajo = 0 < 18

Desgaste Profesional	Burnout Inventory	emocional	Moderado 19-26 Alto = o >27
		Despersonalización	Bajo = o <5 Moderado 6-9 Alto = o >10
		Realización Personal	Bajo = o >40 Moderado 34-39 Alto = o <33
Funcionalidad Familiar	Test de APGAR	Buena funcionalidad familiar	18 – 20 puntos
		Disfunción leve	14 – 17 puntos
		Disfunción moderada	10 – 13 puntos
		Disfunción severa	= o < 9 puntos

Muestra:

El universo de estudio lo constituyen los Paramédicos del servicio de ambulancias de la Cruz Roja Ecuatoriana y Cuerpo de Bomberos de la ciudad de Quito.

Se decidió realizar el análisis del personal que se encuentra con mayor frecuencia expuesto a condiciones de estrés, este personal son los paramédicos líderes de la atención de un paciente a nivel prehospitalario o líderes de ambulancias, no ingresan el presente estudio, los conductores ni el personal asistencial ya que , en

el primer caso, no se encuentran directamente en contacto con los pacientes y en el segundo, se tratan de estudiantes de los diferentes centros de formación de personal paramédico, los cuales mantienen otros factores estresantes que pueden hacer variar los resultados del estudio y no son fijos en las instituciones.

Por lo antes mencionado no se realizó un análisis muestral siendo el tamaño del universo de estudio de 51 paramédicos o técnicos de atención prehospitalaria.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos fue en base a encuesta, en la cual se encuentran la Test o escala de Maslach, para el caso del Burnout, y el APGAR familiar para ver funcionalidad familiar.

La encuesta aplicada Test de Maslach M.B.I (Maslach Burnout Inventory) de Maslach y Jackson (1986) y adaptada al español por Nicolás Seisdedos (1997), esta validada internacionalmente por diferentes autores.

Técnica de recolección de datos

La recolección de la información se la realizó mediante encuestas a los paramédicos tomando en cuenta el cuestionario para Burnout o escala de Maslach y el APGAR Familiar administrada por el encuestador en las diferentes bases o Unidades de Socorro de la Ciudad de Quito.

Las muestras fueron recolectadas en diferentes tiempos en las unidades bases en la Ciudad e Quito.

Plan de análisis de datos:

En el presente estudio se realizó:

- Análisis descriptivo: cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión.
- Análisis bivarial: Odds ratio (variables cualitativas- cualitativa) (tablas de 2x2), (cuantitativa – cualitativa) para evaluar diferencia de medias.
- Inferencia: chi2 y/o prueba de T de student.

Los datos obtenidos fueron ingresados a la matriz de datos y procesados usando el programa de computación Epi Info, para obtener las asociaciones correspondientes al cruzar variables y su representatividad, así como se ingresaron los datos al programa de computación Microsoft Excel 2007.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El análisis de los datos recolectados mediante la encuesta al personal paramédico de las unidades de socorros de la Ciudad de Quito que trabajan en ambulancias se realizó en base a variables cuantitativas y cualitativas, desde un análisis descriptivo e inferencial.

Cabe mencionar que para el análisis del Burnout se tomaron las tres variables importantes (Agotamiento personal, despersonalización y realización personal) y se los catalogo como: sin riesgo cuando el resultado era bajo y con riesgo cuando el resultado era moderado y alto. De la misma manera se realiza el análisis de la Funcionalidad Familiar como funcional y disfuncional, no se encuentran catalogadas como disfuncionalidad leve, moderada o severa.

Análisis Descriptivo

Información socio – demográfica

El estudio se desarrollo en un total de 51 paramédicos de los cuales el 56,9% correspondía a hombres (29) y el 43,1% a mujeres (22) sin que hay incremento en el número de mujeres dando a notar que ya no hay una exclusividad por parte del personal masculino. (Ilustración 1)

La edad promedio del personal paramédico se encuentra en los 31 años de edad, con una moda de 28 años, la desviación estándar es de 8,04 años teniendo edades comprendidas entre los 20 y 56 años. (Tabla 1)

Se debe tomar en cuenta que la mayoría de personas que trabajan en el sistema de ambulancias son adultos jóvenes ya que existen Universidades e Institutos que vienen desarrollando una carrera para la formación de Tecnólogos en Emergencias Médicas. (Ilustración 2)

En relación al estado civil lo que llama la atención es el alto porcentaje de personal divorciado (10%) y el alto número de solteros el cual llega al 43%. (Ilustración 3)

El tiempo de empleo se encuentra en relación a meses de trabajo en unidades de socorro, se debe tomar en cuenta que debido a la alta rotación del personal paramédico en las instituciones de socorro hay valores mínimos de un mes de trabajo con una media de 55 meses y una mediana de 48 meses. (Tabla 2)

La carga horaria del personal de socorros se encuentra muy por encima de los estipulados en las leyes (40 horas semanales) debido a la forma de trabajo en base a turnos de 24 horas cada dos o tres días dependiendo la unidades o el sector de trabajo teniendo una media de 83,41 horas con una moda de 72, los resultados se detallan en la Tabla 3:

El 73% de las personas que trabajan en el sistema de ambulancias de la Ciudad de Quito no tienen otro trabajo, si se suman las personas que tienen 2 o más trabajos vemos que es del 27% (14 paramédicos) lo que ocasiona jornadas extenuantes de trabajo y el alejamiento del entorno familiar. (Ilustración 4)

Análisis del Test de Maslach

Agotamiento emocional

Del análisis del test de Maslach, el cual se centra en: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se obtuvieron resultados que nos demuestran hay 21 paramédicos que se encuentran en una etapa de despersonalización alta y 11 en moderada lo que llevaría al cometimiento de varios problemas al momento de tratar a una víctima ya que se disminuye la relación interpersonal que debe existir. (Tabla 4)

En el caso del agotamiento emocional nos podemos dar cuenta que el 59% se encuentra en un nivel bajo (Ilustración 5) , lo que cabe recalcar es que hay una gran cantidad del personal paramédico que tiene un mes de trabajo en el sistema de ambulancias de la Ciudad de Quito, el momento de realizar el análisis estadístico, vemos que la media es de 18 lo que nos daría como resultado que es un nivel bajo de agotamiento pero que llama la atención pues se encuentra en el límite superior (Tabla 5) y cualquier momento puede pasar al nivel moderado, se debe tomar en cuenta que los valores para agotamiento emocional van:

	Bajo	= 0 <18
Agotamiento Emocional	Moderado	19-26
	Alto	= 0 >27

En el caso de despersonalización nos podemos dar cuenta que el 41% se encuentra en un nivel alto lo que nos llevaría a tomar acciones para solucionar el problema, si a este valor se le suma el riesgo moderado podemos observar que el 63% del personal se encuentra con un problema de despersonalización (Ilustración 6), el momento de realizar el análisis estadístico, vemos que la media es de 8 lo que nos daría como resultado que es un nivel moderado. (Tabla 6)

	Bajo	= 0 <5
Despersonalización	Moderado	6-9
	Alto	= 0 >10

La realización personal se encuentra en 67% es decir un nivel bajo (Ilustración 7), el momento de realizar el análisis estadístico, vemos que la media es de 39,69 que nos encasillaría un nivel moderado de realización personal (Tabla 7) para lo cual y como en los casos anteriores se hace necesaria la intervención para el inicio de un tratamiento:

	Bajo	= 0 >40
Realización Personal	Moderado	34-39
	Alto	= 0 <33

Análisis del APGAR Familiar

Para el caso del APGAR familiar que nos sirvió de instrumento para evaluar la funcionalidad familiar pudimos obteniendo que únicamente el 31% de los encuestados se encontraban con buena funcionalidad familiar al momento de la realización de la encuesta. (Tabla 8)

Si se realiza un análisis por separado vemos que 19 paramédicos se encuentran en una disfunción familiar leve lo cual se debe analizar en el contexto del tiempo que vienen laborando ya que debido a la alta rotación del personal se tienen paramédicos recién incorporados pero no se han realizado exámenes a nivel familiar para analizar de una mejor manera la dinámica familiar así como sus problemas o conflictos aun no resueltos (Ilustración 8), de igual manera se puede

identificar los porcentajes en los diferentes niveles de funcionalidad familiar. (Ilustración 9)

El momento de realizar un análisis estadístico observamos que la media se encuentra en un valor de 15 dando como resultado una disfunción familiar leve (Tabla 9), pero, si tomamos en cuenta la desviación estándar nos haría variar entre buena función familiar y disfunción moderada, esto observamos tomando los valores que se enmarcan en cada una de las categorías de funcionalidad familiar como son:

de 0 a 9: disfunción familiar severa
10-13; disfunción familiar moderada
14-17; disfunción familiar leve
18-20; buena función familiar.

Análisis Bivariado e Inferencial

Para el análisis se toman en cuenta la funcionalidad o disfuncionalidad familiar y si existe o no riesgo en el Burnout tomando como base el nivel bajo como sin riesgo y los niveles alto y moderado como de riesgo.

Factores laborales y Funcionalidad Familiar

En relación a las horas de trabajo y funcionalidad familiar observamos que no hay una relación directa dando una $p= 0,1629$ lo cual demuestra que no hay una diferencia estadística significativa. (Tabla 10)

Lo mismo sucede cuando se analiza la funcionalidad familiar en relación a la edad con una $p= 0,79$, es decir que no hay relación entre la edad y la funcionalidad familiar en el universo del estudio. (Tabla 11)

El tiempo de empleo relacionado con el funcionamiento familiar vemos que presenta una $p= 0,071$ lo cual si bien no comprueba la relación del tiempo de empleo y el funcionamiento familiar, llama la atención ya que gran parte del personal lleva poco tiempo de trabajo y se deberá realizar un estudio a largo tiempo en el cual se analice este factor. (Tabla 12)

Al realizar el análisis de la funcionalidad familiar y el número de empleos encontramos una $p= 0,022$ lo que nos demuestra que hay una relación directa entre los múltiples empleos y la disfunción familiar, lo que nos lleva a pensar sobre el tiempo asignado a la familia, hay varios paramédicos que salen de un lugar de trabajo y se desplazan al siguiente lo que ocasionaría un problema de interrelación y falta de asumir roles dentro del hogar. (Tabla 13)

Factores familiares y Funcionalidad Familiar

Dentro de los factores familiares y su relación con la funcionalidad familiar se han tomado a: sexo, estado civil y cargas familiares las cuales no mostraron una relación directa con disfuncionalidad familiar dando valores de p no significativas en el análisis con chi cuadrado. (Tabla 14)

La relación entre sexo y funcionalidad familiar se aprecia una similitud entre hombres y mujeres. (Tabla 15)

En relación al estado civil se realizaron 2 análisis pero en ninguno de los 2 dio un resultado positivo para disfunción familiar, en él un caso se tomaron las variables casado/a, divorciado/a, soltero/a y unión libre (Ilustración 10), y en la otra se asoció como con pareja y sin pareja. (Tabla 16)

Del análisis de los datos de funcionalidad familiar y número de hijos no se apreciaron resultados atípicos dando como resultado negativo o estadísticamente no significativo para una correlación entre estas 2 variables. (Tabla 17)

Factores laborales y Burnout

Al realizar el análisis de las horas de trabajo semanal en relación con el Burnout se obtuvo, mediante la prueba del chi cuadrado, valores de p no significativas para ninguna de las variables. (Tabla 18, 19)

En relación al número de empleos vemos que los valores de p no son significativos cuando se realiza la prueba del chi cuadrado, valores de p no significativas para ninguna de las variables, lo cual no tiene relación directa con el apareamiento de Burnout en este estudio. (Tabla 20, 21)

En relación al tiempo de empleo y Síndrome de Burnout tenemos una relación directa entre el tiempo de empleo y la despersonalización es decir, mientras mayor es el tiempo en el cual el paramédico se encuentra en relación con el sistema de ambulancias mayor será el grado de despersonalización ($p=0,047$), con el consiguiente problema en la atención de las víctimas. (Tabla 22, 23)

La variable edad y Síndrome de Burnout no dio una diferencia estadísticamente significativa, con lo que se comprueba que no existe una relación directa para este estudio. (Tabla 24, 25)

De los resultados del cruce de variables sexo y Burnout se demuestra que no guardan una relación para su aparición dando valores de p mayores a 0,05. (Tabla 26, 27)

Si analizamos estas variables podemos darnos cuenta que la dinámica entre hombres y mujeres presenta una similitud en las variables de agotamiento, despersonalización y realización personal. (Ilustración 11)

Para el análisis del estado civil en relación al Burnout de forma aislada no se encontraron diferencias significativas en la valoración del chi cuadrado, se realizó una nueva variable en la cual agrupó entre los que tenían una pareja estable y los

que no lo tenían es decir, para el primer caso los casados y unión libre y para los segundos los solteros y divorciados encontrándose que se presentaba un agotamiento emocional muy marcado ($p=0,008$) (Tabla 28) en los paramédicos que tenían una pareja o una relación estable. (Tabla 29) (Ilustración 12)

No se observó relación directa entre las cargas familiares y la aparición de Burnout con p no significativas en el estudio de chi cuadrado. (Tabla 30, 31)

Burnout y Funcionalidad Familiar

Agotamiento emocional y funcionalidad familiar

Al realizar el análisis de agotamiento emocional y funcionalidad familiar y luego de realizado el análisis estadístico nos demuestra una relación directa entre estos 2 componentes con una p estadísticamente significativa con un valor de $p= 0,0027$ lo que nos demuestra que un cuadro de Agotamiento Emocional (moderado y alto) conlleva una disfuncionalidad familiar en el personal paramédico de la Ciudad de Quito. (Tabla 32)

Despersonalización y funcionalidad familiar

De la misma manera que en el caso anterior, la despersonalización y la funcionalidad familiar guardan una relación directa con una p estadísticamente significativa, con un valor de $p= 0,015$ lo que nos demuestra que un cuadro de despersonalización (moderado y alto) y disfuncionalidad familiar. (Tabla 33)

Realización personal y funcionalidad familiar

La relación entre una insatisfactoria realización personal y la funcionalidad familiar se demuestra al realizar la prueba del chi cuadrado y que da como resultado una $p=0,027$ lo que nos sugiere que es estadísticamente significativa, al igual que los 2 resultados anteriores. (Tabla 34)

CAPITULO V

Discusión

Desde la aparición de esta nueva entidad se han realizado un sinnúmero de investigaciones encaminadas a diagnosticar Burnout en el personal asistencial en el cual se obtuvieron resultados positivos dependiente del estrés laboral que mantenían.

Posteriormente se han investigado en múltiples profesionales o trabajadores ante lo cual Golembiewski, et al. (1983) asegura que el Burnout afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda

En la revisión sobre el tema desarrollado por Quiceño Japcy et. al. (2007) en varios estudios en Colombia y encaminados al personal médico se establece que las mujeres son las que mayor riesgo de padecer Burnout presentan, así como que el síndrome se desarrolla en los dos primeros años o a partir de 10 o más años de ejercicio profesional referido por Apiquian (2007).

En esta tesis no se ha tomado en cuenta el tiempo que viene desarrollando esta actividad sino el tiempo de trabajo en esa institución ante lo cual podemos ver que muchos de ellos presentan un Burnout a pesar de tener un tiempo de ingreso menor a un año, esto puede ser debido a que muchos de ellos llegan de otras instituciones y no se realiza un adecuado análisis del agotamiento laboral que presentan y por ende el Síndrome de Burnout

Si se realiza un análisis más exhaustivo podemos ver que en múltiples organizaciones cuentan con procesos señalados por Gil-Monte (1997, 2003) en los cuales se cuenta con un manejo interdisciplinario así como reestructuraciones organizacionales, redes de apoyo mediante estrategias grupales y el trabajo individual. En el país aun no se ve la magnitud del problema y se hace caso omiso ante la aparición de esta problemática, más aún, es desconocida la entidad no solo

a nivel de personal de Unidades de Socorro sino también en del personal de unidades hospitalarias.

En la actualidad hay varios estudios realizados en personal paramédico, pero se debe analizar ya que en múltiples países se utiliza esta denominación al personal encargado de dar apoyo en las unidades médicas como por ejemplo camilleros, personal auxiliar o de limpieza, los cuales se encuentran dentro de un ambiente estresante y proclive al padecimiento del Burnout.

Todos los estudios analizados se enmarcan dentro del Burnout pero en ninguno de ellos se observa la relación que guarda con su dinámica familiar y funcionamiento familiar.

No existe un estudio en el cual se haya identificado el Síndrome de Burnout y el funcionamiento familiar en personal paramédico y su grado de relación, siendo estos estudiados en forma aislada y sin tomar en cuenta la integralidad que ello conllevaría; en nuestro país no existe un estudio con el cual realizar una comparación real ya que debería realizarlo en una muestra similar (social y culturalmente hablando), este estudio puede servir de base para la realización de futuras investigaciones y sobre todo para que las autoridades tomen real conciencia e inicien un programa para dar un tratamiento integral a su personal, por lo antes mencionado este documento servirá como base para una discusión amplia entre los organismos de socorro.

Conclusiones

El síndrome de Burnout es una entidad que es poco estudiada o poco entendida a nivel de los organismos de socorro en los cuales no hay un sistema que permita realizar un seguimiento de los paramédicos y mucho menos de sus familias o de su entorno familiar, dejando por un lado el aspecto integral y de hemostasias entre sus esferas biológica, psicológica y sociales. Más aún no existe un seguimiento ni un control en los paramédicos que han sido han tenido que experimentar una serie de factores estresantes como son: atropellamientos, violencia civil, violencia intradomiliar, caídos, personas fallecidas; ante lo cual no existe un sistema de manejo de estrés postraumático en ellos.

El análisis realizado en el universo del estudio en el cual se analiza el Burnout y la funcionalidad familiar en el personal paramédico de la Ciudad de Quito nos demuestra una relación indirecta entre estos 2 factores (a mayor Burnout menor funcionalidad familiar), si analizamos uno por uno los componentes del Síndrome del Quemado o Agotamiento profesional encontramos que en todos ellos hay una diferencia estadísticamente significativa

También se obtuvo una relación directa entre el estado civil (sin pareja y con pareja) y el agotamiento emocional en las personas que mantenían una pareja (casados y unión libre), de la misma manera una despersonalización que se hacía más manifiesta cuando más transcurría el tiempo o meses en los cuales se venían desarrollando las labores.

Otro dato que llama la atención y que no tiene una p estadísticamente significativa pero está en los límites, es el tiempo de empleo en relación con la funcionalidad familiar, este resultado puede variar sustancialmente ya que al existir una alta rotación del personal a nivel prehospitalario, varios paramédicos en los cuales se desarrolló la encuesta no tenían mucho tiempo trabajando en esas instituciones, de la misma manera al realizar un análisis estadístico nos da un valor del promedio que da como resultado disfunción familiar leve.

Con los resultados obtenidos queda demostrada la hipótesis sobre el tiempo y carga horaria de los paramédicos y su relación directa con la disfunción familiar y Burnout.

Recomendaciones

Es importante que en los organismos de socorro exista un servicio que se encargue del manejo del estrés postraumático y que se encuentra en actividad permanente.

Valoraciones frecuentes al personal paramédico en relación al Síndrome de Burnout así como tratamientos oportunos.

Crear grupos de ayuda o redes de apoyo para el personal paramédico

Realizar jornadas con la familia de los paramédicos para que haya una mayor interacción entre las familias y que puedan servir como redes de apoyo en pares.

Disminuir las cargas horarias del personal con una adecuada coordinación entre los diferentes centros de atención o unidades de atención prehospitalaria

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barraza Macías A., "El síndrome de desgaste profesional en las enfermeras del Centro de salud No. 2 de la ciudad de Durango". Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-374-1-el-sindrome-de-desgaste-profesional-en-las-enfermeras-del-ce.html>

Cabello L. "Síndrome de desgaste profesional (*Burnout*) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de los Andes". MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 10 N° 1-4. 2001. (2004). Mérida. Venezuela. E-mail: doctoracabello@yahoo.es; silvana@ula.ve

Castañeda Aguilera E. "Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*Burnout*) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo". Rev. Colombiana de Psiquiatría. vol.39 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2010

Esteva M. C. "La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo". Rev. Clin Esp. 2006; 206(2):77-83.

"Estudio del síndrome de *Burnout* en el personal de paramédicos de la zona centro del área de emergencias pre hospitalarias del cuerpo de bomberos del distrito capital". Disponible en www.monografias.com

Grau Martín A. "Cómo prevenir el *Burnout*: diferentes definiciones e interpretaciones". Gestión Práctica de Riesgos Laborales, No 43, pág. 18, noviembre 2007.

Gil-Monte P. "El síndrome de quemarse por el trabajo (SÍNDROME DE *BURNOUT*) en profesionales de enfermería". Revista Eletrónica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33

Giraldo C. "Funcionalidad familiar en los hogares comunitarios de Itagüi 1998". Disponible en <http://www.encolombia.com/pediatria3522000-funcionalidad.htm>

González C. "Funcionalidad familiar, estrado socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela". MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 12 N° 1-4. 2003.

Guevara C. "Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002". Colombia Médica, año/vol.35, número 004, Universidad del Valle Cali, Colombia. pp.173-178
Disponible en:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/PDF/DESGASTE.PDF>

Hernández Vargas C. "El síndrome de desgaste profesional en médicos mexicanos". UNAM. Disponible en
<http://www.journals.unam.mx/index.php/rfm/article/view/13017>

López Franco M. "Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico". Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España. Ana Pediatr (Barc) 2005;62 (3):248-51.

Medoza Solís. "Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria". Archivos de Medicina Familiar, enero – abril, año/vol. 8, Numero 001. México. Pp 27-31. 2006. Disponible en
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/507/50780104.pdf>

Olivares Víctor. "Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS)". Ciencia & Trabajo, año 11, número 33, julio - septiembre 2009. www.cienciaytrabajo.cl

Ortega Ruiz C. "El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas" International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1576-7329, año 2004, Vol. 4, N° 1, pp. 137-160

Pereda-Torales L. "Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente – México. Salud Mental Vol. 32, No. 5, septiembre-octubre 2009 399. Disponible en www.redalyc.org

Quiceno J. "Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta colombiana de psicología 10 (2): 117-125, 2007.

Torres C. "El Burnout". Agenda Salud, Publicación trimestral del programa mujeres y salud de ISIS INTERNACIONAL. N° 24, Octubre-diciembre 2001.

Ramón Alchaer Alchaer J. "Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad". Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 3 N° 3-4 1994. Mérida. Venezuela

Zaldívar Pérez D. "Funcionamiento familiar saludable". Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

ANEXOS 1

HOJA DE ENCUESTA

ENCUESTA

BURNOUT Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PARAMEDICOS

El contenido de esta encuesta es confidencial y solo como fines de estudio, en ningún momento se difundirán los resultados de manera individualizada.

COD: _____

SEXO	HOMBRE		MUJER
------	--------	--	-------

EDAD	AÑOS CUMPLIDOS
------	----------------

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A		CASADO/A		DIVORCIADO/A		UNION LIBRE
--------------	-----------	--	----------	--	--------------	--	-------------

CARGA FAMILIAR	NUMERO DE HIJOS
----------------	-----------------

TIEMPO DE EMPLEO	MESES DE TRABAJO
------------------	------------------

MÚLTIPLES EMPLEOS	NUMERO DE TRABAJOS
-------------------	--------------------

HORAS DE TRABAJO SEMANALES		SUMADO LOS TRABAJOS EN EL CASO DE TENERLOS
----------------------------	--	--

TRABAJO ADICIONAL	SI		NO	
-------------------	----	--	----	--

APGAR FAMILIAR:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo un problema y/o necesidad					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					
Estoy satisfecho/a con el apoyo que recibo de mis amigos/as					

ESCALA DE MASLACH

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes	Pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problema							

ANEXO 2

ESCALAS DE MASLACH (Burnout)

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	1	2	3	4	5	6
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	1	2	3	4	5	6
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca	1	2	3	4	5	6

emocionalmente						
12. Me siento muy activo	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	1	2	3	4	5	6
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3

APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR:

	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo un problema y/o necesidad					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					
Estoy satisfecho/a con el apoyo que recibo de mis amigos/as					

ANEXO 4

TABLAS DE DATOS

Tabla 1: Frecuencia de paramédicos según grupos de edad

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	30	58,8%
30-39	14	27,5%
40-56	7	13,7%
Total	51	100,0%

Tabla 2: Análisis del tiempo de empleo

Observaciones	50
Total	2736
Media	54,72
Varianza	4087,68
Desviación típica	63,93
Mínimo	1
25%	14
Mediana	48
75%	72
Máximo	336
Moda	1

Tabla 3: Análisis de cargas horarias del personal paramédico

Observaciones	51
Total	4254
Media	83,41
Varianza	1182,93
Desviación típica	34,39
Mínimo	60
25%	72
Mediana	72
75%	80
Máximo	296
Moda	72

Tabla 4: Número de personal paramédico según variables del Burnout

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	RELACION PERSONAL
ALTO	10	21	8
BAJO	30	19	34
MODERADO	11	11	9
Total	51	51	51

Tabla 5: Análisis de los valores obtenidos para agotamiento emocional

Observaciones	51
Total	920
Media	18,04
Varianza	165,12
Desviación típica	12,85
Mínimo	0
25%	10
Mediana	15
75%	25
Máximo	53
Moda	0

Tabla 6: Análisis de los valores obtenidos para despersonalización

Observaciones	51
Total	451
Media	8,84
Varianza	49,41
Desviación típica	7,03
Mínimo	0
25%	2
Mediana	8
75%	14
Máximo	27
Moda	0

Tabla 7: Análisis de los valores obtenidos para realización personal

Observaciones	51
Total	2024
Media	39,69
Varianza	70,78
Desviación típica	8,41
Mínimo	0
25%	37
Mediana	41
75%	46
Máximo	48
Moda	48

Tabla 8: Funcionalidad familiar en el personal paramédico

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
BUENA FUNCION FAMILIAR	16	31,4%
DISFUNCION FAMILIAR LEVE	19	37,3%
DISFUNCION FAMILIAR MODERADA	13	25,5%
DISFUNCION FAMILIAR SEVERA	3	5,9%
Total	51	100,0%

Tabla 9: Análisis de la funcionalidad familiar en el personal paramédico

Observaciones	51
Total	779
Media	15,27
Varianza	12,76
Desviación típica	3,57
Mínimo	7
25%	12
Mediana	15
75%	19
Máximo	20
Moda	15

Tabla 10: Análisis de horas de trabajo para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Observaciones	35	16
Total	3028	1226
Media	86,51	76,63
Varianza	1636,55	161,98
Desviación típica	40,45	12,73

Tabla 11: Análisis de la edad para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Observaciones	35	16
Total	1099	496
Media	31,40	31,00
Varianza	66,01	65,47
Desviación típica	8,12	8,09

Tabla 12: Análisis del tiempo de empleo para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Observaciones	35	15
Total	2258	478
Media	64,51	31,87
Varianza	5116,26	1082,27
Desviación típica	71,53	32,90
Moda	48	1

Tabla 13: Análisis de múltiples trabajos para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Obs	35	16
Total	50	17
Media	1,43	1,06
Varianza	0,37	0,06
Desviación típica	0,61	0,25
Mínimo	1	1
0,25	1	1
Median	1	1
0,75	2	1
Maximum	3	2
Mode	1	1

Tabla 14: Valores de chi cuadrado de factores familiares para funcionalidad familiar

	VALOR DE p	RESULTADO
SEXO	0,81	NO SIGNIFICATIVO
ESTADO CIVIL	0,21	NO SIGNIFICATIVO
CARGAS FAMILIARES	0,93	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 15: Relación entre sexo para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
HOMBRE	20	9	29
MUJER	15	7	22
TOTAL	35	16	51

Tabla 16: Relación entre estado civil para funcionalidad familiar

CIVIL2	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
CON PAREJA	19	5	24
SIN PAREJA	16	11	27
TOTAL	35	16	51

Tabla 17: Análisis de la relación entre cargas familiares para funcionalidad familiar

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Obs	35	16
Total	54	26
Media	1,54	1,63
Varianza	1,96	3,05
Desviación típica	1,40	1,75
Mínimo	0	0
0,25	0	0
Median	1	1,50
0,75	3	3
Maximum	5	5
Mode	0	0

Tabla 18: Valores de chi cuadrado de horas de trabajo para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,49	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,55	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,28	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 19: Análisis de resultados de horas de trabajo para Burnout

HORAS DE TRABAJO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
Obs	21	32	17
Total	1588	2466	1358
Media	75,62	77,06	79,88
Varianza	121,05	172,38	350,24
Desviación típica	11,00	13,13	18,71
Mínimo	60	60	60
0,25	72	72	72
Median	72	72	72
0,75	72	79	80
Maximum	112	120	140
Mode	72	72	72

Tabla 20: Valores de chi cuadrado de múltiples empleos para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,74	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,73	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,28	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 21: Análisis de resultados de múltiples trabajos para Burnout

MULTIPLES EMPLEOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
Obs	21	32	17
Total	29	42	25
Media	1,38	1,31	1,47
Varianza	0,45	0,35	0,51
Desviación típica	0,67	0,59	0,72
Mínimo	1	1	1
0,25	1	1	1
Median	1	1	1
0,75	2	2	2
Maximum	3	3	3
Mode	1	1	1

Tabla 22: Valores de chi cuadrado de tiempo de empleo para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,2	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,047	ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,97	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 23: Análisis de resultados de tiempo de empleo para Burnout

TIEMPO DE EMPLEO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
Obs	21	31	17
Total	1567	2097	988
Media	74,62	67,65	58,12
Varianza	7622,45	5680,30	5875,36
Desviación típica	87,31	75,37	76,65
Mínimo	7	1	1
0,25	30	24	21
Median	48	50	44
0,75	72	79	72
Maximum	336	336	336
Mode	48	24	72

Tabla 24: Valores de chi cuadrado de edad para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,44	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,66	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,53	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 25: Análisis de resultados de edad para Burnout

EDAD	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
Obs	21	32	17
Total	658	993	536
Media	31,33	31,03	31,53
Varianza	36,73	45,77	42,64
Desviación típica	6,06	6,77	6,53
Mínimo	24	20	25
0,25	27	27	27
Median	29	29	29
0,75	33	36	35
Maximum	47	47	47
Mode	27	26	27

Tabla 26: Valores de chi cuadrado de sexo para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,80	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,85	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,92	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 27: Relación entre sexo para Burnout

SEXO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
HOMBRE	12	18	9
MUJER	9	14	8
TOTAL	21	32	17

Tabla 28: Valores de chi cuadrado de estado civil para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,008	ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,15	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,76	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 29: Relación entre estado civil para Burnout

ESTADO CIVIL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
CON PAREJA	15	18	9
SIN PAREJA	6	14	8
TOTAL	21	32	17

Tabla 30: Valores de chi cuadrado de cargas familiares para Burnout

	VALOR DE p	RESULTADO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	0,310	NO SIGNIFICATIVO
DESPERSONALIZACION	0,49	NO SIGNIFICATIVO
REALIZACION PERSONAL	0,82	NO SIGNIFICATIVO

Tabla 31: Análisis de resultados de cargas familiares para Burnout

CARGAS FAMILIARES	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
	RIESGO	RIESGO	RIESGO
Obs	21	32	17
Total	36	54	25
Media	1,71	1,69	1,47
Varianza	1,61	2,42	2,01
Desviación típica	1,27	1,55	1,42
Mínimo	0	0	0
0,25	1	0	0
Median	2	1,5	1
0,75	3	3	2
Maximum	4	5	5
Mode	3	0	0

Tabla 32: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Agotamiento Emocional

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Obs	35	16
Total	758	162
Media	21,66	10,13
Varianza	175,58	55,05
Desviación típica	13,25	7,42
Mínimo	1	0
0,25	11	1,50
Median	23	12,50
0,75	31	14,50
Maximum	53	21
Mode	24	0

Tabla 33: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Despersonalización

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Obs	35	16
Total	367	84
Media	10,49	5,25
Varianza	54,43	21,27
Desviación típica	7,38	4,61
Mínimo	0	0
0,25	5	0,00
Median	11	6,50
0,75	16	8,50
Maximum	27	14
Mode	5	0

Tabla 34: Análisis de resultados de funcionalidad familiar en relación al Realización Personal

	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
Obs	35	16
Total	1329	695
Media	37,97	43,44
Varianza	88,62	13,20
Desviación típica	9,41	3,63
Mínimo	0	39
0,25	35	40
Median	40	42,50
0,75	45	48
Maximum	48	48
Mode	41	40

ANEXO 5

ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Relación entre hombres y mujeres que trabajan el sistema de ambulancias en la ciudad de Quito

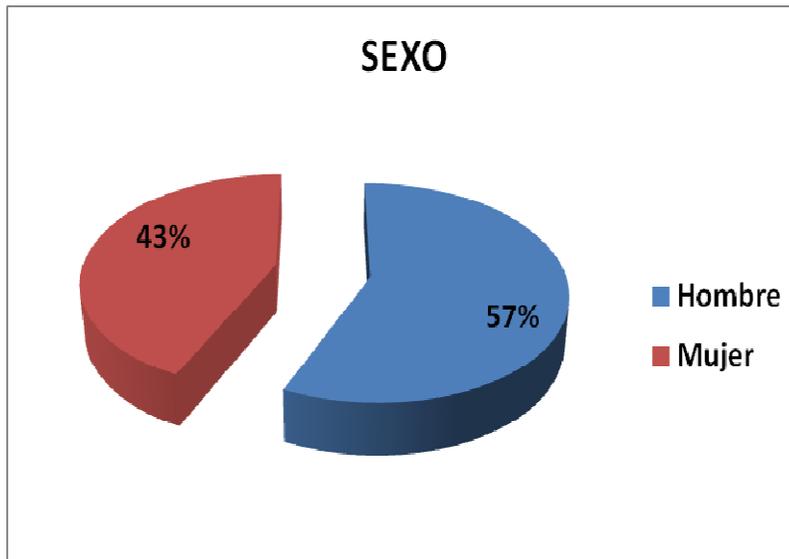


Ilustración 2: Distribución del personal paramédico según grupos de edad

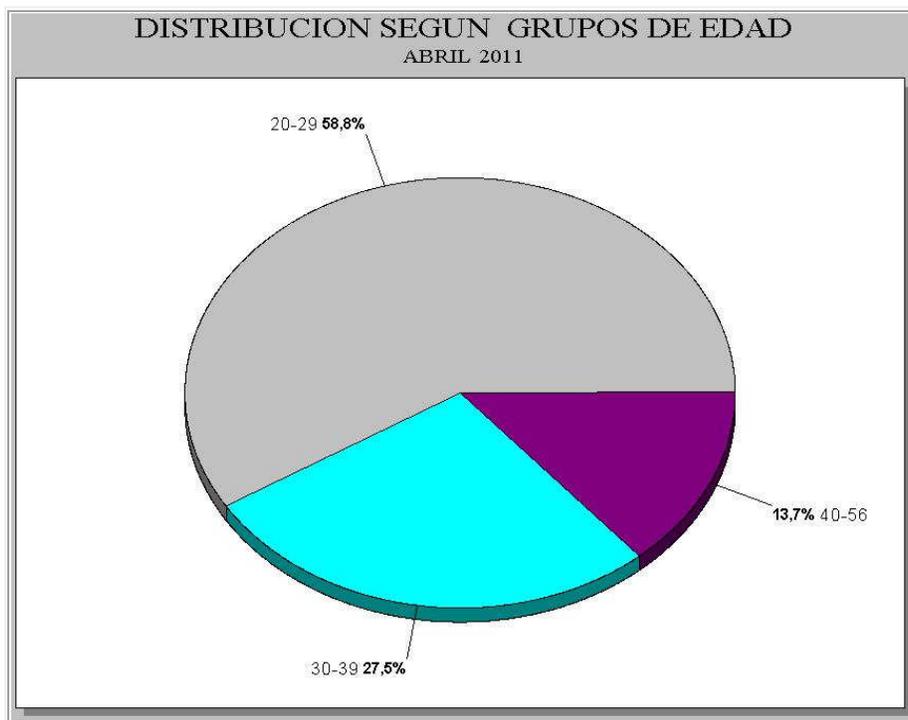


Ilustración 3: Estado civil del personal paramédico

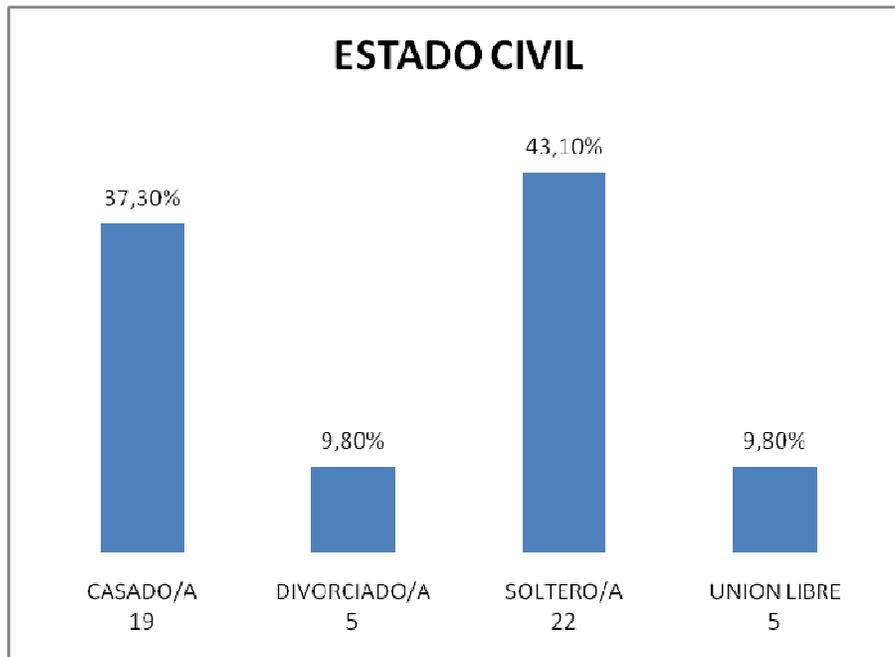


Ilustración 4: Número de empleos del personal paramédico

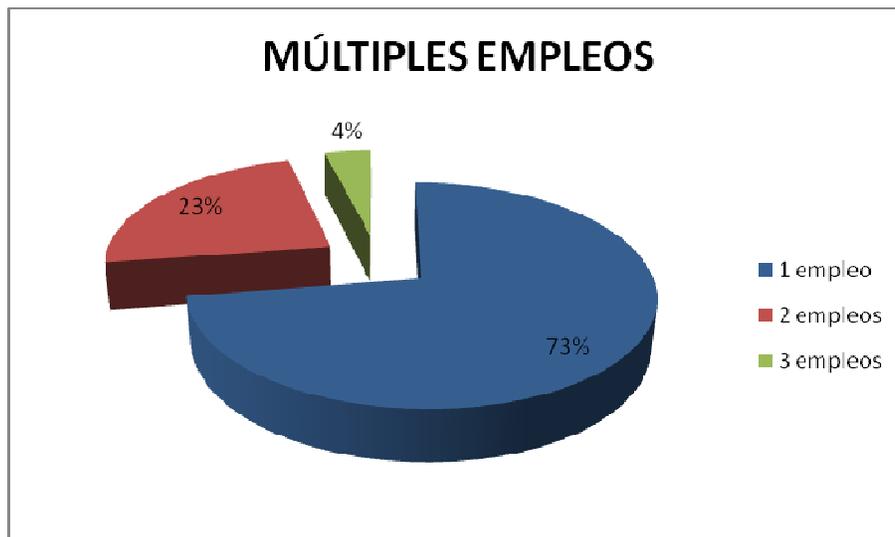


Ilustración 5: Porcentaje del personal paramédico según nivel de agotamiento emocional



Ilustración 6 Porcentaje del personal paramédico según nivel de despersonalización



Ilustración 7: Porcentaje del personal paramédico según nivel de realización personal



Ilustración 8: Relación de la funcionalidad familiar en el personal paramédico

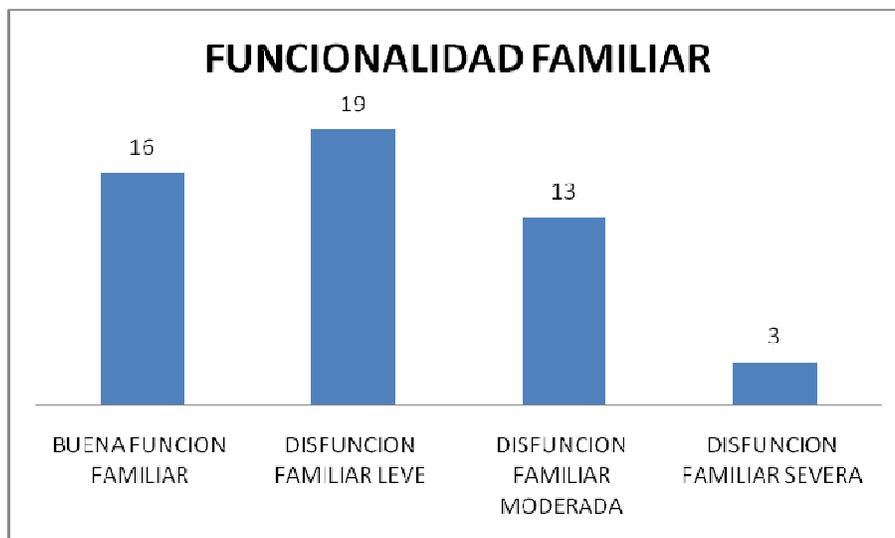


Ilustración 9: Relación porcentual de la funcionalidad familiar en el personal paramédico

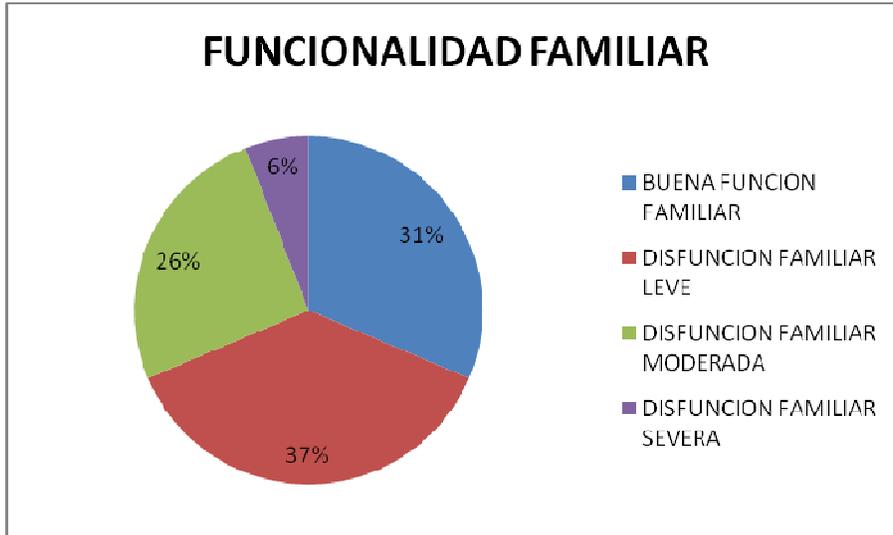


Ilustración 10: Relación entre estado civil para funcionalidad familiar

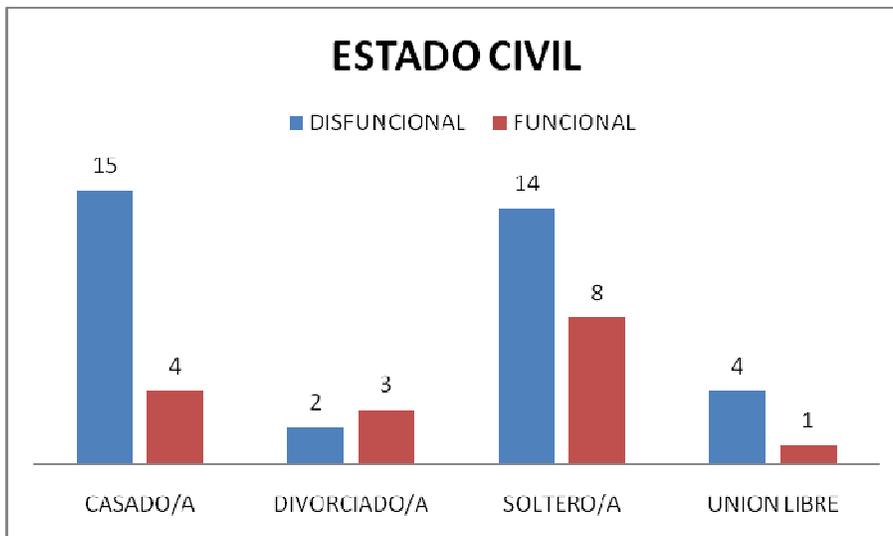


Ilustración 11: Relación del Burnout en relación a hombre y mujer

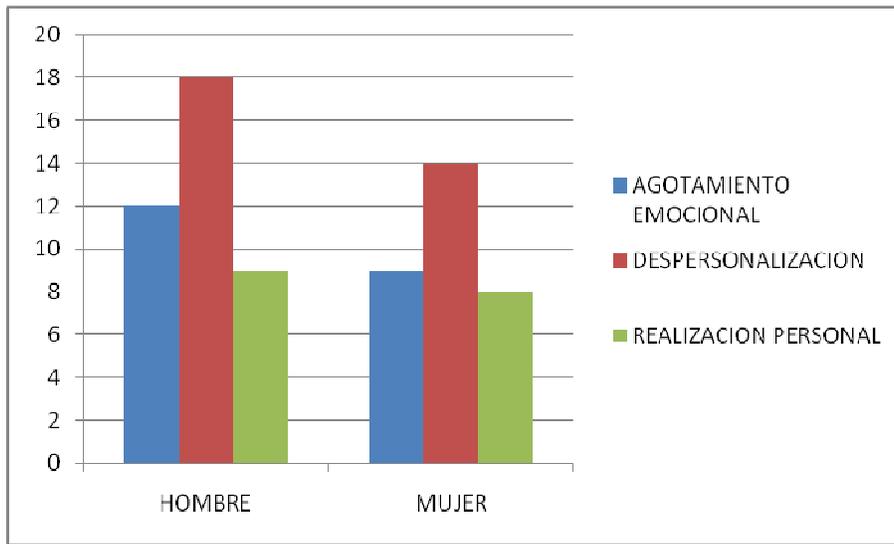


Ilustración 12: Relación del Burnout en relación a estado civil

