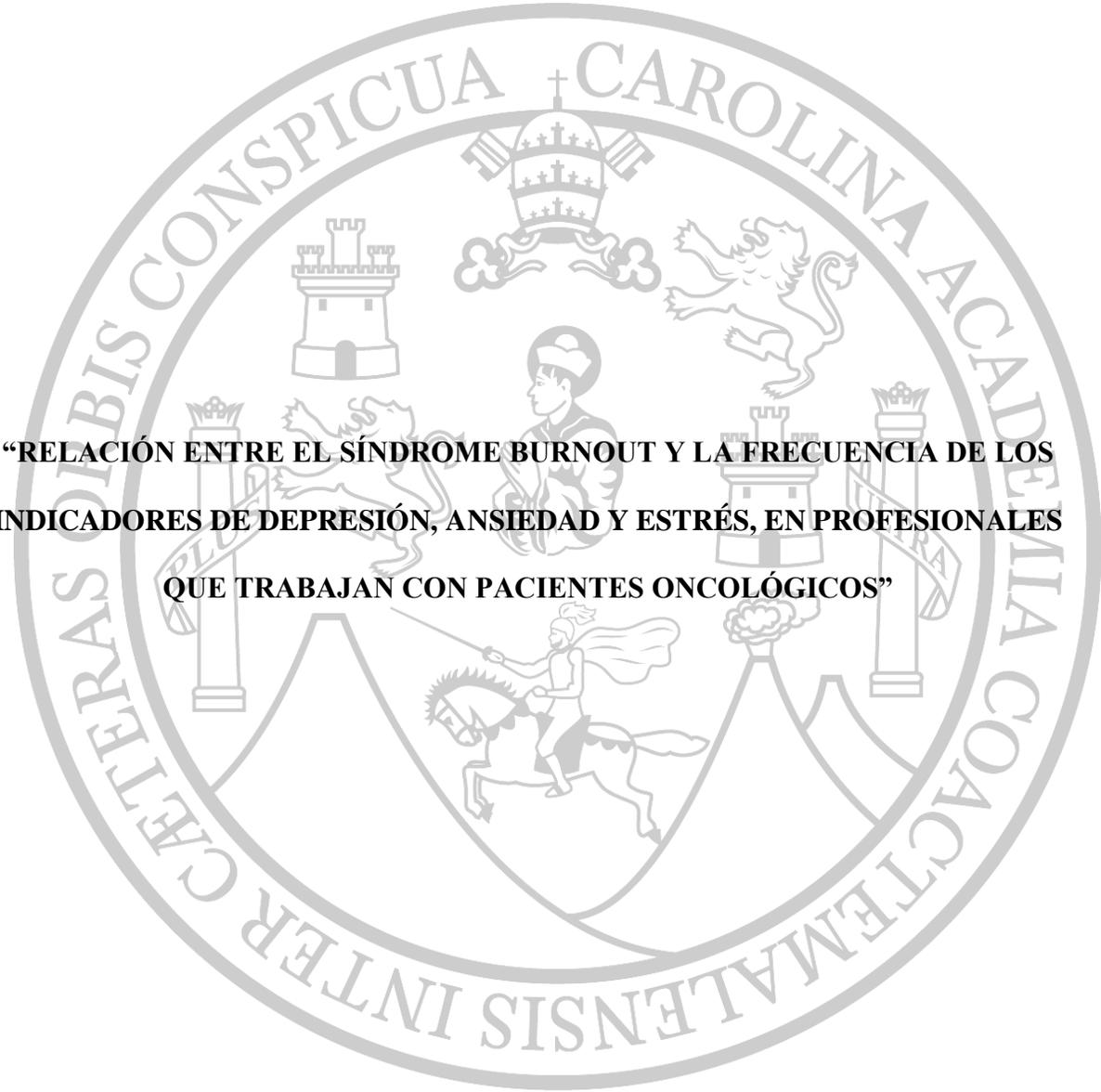


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a castle, and a lion. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERAS OBIS CONSPICUA".

**“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME BURNOUT Y LA FRECUENCIA DE LOS
INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS, EN PROFESIONALES
QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS”**

ANDREA SABINA SANTIZO ZA VALETA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME BURNOUT Y LA FRECUENCIA DE LOS
INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS, EN PROFESIONALES
QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ANDREA SABINA SANTIZO ZAVALETA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina.

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León.

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela.

M. Sc. José Mariano González Barrios.

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez.

Nery Rafael Ocox Top.

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz.

REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS



INFORME FINAL

Guatemala, 28 de junio de 2023

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME BURNOUT Y LA FRECUENCIA DE LOS INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS, EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS”.

ESTUDIANTE:
Andrea Sabina Santizo Zavaleta

DPI. No.
2073462910101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 14 de febrero de 2023 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 07 de julio de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”




Guatemala, 28 de junio de 2023

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME BURNOUT Y LA FRECUENCIA DE LOS INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS, EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS”.

ESTUDIANTE:
Andrea Sabina Santizo Zavaleta

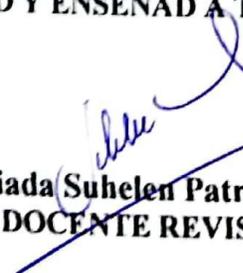
DPI. No.
2073462910101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 14 de febrero de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada **Suhelen Patricia Jiménez**
DOCENTE REVISORA





UIP 100-2023
28 de junio de 2023

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- Mayra Gutiérrez

Respetable Licenciado García:

Por este medio me permito informar que la alumna: **Andrea Sabina Santizo Zavaleta**, quien se identifica con el **CUI: 2073 46291 0101**, **Carné: 201216743**, participó como auxiliar en la investigación que lleva por título: **“Trabajar con el sufrimiento ajeno: evaluación e la salud mental y programa de acompañamiento psicosocial para profesionales que ayudan a pacientes oncológicos en el Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo Del Valle S. (INCAN)”**, la cual fue cofinanciada por la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Dicha participación fue acorde al Modelo de gestión de la investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas, trabajo de tesis denominado: **“Relación entre el síndrome Burnout y la frecuencia de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés, en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos”**

Extiendo esta carta para avalar su trabajo de campo y que sirva como respaldo en sustitución a la carta de la institución solicitada por el Centro de Investigación en Psicología – CIEPs- “Mayra Gutiérrez”.

Agradezco su atención y sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

“Id y Enseñad a Todos”



Maestro José Mariano González Barrios
Coordinador
Unidad de Investigación Profesional

C.c: Archivo
/G.C.

Guatemala, 28 de agosto 2022

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *"Relación entre el síndrome Burnout y la frecuencia de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés, en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos"* realizado por la estudiante Andrea Sabina Santizo Zavaleta, 2073 48291 0101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el centro de investigaciones en psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,



Licenciada María Alejandra Muralles Marín
Psicóloga
Colegiado activo No.
Asesora de contenido

MADRINAS DE GRADUACIÓN

Mónica Nineth Santizo Zavaleta

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

COLEGIADO 16360

María Alejandra Muralles Marín

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

COLEGIADO 11551

Acto que dedico:

A:

MI FAMILIA:

Por ser siempre el apoyo económico, la motivación para que alcance todas mis metas, gracias.

A LA SALUD MENTAL:

Se lo dedico a la salud mental que se requiere para graduarse, porque el hecho de llegar hasta acá, a veces se ve condicionado por un sinfín de circunstancias, me refiero a aquellas dificultades políticas, sociales y mentales que requiere todo el proceso relacionado a la graduación, por lo tanto, se lo dedico a todos mis amigos, amigas, personas que aún no conozco pero que están leyendo este fragmento, también a todos y todas a los que nos cuesta nombrar y reconocer las dificultades emocionales que surgen entorno a la certificación que acredita que podamos atender psicológicamente a otros seres tan jodidos como nosotros(as).

Agradecimiento

A:

Mis padres:

Por todo su amor y disposición para apoyarme a continuar con mis estudios, darme todo lo necesario para cumplir.

Mis hermanos:

Por su apoyo incondicional por que constantemente están velando sea mejor, por que logre lo que sueño, porque no me detenga, por que constantemente están pendiente que este donde quiera estar.

Mis amigas, amigos:

Por las muestras de apoyo constantes, por el acompañamiento en este camino lleno de buenos y malos momentos.

A la vida:

A la vida que me hizo encontrarme con usted, que, si bien no me viste en mi proceso de carrera, agradezco el apoyo y el amor que me has dado para ser mejor que ayer, porque me enseñaste que puedo con más, a usted, que hace 4 años fue como un respiro, un abrazo, un impulso. A usted que me ha dado más de lo que he pedido.

La unidad de investigación psicológica:

Por permitirme el espacio para el trabajo de esta esta tesis, en especialmente a la Licenciada Miriam Ponce, por su apoyo académico y la confianza en mí para verme crecer profesionalmente

Índice

Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	3
1. Planteamiento del problema y marco teórico	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivo general:	5
1.2.2. Objetivos Específicos:	5
1.3 Marco Teórico	5
CAPÍTULO II	22
2. Técnicas e Instrumentos	22
2.1 Enfoque y modelo de investigación	22
2.2 Técnicas	22
2.2.1 Técnicas de muestreo	22
2.2.2 Técnica de recolección de datos	22
2.2.3 Técnicas de análisis de datos	22
2.3 Instrumentos	23
2.4 Operacionalización de objetivos y variables	23
CAPÍTULO III	25
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	25
3.1 Características del lugar y de la muestra	25
3.1.1 Características de lugar	25
3.1.2 Características de la Muestra	26
3.2 Análisis general	50
CAPÍTULO IV	53
4. Conclusiones y Recomendaciones	53
4.1 Conclusiones	53
4.2 Recomendaciones	54
Referencias	55

Relación entre el síndrome *Burnout* y la frecuencia de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés, en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.

Autora: Andrea Sabina Santizo Zavaleta

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo general, determinar la relación entre el síndrome de *Burnout* y la prevalencia de indicadores de estrés, depresión y ansiedad en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos. De este se derivan tres objetivos específicos, el primero consiste en establecer la prevalencia del síndrome *Burnout* en estos profesionales, el segundo es determinar los niveles que presentan indicadores de ansiedad, depresión y estrés y el último es identificar los sentimientos negativos descritos en sus eventos laborales estresantes. Se llevó a cabo durante el año 2017 en una institución pública que atiende a pacientes diagnosticados con cáncer, ubicado en la capital de Guatemala. La exploración es cuantitativa de alcance correlacional. Las técnicas de muestreo que se utilizaron son de tipo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario que unifica dos pruebas para evaluar indicadores de *Burnout*, depresión, ansiedad y estrés.

Palabras clave: psicooncología, burnout, ansiedad, depresión, estrés, agotamiento laboral

Prólogo

El síndrome de burnout es quizá uno de los padecimientos más comunes en los espacios laborales en la actualidad. Las lógicas capitalistas y neoliberales en donde la producción prima sobre el bienestar es, en parte, responsables de la proliferación del burnout. Estas lógicas han trascendido los espacios con fines de lucro y se han instalado incluso en las instituciones públicas a través de prácticas como la ampliación de atribuciones sin una remuneración económica proporcional. Un fenómeno que se corresponde también con la intencional precarización de los sistemas estatales de atención con miras a la privatización de estos.

La investigación de la cual este informe forma parte explora la relación entre el agotamiento laboral y los roles desempeñados en el cuidado de pacientes de oncología, contrastando esta relación además con indicadores de ansiedad y depresión. La obtención de datos sobre el estado emocional de las personas que atienden a otras personas es clave para la dignificación de los servicios de salud, sin embargo, pareciera no ser una prioridad para el Estado guatemalteco. Es por ello que este informe se convierte en un insumo útil para generar información que permita cuidar a quienes cuidan.

La autora concluye que, a diferencia de los resultados de investigaciones anteriores tanto dentro como fuera del país, la prevalencia de burnout en la muestra con la que trabajó no es alta. Sin embargo, dentro de la lectura del informe resaltan las valoraciones realizadas por la investigadora en torno a aspectos como la dificultad para la recolección de datos debido a la resistencia por parte del personal a participar y el temor a que no se mantuviera el anonimato, frente a lo cual hace uno de los señalamientos más relevantes del texto: la importancia de la normalización de la atención psicológica e investigación con personas que laboran en el ámbito de salud del sector público. Resulta interesante también que el trabajo evidencia que la atención a pacientes no es desarrollada exclusivamente por personal médico y de enfermería, sino por personal administrativo, técnico y de servicio, sectores cuya carga laboral puede quedar invisibilizada y por tanto convertirles en una población vulnerable ante padecimientos psicológicos como el burnout.

Este estudio, invita a continuar prestando atención al bienestar emocional dentro del mundo del trabajo, independientemente de la naturaleza de cada espacio laboral, pero particularmente en aquellos ámbitos en los que el riesgo de la falta de bienestar se duplique al afectar al trabajador/a y a las personas a quienes atiende.

María Alejandra Muralles Marín

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1 Planteamiento del problema

Generalmente existe la capacidad de involucrarse afectivamente al trabajar con el sufrimiento ajeno en donde las emociones experimentadas pueden ser displacenteras. Provocando que el trabajador padezca sufrimiento, ansiedad, desesperanza, miedo, dolor, culpa y frustración. (Morales, Pérez & Menares, 2003; Sodeke-gregson, Holttum, & Billings, 2013). Esta sintomatología está asociada con el síndrome de Burnout que involucra sentimientos negativos de desesperanza y dificultades para lidiar con el trabajo. Los principales síntomas de este síndrome según Stamm (2010), son el cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Este síndrome afecta más a profesionales que trabajan en contacto directo con personas de escasa salud, como médicos, enfermeras, bomberos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle & Domínguez, 2004).

Los profesionales que laboran con pacientes oncológicos frecuentemente presentan niveles altos de Burnout, relacionados a la existencia de estrés y ansiedad como rasgos característicos del personal que lo presenta (Potter, Deshields, et. al., 2010), (Topa, Fernández, & Lisbona, 2005), (Rodr, 2016). Existen investigaciones que han propuesto que los indicadores de estrés están altamente correlacionados con ansiedad y depresión, generalmente, la aparición sintomática de uno aumenta los síntomas del otro (Lovibond & Lovibond, 1993). Los rasgos depresivos, de ansiedad y estrés como la desesperanza, falta de interés, excitación, impaciencia, irritación, discapacidad de relajarse, entre otros, por conocimiento empírico, se pueden relacionar con el síndrome Burnout. Sin

embargo, no existen investigaciones que confirmen esta correlación entre las variables específicas: estrés, ansiedad, depresión.

En Guatemala existen algunas investigaciones en el área de la salud sobre el desgaste laboral, tal es el caso de un estudio sobre *Burnout* en residentes del Hospital Roosevelt de Guatemala, se encontró que existe un nivel de 55% de prevalencia del síndrome burnout en la población evaluada. Sin tomar en cuenta al resto de profesionales que laboran en este hospital, (Chacón, 2015). En otro estudio sobre el desgaste laboral en el Hospital Nacional de Salud Mental, se estimó una prevalencia del síndrome a un 12.24% de la muestra, evidenciando que el *Burnout* puede presentarse en múltiples condiciones y profesiones, siendo el más afectado con un 30% de prevalencia el departamento de intendencia, (Ochomongo, Barrera, 2011). Una de las limitantes de estas investigaciones es que no han tomado en cuenta otras posibles variables que pudieran intervenir en el diagnóstico.

Debido a que en Guatemala las investigaciones en las que aborden las condiciones psicológicas del personal que atiende a pacientes oncológicos son escasas surge el interés de determinar el comportamiento del síndrome de desgaste laboral (***burnout***) en oncología y conocer si existen relación entre este y los síntomas de estrés, depresión y ansiedad que a la vez se pueda relacionar con variables de estrés, depresión y ansiedad, planteándose las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la relación entre el síndrome de Burnout e indicadores altos de depresión, ansiedad y estrés en los profesionales?; ¿Cuál es la prevalencia del síndrome Burnout en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos?, ¿Cuáles la relaciones del síndrome burnout con los indicadores de ansiedad, depresión y estrés?.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la frecuencia de los indicadores de depresión, ansiedad y estrés en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos

1.2.2. Objetivos Específicos:

Establecer la frecuencia del síndrome Burnout en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos

Identificar los niveles que presentan los indicadores de ansiedad, depresión y estrés en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos

Determinar la relación de burnout con los niveles de ansiedad, depresión y estrés en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.

1.3 Marco Teórico

Antecedentes

En el mundo laboral, existe la posibilidad de perder el interés por el trabajo realizado a causa de los múltiples factores, en específico si se trabaja con otras personas. Cuando un profesional de la salud trabaja con el sufrimiento ajeno, especialmente con personas próximas a morir, es más frecuente que se desarrolle

diferentes patologías de la salud mental que lo lleve a experimentar incluso, efectos físicos. (Whippen & Canellos, 1991)

Algunos de los síntomas que presentan estos profesionales son: dejar de experimentar satisfacción por la atención y en vez de eso presentan agotamiento, decepción, pérdida de interés en la actividad laboral, frustración y fatiga. Estos síntomas pertenecen al síndrome de Burnout. El término fue acuñado por Freudemberger en 1974. En el 2010, Stamm propuso 3 indicadores de este síndrome: Despersonalización, cansancio emocional y falta de realización personal.

A continuación, se presentan algunas de estas investigaciones, como también investigaciones de otros países que han hecho estudios con profesionales que atienden pacientes oncológicos.

Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital Roosevelt de Guatemala

Este estudio fue realizado en el año 2015 y dirigido por Chacón Montiel. El objetivo del estudio era determinar la prevalencia que pudieran presentar los residentes del Hospital Roosevelt de Guatemala según su nivel académico, su especialidad, el género, estado civil, edad, etc. Como población tomaron a 229 estudiantes que se encontraban haciendo maestría en las diferentes especialidades de dicho hospital

La prevalencia encontrada en la población completa fue equivalente al 55%, los resultados según departamento se observaron entre los más altos fueron los de pediatría, medicina interna y cirugía con prevalencias equivalentes. No se encontró ninguna diferencia significativa en cuanto al sexo, pero sí fue más significativa entre los médicos por otra parte, maneja el concepto de Burnout jóvenes, solteros y sin hijos (Chacón Montiel 2015).

Se encontró que la edad no influía en este padecimiento a nivel general, sin embargo, se encontró que los estudiantes de primer año son los más afectados y

aunque la prevalencia va disminuyendo conforme los años, al llegar a los últimos dos años (cuarto y quinto) la prevalencia no difiere, es decir, no disminuye ni aumenta.

El nivel de prevalencia encontrado en el Hospital Roosevelt (55%), es similar a los resultados de otros investigadores como Martini, Arfken y Churchill quienes evaluaron a una muestra de 321 residentes de otros hospitales donde el resultado fue de 50%.

Prevalencia del síndrome *Burnout*, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala

Este estudio fue realizado por Ochomongo y Barrera See King en el año 2011. El objetivo de este fue determinar la prevalencia del síndrome *Burnout* en el personal que labora en el Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, a la vez también pretendían identificar las posibles relaciones entre el tipo de trabajo que desempeñan estos profesionales y la prevalencia de *Burnout*.

La muestra utilizada estuvo conformada por 485 personas que laboran en este hospital dividiendo en dos grupos: trabajadores de atención directa a pacientes internos (grupo A) y trabajadores del área administrativa que sostienen contacto indirecto con los pacientes internos (grupo B).

En las conclusiones de esta investigación, reconocen una cifra de 12.24% de prevalencia en toda la población, demostrando que el síndrome puede presentarse en múltiples condiciones de los profesionales de la salud. En el grupo que se presentó mayor porcentaje fue el grupo B con un 15.8%, siendo el departamento de intendencia el de mayor puntuación con un 30, relacionándolo con diferentes factores como salarios bajos, incapacidad en la toma de decisiones, pocos incentivos laborales, poca capacidad de resiliencia, etc

En cuanto al grupo A, las personas que presentaron mayor prevalencia de *Burnout* fueron las más jóvenes con un porcentaje de 13.4. Así mismo, puntuaron altamente las personas que con menos años de laborar en dicho hospital. Finalmente, al comparar ambos grupos, no se encontró relación estadísticamente significativa en el trabajo desempeñado y la prevalencia de *Burnout*.

Estudio comparativo del síndrome de *Burnout* en profesionales de oncología:
incidencia y gravedad.

Esta investigación fue realizada en el año 2000 por Montero, Lorente y colaboradores. El objetivo de este era conocer la incidencia del síndrome de *Burnout* en las distintas unidades del Servicio de Radioterapia y Oncología de un hospital de Granada. Las unidades evaluadas fueron cuatro: Hospital de día, servicio de oncología, unidad de cuidados paliativos y unidad de cobalto y radioterapia.

En este mismo se encontró que en la sala de oncología fue donde se presentan los niveles más altos del síndrome *Burnout* (5,37), en comparación con el resto de las unidades. Así mismo las mujeres en las sala de oncología presentaron niveles más altos (4,93) que los varones (4,28). Los enfermeros presentan mayores niveles de este síndrome que los médicos y el personal con plaza temporal tiene mayor puntuación que el personal con plaza fija.

Síndrome de Burnout

Este síndrome hace referencia a un tipo de estrés que se produce en el ámbito laboral e institucional y que se genera particularmente en los profesionales que constantemente deben mantener una relación directa hacia otras personas, proveyendo ayuda hacia otros. Entre esos puede señalarse a profesionales entran desde docentes, bomberos, policías, personal de enfermería, médicos, etc., (Atance, 1997).

Quienes acuñaron el término de Burnout fueron Freudemberger en 1974 y Maslach y Jackson en 1979. Según Freudemberger, es una experiencia de

agotamiento, decepción, pérdida de interés en la actividad laboral, estado de frustración y fatiga por estar comprometidos al trabajo. Según Maslach y Jackson, un síndrome de agotamiento emocional y cinismo, presentándose frecuentemente en personas que trabajan en contacto con otras.

Stamm en el 2010 por otra parte, maneja el concepto de Burnout como un elemento de los efectos negativos de la satisfacción por compasión. Se asocia con sentimientos de desesperanza, dificultades para lidiar con el trabajo y realizarlo con eficacia. Por lo general se da de forma gradual. Las tres dimensiones del síndrome de Burnout bajo las que trabaja Stamm son agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

El estrés se presenta en diferentes formas de la vida diaria, especialmente en el trabajo, dentro del contexto de la salud laboral surge el síndrome de Burnout, este síndrome puede llegar a afectar más a profesionales que sostienen un contacto directo con personas. Tiene mayor repercusión en los profesionales como de la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc. Existen diversos autores que problematizan el síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. (Chacón, Grau, et. al. 2006; Craig & Sprang, 2010; Whitebird, Asche, et. al., 2013; Yoder, 2010).

Se ha demostrado que la incidencia de Burnout es mayor en profesionales sanitarios del área oncológica que otras áreas clínicas, necesitando un equilibrio psicológico y físico para lidiar con la responsabilidad asistencial que conlleva la atención en esta área. (Albaladejo, Villanueva, et. al., 2004)

La escala más conocida para la medición del síndrome de Burnout es la escala MBI (Maslach & Jackson, 1986). También existe la escala de ProQOL (Professional Quality Life Scale), que es una escala de 30 ítems con respuestas tipo Likert que evalúa indicadores del síndrome de Burnout junto con otras dos subescalas: satisfacción por compasión y fatiga por compasión (Stamm, 2010).

Esta última escala es la más completa, y adecuada para el trabajo con personal que atiende pacientes, pues contiene relación entre los indicadores de satisfacción y fatiga por compasión que es con lo que trabajan los profesionales de salud. La definición de la escala satisfacción por compasión hace referencia al placer que se obtiene de ayudar a otros a través del trabajo y la escala de fatiga por compasión es la contraparte, hace referencia a la ira, agotamiento, frustración, depresión a causa de la poca satisfacción del trabajo realizado. (Stamm, 2010)

Etapas de evolución del síndrome de *Burnout*

Jerry Edelwich y Archie Brodsky en 1980, propusieron explicar la evolución del síndrome de *Burnout* en 5 etapas, las cuales se explicarán a continuación:

- Entusiasmo. Es la etapa de inicio del trabajo, en donde se llega con mucha fuerza y expectativas positivas para las nuevas jornadas laborales. Esto puede ocasionar que la persona tenga que soportar una carga energética muy excesiva para sí mismo, en esta etapa, las personas pueden sobrecargarse de actividades por la motivación con la que empiezan.
- Estancamiento. Es la etapa en la que se volatilizan las expectativas y motivación con la que se da inicio en la etapa primera al encontrarse con la realidad laboral. La persona comienza a desilusionarse, obligándose a crear cambios en su espacio laboral, es decir, un cambio de trabajo, traslado, etc., puesto que la desilusión es bastante grande. A pesar de reconocer que necesita este cambio, no es capaz de realizarlo, pues el miedo de no poder encontrar otro trabajo que le pueda proveer de las necesidades que necesita el sujeto en ese momento de su vida

- **Frustración.** Es en esta etapa, en donde el sujeto comienza a perder el sentido de su trabajo en cada espacio laboral. Ya se comienzan a evidenciar problemas tanto emocionales (como signos de ansiedad, en ocasiones aumento de agresividad, etc.), problemas dirigidos tanto hacia los compañeros de trabajo, los jefes como a los clientes. Asimismo problemas con los amigos cercanos, la familia e incluso una falta de aceptación en hacia sí mismo prevaleciendo sentimientos de inferioridad, el no sentirse útil para llevar a cabo la tarea que le corresponde en su área laboral.
- **Apatía.** En esta etapa, la persona comienza a rendir muy por debajo de las capacidades que posee para realizar sus actividades laborales por decisión propia, denota mucha falta de interés por esforzarse, por sus metas personales y laborales. Huye del trabajo. Existe una decadencia en la importancia de las relaciones que sostenía con sus compañeros, familia, amigos.
- **Distanciamiento.** Finalmente, el trabajador tiende a ignorar las responsabilidades a propósito, evita todo tipo de iniciativa que se le pueda presentar puesto que no desea esforzarse por obtener cambios significativos en su trabajo. A la vez, la motivación por compartir con las personas de trabajo continúa en decadencia. Comienzan a darse signos de una autoestima muy afectada, maneja sentimientos de inutilidad y la desvalorización de sí mismo. Es en esta etapa cuando el trabajador se limita a hacer únicamente lo exactamente suficiente (según su perspectiva), para conservar su puesto laboral.

Por otro lado, el proceso para llegar a desarrollar el síndrome de *Burnout* inicia con la despersonalización de la persona, esto es un mecanismo para poder sobrellevar el estrés.

Consecuencias del síndrome de *Burnout*

Según Minda Marroquín (2012), entre las consecuencias que se obtienen del padecimiento de este síndrome, se encuentran incluso afectaciones físicas en los profesionales. Incapacita al cuerpo para descansar y es frecuente un aumento de tensión muscular debido a los altos niveles de estrés que maneja la persona. Afecta las capacidades del sueño, pues no llega a hacer en algún momento nada reparador y usualmente presentan un contenido manifiesto en el sueño que tiene que ver con situaciones reales en el trabajo. En casos extremos, puede llegar incluso a provocar insomnio provocando irritabilidad y agresividad en el comportamiento de la persona, repercutiendo nuevamente en las relaciones sociales y demás esferas de la vida del sujeto.

Supra (revisar referencia) escribe que los síntomas del *burnout* pueden tener consecuencias que afecten a la organización y al ambiente de trabajo ocasionando un progresivo deterioro de comunicación en las relaciones interpersonales, también disminuye la productividad y eficacia de los servicios que presentan los trabajadores afectados por este síndrome. A su vez, incrementa la inmoralidad y la falta de ética, pensamientos de querer cambiar de empleo constantemente, esto debe involucrar la atención de la organización con la que se está trabajando, puesto es su responsabilidad de hacer ajustes para cubrir las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, o seguir perdiendo la calidad del servicio que esta está brindando. Esto es más importante en las personas que prestan un servicio de salud, puesto que al dar una atención de ayuda directamente con seres humanos están poniendo en riesgo no solo la vida de la persona atendida, sino que también la vida propia, esto es un desencadenante más fuerte para que las personas que trabajan con un servicio de ayuda desarrollen este tipo de sintomatología característico del *Burnout*.

Marroquín también afirma que se le presta especial atención al proceso de selección a los trabajadores de cualquier institución, sin embargo, no se le da un

seguimiento una vez estando contratado y funcionando dentro de la misma, el bienestar integral de la persona deja de importar, olvidando que es parte vital de que la empresa o institución pueda brindar excelentes servicios. Las condiciones laborales adecuadas son las que generan mayor productividad y a mayor crecimiento empresarial, el crecimiento empresarial se evidencia. (Marroquín, 2012)

Maslach y Jackson en 1981, describen que este síndrome puede tener afectaciones de la siguiente manera:

- Síntomas físicos. Cefaleas, problemas de sueño, úlceras, desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergia, dolor muscular, cansancio y agotamiento y en las mujeres incluso pérdida de ciclos menstruales
- Síntomas emocionales. Aburrimiento, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, soledad, impotencia.
- Síntomas conductuales: Conducta despersonalizada en el momento de relacionarse con otras personas. absentismo laboral, cambios de humor, abuso de drogas, desconcentración, vivir de forma relajada, superficialidad en sus relaciones hacia los otros, conducta hiperactiva y agresiva, cinismo, ironía hacia los clientes y miembros del trabajo, aislamiento, negación, irritabilidad, atención selectiva, apatía, hostilidad.

Prevención

Rosales García escribe en el 2012 que esos factores que se deben fortalecer para que una persona no continúe desarrollando síntomas del burnout también deben ser la causa para mejorar la calidad de vida laboral para la prevención del

estrés en el trabajo, trabajando desde un nivel de organización seguido de un nivel interpersonal, hasta llegar a un nivel individual. Si bien es importante que se haga una evaluación para detectar cuáles son los factores que influyen mayormente al padecimiento de estos síndromes por parte de la institución, también es necesario que cada trabajador pueda ser atendido individualmente en la medida de lo posible, en aquellos en los que se ha detectado mayor deterioro.

Para que un trabajo sea un espacio de sanidad física y psicológica, debe sostener ciertas características como el ser un ambiente motivador, que no sea repetitivo, que exista cierto reconocimiento de la labor del trabajador. A nivel personal, cada individuo puede tomar las siguientes recomendaciones:

- No sobrecargarse de tareas y menos que no formen parte de lo que le corresponde habitualmente
- Utilizar los recursos que posea el lugar de trabajo para comunicación como recursos humanos, correo interno, sistema de sugerencias, etc. De manera que puedan comunicar las inquietudes que se le presenten y puedan darle un seguimiento a las mismas.
- Avocarse a personas que anteriormente hayan tenido experiencia ante este padecimiento y pedir consejo, guía y acompañamiento. Es más efectivo si se acude a un profesional.
- Aprendizaje en el control emocional. Se necesita exponer las quejas, inquietudes o comentarios basados en hechos concretos y proponiendo soluciones. De igual forma dejar claro que esa afectación puede ocasionar repercusión no solo a la persona que directamente se ve afectada, sino exponer cómo afecta a la institución o empresa en general si no se resuelve esa inquietud.

- Autoconocimiento. Es importante reconocer y valorar hasta qué punto es capaz cada persona de poder brindar un servicio, sin excederse y sin trabajar por debajo de sus capacidades. Ser racionales sobre las posibilidades y herramientas de cada uno para hacer frente a situaciones laborales específicas.
- No olvidar el tiempo de recreación. Es importante que aunque la persona no cuente con un tiempo libre extenso, pueda aprovechar cada momento en el que se encuentre sin responsabilidades, olvidar preocupaciones y tomar un tiempo para sí mismo, amistades o familia.

Depresión Ansiedad y Estrés

Depresión

La depresión se puede definir como el cúmulo de síntomas afectivos, que se ven reflejados en el físico y en la psique de las personas; los principales signos son pérdida de interés en la vida, falta de energía vital, verbalización de ideas pesimistas. La depresión es un trastorno que puede llegar a ser crónico o leve y logra afectar el desempeño laboral y la capacidad para enfrentar la vida cotidiana (Jesús, Sudupe, Taboada, Castro, & Ventosos, 2006).

Algunas personas pueden deprimirse temporalmente y otras pueden llegar a desarrollar un cuadro clínico depresivo, el cual es menos común. Las características que usualmente están presentes en la depresión son el estado de ánimo disfórico y la pérdida de interés o placer en casi todas de sus actividades. En el estado de ánimo disfórico, encontramos un sentimiento de tristeza, desesperanza, irritabilidad, preocupación, etc. Sin embargo, también llegan a haber otras afectaciones a nivel físico: pérdida de apetito, cambios drásticos de peso, alteraciones del sueño, pérdida de energía, cambios psicomotores, constantes agitaciones o por el contrario, reacciones muy lentas, sentimiento de auto reproche, desvalorización a sí mismo, incapacidad del juicio, de toma de decisiones o de concentración,

manifestaciones de ideas suicidas o deseos de morir. Disminución en el cuidado de su salud, esto lleva a relacionar la depresión con las manifestaciones de algunas enfermedades como esclerosis múltiples, virus, cáncer, desórdenes en las glándulas tiroideas, etc. (Patzan & García, 2005)

Existe un trastorno depresivo general que se desglosa en el DSM IV-TR, el trastorno depresivo puede comenzar a cualquier edad, sin embargo, la edad promedio es a la mitad de la tercera década por las implicaciones sociales que van incluidas dentro de esta etapa de la vida (envejecimiento, por ejemplo). El curso de este es muy variable, algunos tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos mientras que otros tienen episodios bastante seguidos o agrupados, incluso otras personas tienen episodios más frecuentes conforme se vuelven mayores. En los episodios depresivos mayores, pueden desaparecer completamente o hacerlo parcialmente. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se pueden producir después de haber experimentado una situación de estrés psicosocial grave, como la muerte o separación de un ser querido. Se considera que los acontecimientos psicosociales desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o segundo episodio del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Así mismo, las enfermedades crónicas y dependencias a sustancias pueden contribuir al inicio o la exacerbación de este trastorno.

Ansiedad

La ansiedad forma parte de la cotidianidad es la emoción más común que está presente desde la infancia hasta la muerte del sujeto, se puede decir que es una respuesta natural que se da ante la exposición de situaciones amenazantes a la vida de una persona. La constante exposición del personal de salud en su contexto laboral ante la atención de diferentes pacientes como en cualquier medio en el que se relacione en determinado momento bajo ciertas circunstancias la ansiedad siempre se presentará de forma moderada y esta se podrá observar como natural.

Sin embargo, cuando el sujeto se mantiene en un estado constante de agitación o muestra claramente una inquietud física y mental en cada momento de su interacción con el entorno en el que no se le atribuye a una realidad o a un estado de peligro, si, no se muestra como estado de crisis en él se puede observar que aumentado su intensidad, frecuencia o duración puede exponernos a una ansiedad patológica en los empleados tanto a nivel emocional como funcional (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

La ansiedad está caracterizada por el sentimiento de anticipación, temor o aprensión ante una situación amenazante, que asocia al cerebro a altos grados de excitación y reactividad autónoma. Es un factor de adaptación ante situaciones conflictivas. Si la ansiedad se presenta continuamente puede llegar a desarrollar desórdenes psicosomáticos, vuelve a la persona en un estado de sobre alerta, sensible, perceptiva. En cambio, si se presenta moderadamente o si se sabe controlar el manejo de esta, puede ocasionar que vuelva a la persona propensa para afrontar crisis. (Sarason, 1996)

El contexto en el que el sujeto labora o se relaciona constantemente causa indefinidas situaciones que hacen que sus niveles de ansiedad sean cambiantes logrando inestabilidad.

Freud en uno de sus escritos el cual M. Klein menciona en el documento sobre la teoría de la ansiedad y la culpa explica que el ser humano registra ansiedad al sentirse reprimido desde edad muy temprana. Los deseos laborales o personales que son frustrados aumentan la angustia y tras vivir constantemente de prisa o preocuparse continuamente, logra distintas respuestas.

Según la teoría de Lang en 1968, citado en (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel, & García-Fernández, 2012) en la que propone tres tipos de anifestaciones de la ansiedad la conductual o motora, la fisiológica y la cognitiva

como la forma de dar respuesta, tanto al resultado de la ansiedad en un individuo, cómo entender la ansiedad y sus trastornos.

Dentro de investigaciones recientes se correlaciona las respuestas hacia los diferentes niveles ansiedad manifestada de forma 1. Cognitiva: la ansiedad en este caso se presenta en pensamientos persistentes ante situaciones de peligro, sentimientos miedo o preocupaciones ante distintos cambios que ocurren en el entorno, el sujeto se anticipa al los hechos teniendo imágenes muy puntuales de lo que sucederá, en el caso de la ansiedad patológica la persona se presenta en situación de pánico divulgando los pensamientos más atemorizantes ante dicha situación. 2. Fisiológica: El sistema nervioso central se exhibe, alterando la normalidad del ritmo cardiaco, el sistema respiratorio con una frecuencia alterada. 3. Motoras: La respuesta que se tiene a la ansiedad son tics, temblores, tartamudeo entre otros como evitación o escape o disminución de la memoria a corto plazo.

Donde demuestran que el sujeto puede percibir las tres manifestaciones, como solo una o solo dos en cualquiera de sus combinaciones, debido a que la ansiedad produce una anormalidad dependiendo de la situación y el contexto, por lo que el personal de salud que trabaja con pacientes oncológicos se puede ver afectado (Martínez-Monteagudo et al., 2012).

Tabla 1

Técnica de reducción de la ansiedad atendiendo a la respuesta que la ansiedad produce.

Componente cognitivo	Componente fisiológico:	Componente motor o conductual
Técnicas de autoinstrucciones.	Entrenamiento en relajación.	Entrenamiento en habilidades sociales.

Reestructuración cognitiva.	Desensibilización sistemática.	Práctica reforzada.
	Técnicas de biofeedback.	Exposición

Estrés

Es común en los profesionales que atienden paciente con problemas oncológicos, tengan una reacción estresante en algún momento ya que su labor se desempeña en diferentes escenarios donde el paciente presenta cuadros críticos de salud. El profesional constantemente está poniendo a prueba su conocimiento y capacidad para afrontar diferentes situaciones lo cual puede producir estrés, al momento de que la presión a resolver o afrontar dichas situaciones son excesivas y difíciles de controlar.

Las causas del estrés siempre vienen acompañadas con signos que se denotan en el estado físico y mental, cada escenario que se desarrolla en la rutina de los profesionales de salud mental, puede ser un precursor para el desarrollo de estrés por tanto hay que considerar que hay circunstancias que dependen exclusivamente de hospital o del área a trabajar, como una mala organización de recursos tanto del personal como material, como la distribución de horarios, turnos, medicamentos, asignación de pacientes, presiones en el cumplimiento de metas y gestiones de rutina que puedan ser mal procesadas o equilibradas entre el personal. Como también algunas de la causas relevantes, el exceso de trabajo, Horarios y sistema de turnos mal diseñados, un contexto laboral poco grato para el personal, con incomodidad al movilizarse, Relaciones inesperadas dentro del personal, no le proporcionan apoyo para la resolución de los problemas entre el personal, malas relaciones con los compañeros, sin cultura institucional, mala comunicación entre el personal, liderazgo inadecuado, como también esas exigencias económicas, falta

de apoyo en el trabajo con problemas familiares, falta de apoyo familiar con el trabajo.

En cada persona son diferentes los efectos del estrés laboral los cuales se pueden ver reflejados a causa de distintas circunstancias. Cada individuo se ve afectado por distinta forma, dependiendo del lugar desde la realidad de su contexto, si corre algún riesgo o como el puesto de trabajo, la responsabilidad que tiene al decidir un procedimiento con algún paciente o al resguardar información de un expediente. El personal que trabaja con pacientes oncológicos, que atraviese presiones en su profesión, integridad u otros puede tener diferentes tipos de reacciones representándose físicamente como mentalmente. Cuando trabajador se siente estresado le resulta casi imposible obtener equilibrio entre la vida laboral y la vida personal.

En algunos casos las representaciones mentales se pueden establecer como el presenta cuadros de alta angustia o intranquilidad, irritabilidad constante ante las tareas cotidianas que debe realizar, no logra alcanzar tranquilidad, es difícil que el trabajador se encuentre comprometido con su responsabilidad, no suele poder tomar decisiones positivas ya que el estrés produce que el individuo se encuentre en un estado de cansancio y desequilibrio cognitivo. El estrés se puede representar físicamente como problemas, cardiacos, Trastornos digestivos o alimenticios, migrañas entre otras.

La entidad donde se trabaja puede ser un predecesor del estrés en su personal lo cual produce una gran cantidad, de problemáticas como, el bajo rendimiento laboral o la apatía al mismo, con la amenaza de obtener baja productividad y como anteriormente se mencionaba el trabajador puede mantenerse poco saludable a lo cual también lo pueda llevar a interesarse por el consumo excesivo de alcohol y cigarrillo, menor dedicación a su trabajo provocando practicas pocos seguras, el aumento de quejas de los pacientes o usuarios hacia los profesionales de la salud.

Correlación de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)

La DASS está compuesta por 3 escalas, una para cada variable (Depresión, Ansiedad y Estrés), la correlación entre las mismas fue propuesta por Lovibond en 1993. La sintomatología de las escalas fue obtenida en su mayoría del DSM III-R. (Lovibond & Lovibond, 1995). Los rasgos de depresión están asociados con estados de ánimo disfóricos (como tristeza, desesperanza, auto-depresión e inutilidad). Caracterizado por pérdida de autoestima y el incentivo. La escala de depresión evalúa: La disforia, desesperanza, devaluación de la vida, autodesprecio, falta de interés e inercia.

Lovibond describe la ansiedad en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo. Vinculado a un estado prolongado de ansiedad y respuesta aguda al miedo. La escala de ansiedad evalúa: Ansiedad situacional, excitación autónoma, efectos en el esqueleto/musculatura, experiencias subjetivas de los efectos de ansiedad. El estrés es descrito como la tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas relacionados con tensión, irritabilidad, y activación persistente, con bajo umbral para ser perturbado o frustrado. La escala de estrés evalúa: la dificultad para relajarse, facilidad de agitación o de molestarse, impaciencia, irritación y actuar de forma sobre-reactiva.

CAPÍTULO II

2. Técnicas e Instrumentos

2.1 Enfoque y modelo de investigación

Enfoque cuantitativo asociado al paradigma neopositivista. En este enfoque se plantea un problema específico, se incluyen variables que serán sujetas a medición o comprobación, así mismo se formulan una o varias hipótesis que resultan ser la respuesta tentativa al problema de investigación. Requiere de un conjunto de técnicas estadísticas para el análisis de la información recabada en el trabajo de campo.

Modelo de corte correlacional. Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en otra variable.

2.2 Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

Fue de tipo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta a los profesionales que proporcionen un servicio a los pacientes de un hospital de oncología guatemalteco.

2.2.2 Técnica de recolección de datos

Se utilizó para el alcance de los objetivos un Cuestionario Unificado de escala Likert, con la Dass-21 y PROQL v-5.

2.2.3 Técnicas de análisis de datos

Los datos obtenidos se revisaron y analizaron a través de estadísticas de correlación de Pearson, medidas de tendencia central, obtención de frecuencias y porcentajes.

2.3 Instrumentos

El cuestionario unificado está contenido por dos pruebas estandarizadas, las cuales son: Professional Quality of Life (ProQol) Versión 5, creada por Stamm en el 2010, para medir el síndrome de Burnout y Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) creado por Lovibond & Lovibond en 1993, para medir indicadores de depresión, ansiedad y estrés.

2.4 Operacionalización de objetivos y variables

Objetivos Específicos	Variables	Definición Operacional	Técnicas Instrumentos
Establecer la prevalencia del síndrome Burnout en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.	<u>Síndrome de Burnout</u> Este síndrome hace referencia a un tipo de estrés que se produce en el ámbito laboral e institucional y que se genera en los profesionales que constantemente deben mantener una relación directa hacia otras personas, este proceso es de manera gradual compuesta por tres	Indicadores que expresa: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.	<i>Professional Quality of Life v. 5</i> . O por sus siglas en inglés: <i>ProQol</i> , fue creada por Stamm en el año 2010.

	dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.		
Determinar los niveles que presentan los indicadores de ansiedad, depresión y estrés en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos	<p><u>Ansiedad</u> Es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo. Vinculados estados prolongados de ansiedad y respuesta aguda al miedo.</p> <p><u>Depresión</u> Compuesto por síntomas asociados con estados de ánimo disfóricos (tristeza, desesperanza, auto-depresión e inutilidad). Caracterizado por pérdida de autoestima e incentivo.</p> <p><u>Estrés</u> Tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas de tensión, irritabilidad, y activación persistente, con bajo umbral para ser perturbado o frustrado.</p>	Indicadores que expresa: síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular, miedo, ánimo disfóricos y tensión, irritabilidad, y activación persistente.	<i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i> , o DASS por sus siglas en inglés. Este fue creado por los hermanos Lovibond en 1993.

CAPÍTULO III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.1 Características del lugar y de la muestra

3.1.1 Características de lugar

La investigación fue realizada en una institución pública donde se atienden a pacientes oncológicos ubicada en la ciudad de Guatemala. Este lugar ofrece diagnósticos, tratamientos y atención integral a pacientes paliativos cuentan con unidades especiales, exámenes y análisis de laboratorio, un departamento de archivos, diferentes clínicas como: nutrición, mamografía, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, y banco de sangre, laboratorio de patología y citología, unidad de estomatología, actualmente cuenta con 120 camillas para atención de pacientes internados.

La institución fue fundada en 1952 por la inquietud del Club Rotario de Guatemala, la comisión fue precedida por el Dr. Bernardo del Valle, por quien mantiene ahora el nombre, la primera clínica fue inaugurada el 28 de agosto de 1953; a la fecha ofrece servicios de bajo costo, en comparación a las entidades privadas, dicho instituto es el único que brinda atención medica en la especialidad oncológica a nivel Centro Americano.

Esta institución se encarga también de atender y registrar los datos de cada paciente en su proceso de atención de cáncer, los diferentes tipos, etapas, el crear planes generales y específicos para su abordamiento, como la organización de campañas de concientización y manifestación que este podría tener, métodos tratamientos y diagnósticos a tiempo, elaboran programas de divulgación y educación profesional. Establecer y mantener relaciones con Sociedades y

entidades análogas del país y del extranjero con la intención de promover el desarrollo y la coordinación de la lucha contra el cáncer.

Colaborar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social junto con entidades públicas y privadas para lograr la unificación de métodos y la coordinación del trabajo, Gestionar con estas entidades la emisión de reformas y derogaciones de las normas legales para el buen manejo de lucha contra cáncer, promover la fundación de centros de diagnóstico, tratamientos.

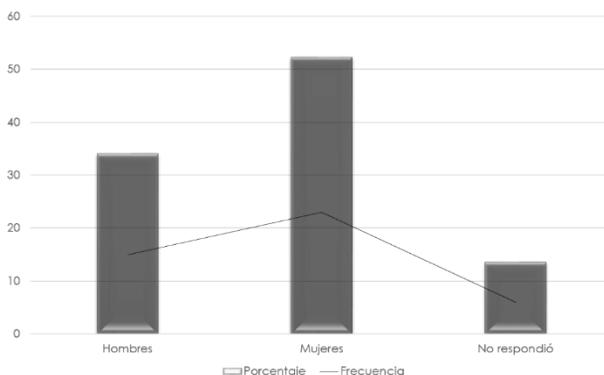
3.1.2 Características de la Muestra

Se optó por un muestreo no probabilístico, por disponibilidad, únicamente rellenaron las encuestas aquellas personas que quisieron y tuvieron el tiempo para asistir a la autoaplicación. La investigación se desarrolló con 44 trabajadores que representan una mínima fracción de la población de profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.

Como parte de las técnicas de recolección de datos se utilizó un cuestionario de información sociodemográfica, en el cual permitió observar aspectos importantes para la interpretación de los datos.

En las siguientes graficas podemos observar la selección de los datos más relevantes de la encuesta sociodemográfica, dividida en: Sexo, Edad, Profesión, Estado Civil.

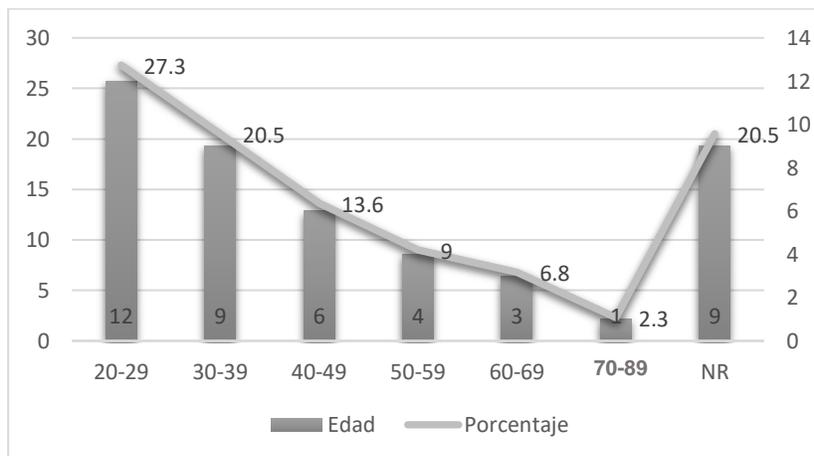
Grafica 1: El sexo con el que se identifica.



Fuente: Santizo, 2019. Encuesta sociodemográfica, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

El cuestionario sociodemográfico demuestra que un 34% de los participantes fueron hombres y un 52% mujeres, siendo las profesionales en cuidados de salud la mayoría y un 14% no sabe, no respondió o se negó a responder el sexo con el que se identifica.

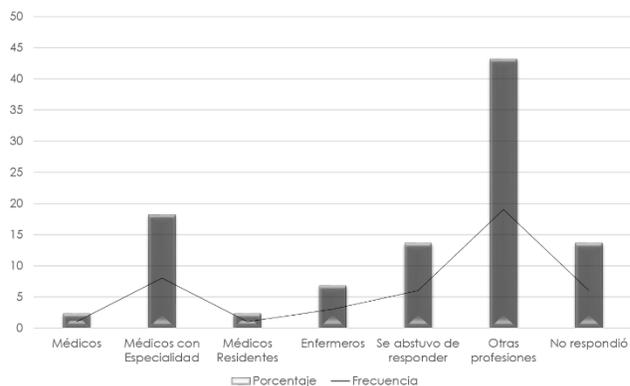
Gráfica 2: Edad del personal de salud.



Fuente: Santizo, 2019. Encuesta sociodemográfica, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

El cuestionario sociodemográfico demuestra que el 79.5% respondieron la pregunta, y el 20.5% no respondió o se negó a contestar. El 27.3% está en un rango de edad entre 20-29 años, lo cual corresponde a 12 personas.

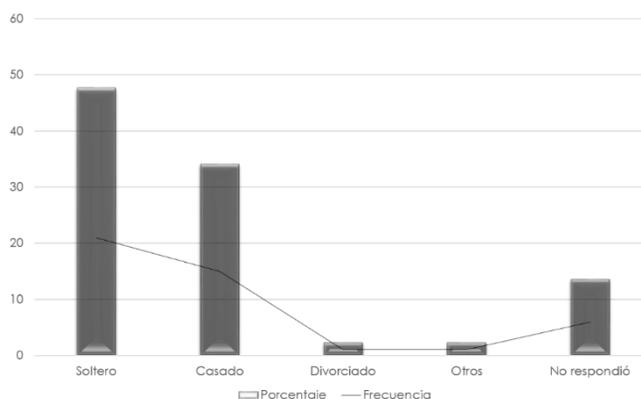
Gráfica 3: Profesión que desempeña dentro del hospital



Fuente: Santizo, 2019. Encuesta sociodemográfica, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

El cuestionario sociodemográfico demuestra que un 2.3% fue contestado por médicos, 18.2% por médicos con especialidad, 2.3% por médicos residentes, 6.8% enfermeros, 43.2% profesiones administrativas y técnicos, 27.2% no sabe, no respondió o se negó a responder cuál es su profesión dentro del hospital.

Gráfica 4: Estado civil



Fuente: Santizo, 2019. Encuesta sociodemográfica, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

El cuestionario sociodemográfico demuestra que un 47.7% de la muestra son solteros, 34.1% casados, 2.3% divorciados, 2.3% indican como otro, el cual podría

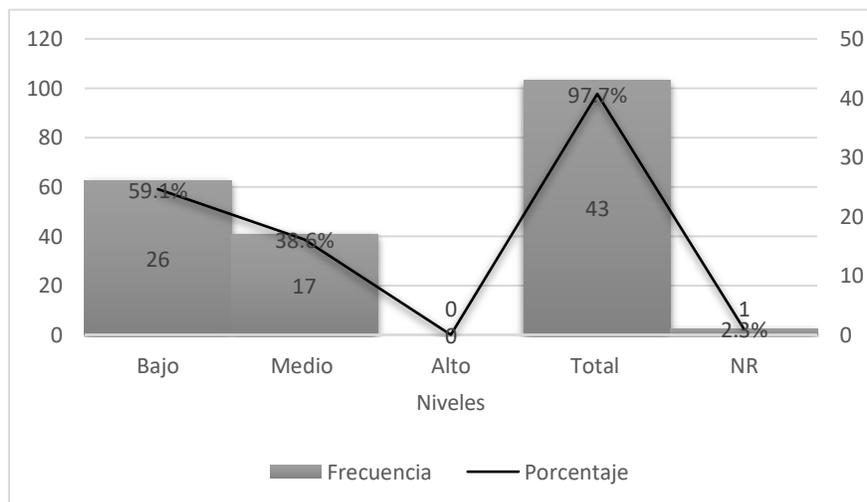
ser viudos, unión libre, entre otras, y un 13.6% no sabe, no respondió o se negó a responder su estado civil.

3.2 Presentación e interpretación de resultados

Resultados del cuestionario de Burnout para personal de salud

Se evaluó a un total de 44 profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, con el fin de medir sus niveles de *Burnout* según la escala Likert ProQol y conocer la prevalencia del síndrome entre las y los médicos, enfermeros, nutricionistas y otro personal que labora en la institución. Para ello, se hizo el cálculo de los resultados según la sumatoria de los ítems, y el procesamiento de los datos de *Burnout* de cada prueba dieron resultados que se establecieron según los niveles y los puntos de corte señalados por el manual de la prueba ProQol (Stamm, 2010) en sus componentes de Fatiga por Compasión, Satisfacción por compasión y Burnout.

Gráfica 5. Nivel de burnout



Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

De la totalidad de la muestra de 44 profesionales de salud que laboran en el hospital, 43 profesionales respondieron a todos los ítems siendo este el 97.7%, el otro 2.3% no saben, no respondieron o se negaron a responder la escala. Entre los niveles que refiere la escala podemos observar que el 38.6% de los profesionales de salud están en el nivel medio como un dato relevante, que nos puede decir la posible relación que tienen las condiciones en las que el profesional de salud trabaja, lo cual está influyendo en el desarrollo de nivel medio en Burnout. También demuestra que la gestión de los aspectos negativos y positivos que requiere trabajar en la atención de otros están medianamente predisponiendo al personal de salud tener Burnout.

Algunos aspectos negativos pueden llevar a una crisis, individual, colectiva o laboral, Según Stamm (2010) el desarrollo de alto o medio síndrome Burnout corresponderá en el grado que los profesionales de la salud o cuidadores experimentan, dolor, trauma, muerte o sufrimiento de otros y la capacidad del cuidador para mantener su propio equilibrio.

La relación del síndrome Burnout y los datos sociodemográficos: Sexo, Profesión que desempeña, Personas que tiene a su cuidado, Horas extras, Si se presenta a trabajar enfermo y la Frecuencia con la que se presenta a trabajar enfermo

Tomando en cuenta que las cargas laborales diversas según la profesión, las condiciones socioeconómicas, el sexo y otros factores sociodemográficos podrían implicar diferencias en la prevalencia del Burnout, la escala solicita a los participantes una serie de datos a partir de los cuales se analizan los resultados generales a fin de establecer comparaciones entre grupos dentro de la muestra.

Tabla 1
Nivel del Síndrome Burnout según sexo

Nivel	Hombre	Mujer
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	11(25)	13(29.5)
Medio	4(9)	10(22)

Total	15(34.0)	23(52.2)
-------	----------	----------

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

El cuestionario sociodemográfico demuestra que el 34% corresponde a hombres y el 52% corresponde a mujeres, siendo la mayoría en cuidados de salud; y un 14% no sabe, no respondió o se negó a responder la pregunta.

Tabla 2
Nivel del Síndrome Burnout y la Profesión que desempeñan los profesionales de salud

Nivel	MD	MD con especialidad	MD residente	Enfermeros	Auxiliar de enfermería	Otros
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	1(2.2)	7(15.9)	0	3(6.8)	4(9.0)	9(20.4)
Medio	0	1(2.2)	1(2.2)	0	2(4.5)	10(22.7)
Total	1(2.2)	8(18.1)	1(2.2)	3(6.8)	6(13.6)	19(43.1)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Se muestra que 38 profesionales de salud respondieron a la pregunta, habiendo un 14% de la muestra que no saben, no respondieron o se negaron a responder, siendo un alto porcentaje de no respuesta. Los datos, con mayor relevancia se encuentran en la columna de Otros, esta refiere al personal no médico pero que trabaja en contacto con los pacientes oncológicos (personal administrativo, nutriólogas, trabajadores sociales, personal del banco de sangre, archivo de datos, radiología) con un 22.7% en nivel medio de Burnout, se puede también observar a los auxiliares de enfermería con 4.5% y a los médicos con especialidad y médicos residentes 2.2% también en nivel medio de burnout.

Tabla 3
Nivel del Síndrome Burnout y la cantidad de pacientes que atienden por día los profesionales de salud

Nivel	0-14	15-47	48+
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>

Bajo	9(20)	8(18.1)	4(9.0)
Medio	8(18.1)	1(2.2)	5(11.3)
Total	17(38.6)	9(20.4)	9(20.4)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Se muestra que el 79.54% indicaron la cantidad de pacientes que atienden al día y el otro 20.45% de profesionales de salud no saben, no respondieron o se negaron a responder esta pregunta. La mayoría de los profesionales indicaron atender de 0 a 14 pacientes por día, siendo un 18.1% en nivel medio de burnout. Al igual que las personas que atienden de 48 a más pacientes por día, es un 11.3% que está en el nivel medio de burnout. Siendo este el único hospital de oncología en Centro América se espera una sobre población dentro de las instalaciones en atención tanto a niños, adultos y adulto mayor. Se observó escases en el personal que labora en la institución, la mayoría de los profesionales que respondieron a esta pregunta son de áreas no médicas, no puede implicar una alta carga laboral en la atención de procesos de acceso a ayuda psicológica, alimentaria o trabajo social, en algunos estudios indican que la cantidad de pacientes que atiende el profesional tiene a insatisfacción laboral (M.A. Caballero Martín et al).

Tabla 4
Nivel del Síndrome Burnout y horas extras

Nivel	Si	No
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	15(34)	7(15.9)
Medio	8(18.1)	3(6.8)
Total	23(52.2)	10(22.7)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 5
Nivel del Síndrome Burnout y cantidad de horas extras al día

Nivel	0-5hrs	6-12hrs
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	9(20.4)	6(13.6)

Medio	9(20.4)	1(2.2)
Total	18(40.9)	7(15.9)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 6
Nivel del Síndrome Burnout y la frecuencia que trabaja horas extras

Nivel	0-1 vez por semana	2-3 veces por semana	4-5 veces por semana
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	8(18.18)	3(6.81)	3(6.81)
Medio	4(9.09)	2(4.54)	4(9.09)
Total	12(27.27)	5(11.36)	7(15.90)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Se pretendió establecer la frecuencia del síndrome burnout en los niveles bajo y medio en los profesionales salud que trabajan con pacientes oncológicos y la observación desde los datos sociodemográficos: a) si el profesional de salud trabaja horas extra, b) cuántas horas extras labora y c) con qué frecuencia hace horas extra.

Por lo tanto, se muestra que en la **tabla 4**, 33 profesionales de salud respondieron siendo estos el 75%, que indicaron sí trabajar horas extras y el 25% no saben, no respondieron o se negaron a responder. En la **tabla 5**, 25 profesionales de salud respondieron, siendo el 56.81% quienes indicaron cuántas horas extras laboran y el 43.18% no saben, no respondieron o se negaron a responder. En la **tabla 6**, 24 profesionales de salud contestaron, siendo el 54.54% que respondieron con qué frecuencia trabajan horas extras, y el 45.45% no saben, no respondieron o se negaron a responder.

Entre los datos más relevantes podemos observar que el 18.1% de los profesionales de salud sí labora horas extras manteniendo un nivel medio de burnout, el 20.0% trabaja de 0-5 horas extras y el 2.2% indicó que trabaja de 6-12 horas extras. Los datos con mayor relevancia se pueden observar en el nivel medio de las **tablas 4, 5 y 6**. En la **tabla 4** los profesionales refieren si realizan horas extras, el 18.6% en el nivel medio respondieron que sí. En la **tabla 5** los profesionales refieren cuántas horas extras trabajan al día, el 22.8% que trabaja horas extra se encuentran en un nivel medio de burnout. En la **tabla 6** los profesionales refieren la frecuencia que trabajan horas extras en un periodo de siete días, el 27.27% de los encuestados refieren que trabajan de 0 a 1 vez por semana.

Estar constantemente expuesto como profesional al trabajo con pacientes que sufren por una cantidad prologada de horas durante la jornada puede causar cansancio emocional, insatisfacción laboral, cansancio crónico, pueden producir alto consumo de sustancias, estrés, ansiedad y depresión, son otras de las causas que podrían sumar a la alta carga laboral.

Tabla 7
Nivel de Síndrome de Burnout y frecuencia con la que se enferma

Nivel	0	1 vez al	2 veces	3 veces
	veces al mes	mes	al mes	al mes
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	0	1(2.27)	9(20.45)	13(29.54)
Medio	1(2.27)	4(9.09)	4(9.09)	5(11.36)
Total	1(2.27)	5(11.36)	13(29.54)	18(40.90)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 8
Nivel de Síndrome de burnout y presentación al trabajo estando aún enfermas

Nivel	Si	No
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	21(47.72)	2(4.54)
Medio	10(22.72)	4(9.09)
Total	31(70.45)	6(13.63)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Se pretendió establecer la frecuencia del síndrome burnout en los niveles bajo, medio y alto en los profesionales de salud que trabajan con pacientes oncológicos y la observación de estos desde la frecuencia con la que se enferma y si va a trabajar enfermo. Por lo tanto, se muestra en la **tabla 7** que 37 profesionales de salud respondieron siendo estas el 84.09% y el 15.90% de profesionales no sabe, no respondieron o se negaron a responder la pregunta. Se muestra en la **tabla 8**, que 35 profesionales salud respondieron siendo estos el 70.45% de profesionales que refirieron si van a trabajar enfermos y el 20.45% de profesionales no sabe, no

respondieron o se negaron a responder. Entre los datos con mayor relevancia encontramos en la **tabla 7** que el 31.81% está el nivel medio. En la **tabla 8** encontramos un total de 70.45% que sí trabaja enfermo con frecuencia, ambas preguntas fueron desarrolladas tomando en cuenta 30 días.

Síndrome Burnout y Actividades recreacionales

Se explica cómo los datos sociodemográficos fueron cruzados con los niveles bajo y medio de burnout dando explicación cómo su exposición puede reducir el síndrome de Burnout. Se plantea una revisión de los niveles de Burnout comparados según el tipo y frecuencia de Actividades de recreación que los participantes realizan.

Tabla 9
Nivel de Síndrome de Burnout y Actividades que realizan durante el fin de semana.

	Asistir a la iglesia y actividades recreativas	Convivencia familiar y actividades recreativas	Convivencia familiar y asistir a la iglesia	Estudiar y asistir a la iglesia	Tareas del hogar	Tareas del hogar y actividades recreativas	Trabajar
Nivel	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Bajo	8(18.18)	7(15.90)	2(4.54)	2(4.55)	2(4.55)	1(2.27)	2(4.55)
Medio	7(15.90)	2(4.55)	1(2.27)	0	1(2.27)	2(4.55)	1(2.27)
Total	15(34.09)	9(20.45)	3(6.81)	2(4.55)	3(6.81)	3(6.81)	3(6.81)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 10
Nivel de Síndrome de Burnout y Actividades que les gustaría hacer los fines de semana.

	Asistir a actividades recreativas	Cocinar	Compartir con familiares y amigos	Estudiar	Hacer ejercicio o practicar algún deporte	Viajar
Nivel	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Bajo	1(2.27)	1(2.27)	10(22.72)	3(6.82)	2(4.55)	5(11.36)
Medio	1(2.27)	0	4(9.09)	1(2.27)	2(4.55)	6(13.63)
Total	2(4.54)	1(2.27)	14(31.81)	4(9.09)	4(9.09)	11(24.99)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

En la **tabla 9** se muestra que el 86.36% de personas respondieron la pregunta sobre las actividades que realizan los fines de semana, y el 13.64% no sabe, no respondió o se negó a responder la pregunta. Los datos relevantes obtenidos de la encuesta es que la mayoría de los profesionales (34.09%) realizan actividades recreativas con la familia o religiosas y se encuentran en un nivel bajo de Burnout. En la **tabla 10** el 81.82% respondió a la pregunta sobre las actividades que les gustaría realizar el fin de semana, mientras que el 18.18% no sabe, no respondió o se negó a responder la pregunta. Se puede observar que la mayoría de las actividades que desean realizar los profesionales es Compartir con familiares y amigos con el 31.81% y Viajar con el 24.99%, siendo el 22.72% de profesionales que escogieron una de esas dos respuestas, con un nivel medio de Burnout.

Tabla 11
Nivel de Síndrome de Burnout y Vacaciones.

Nivel	Si	No
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Bajo	18(40.90)	6(13.64)
Medio	7(15.91)	4(9.09)
Total	25(56.81)	10(22.73)

Fuente: Santizo, 2019. Escala Likert ProQol, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Se muestra que en la tabla 11 la mayoría de los encuestados se va de Vacaciones (56.81%). El 79.55% respondieron a esta pregunta, mientras que el 20.45% no respondió o se negó a contestarla. Se observa que el 40.90% de los profesionales que sí tienen vacaciones están en un nivel bajo de Burnout, siendo el mayor porcentaje de nivel de Burnout en relación con las Vacaciones.

La relación del resultado de las variables Depresión, Ansiedad, Estrés y los Datos sociodemográficos: Edad, Cantidad de horas que trabaja por día, Cantidad pacientes que atiende por día, Profesión que desempeña en el hospital, Actividades que realiza el fin de semana y Vacaciones

Considerando las cargas laborales y las condiciones de la gestión de los hospitales en Guatemala, se consideró que el personal de salud se vería afectado con otros factores como ansiedad, estrés y depresión. Por lo tanto, la escala solicita a los participantes una serie de datos a partir de los cuales se analizan los resultados generales a fin de establecer comparaciones entre grupos dentro de la muestra. Se explica cómo se comportan los niveles de ansiedad, estrés y depresión en la exposición de los datos recabados con la prueba DASS-21.

Tabla 12
Nivel de Ansiedad, Estrés y Depresión

Nivel	Ansiedad	Estrés	Depresión
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Bajo	42(95.5)	40(90.9)	41(93.2)
Medio	1(2.3)	2(4.5)	1(2.3)
Alto	0(0)	1(2.3)	0(0)

Total	43(97.7)	43(97.7)	42(4.5)
-------	----------	----------	---------

Fuente: Santizo, 2019. Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos de 20 a 70 años, ciudad de Guatemala.

Se identificaron los niveles que presentan los indicadores de ansiedad, depresión y estrés en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos. Se observa que el 95.5% de los encuestados tiene un nivel bajo de ansiedad, el 90.9% tiene un nivel bajo de estrés y el 93.2% tiene un nivel bajo de depresión. Estos datos resultan interesantes ya que, debido a las altas demandas en el trabajo de servicio a otros, la presencia de estrés, ansiedad o depresión es común pero los resultados de la encuesta muestran lo contrario. Únicamente el 2.3% obtuvo un nivel alto de estrés, y el 4.5% un nivel medio.

Tabla 13
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés y Rangos de edad

		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	Total
	Nivel	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	1(2.27)	1(2.27)	21(47.73)	7(15.91)	4(9.09)	1(2.27)	35(79.55)
	Medio	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1(2.27)	1(2.27)	21(47.73)	7(15.91)	4(9.09)	1(2.27)	35(79.55)
Estrés	Bajo	1(2.27)	1(2.27)	20	7(15.91)	5(11.36)	1(2.27)	35(79.55)
	Medio	0	0	1(2.27)	0	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	1(2.27)	21(47.73)	7(15.91)	5(11.36)	1(2.27)	36(81.82)
Depresión	Bajo	1(2.27)	1(2.27)	20	7(15.91)	4(9.09)	1(2.27)	34(77.27)
	Medio	0	0	1(2.27)	0	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	1(2.27)	21(47.73)	7(15.91)	4(9.09)	1(2.27)	35(79.55)

Fuente: Santizo, 2019. Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos de 20 a 70 años, ciudad de Guatemala.

La mayoría de los profesionales encuestados se encuentran en el rango de 40-49 años. Se puede observar que el 79.55% respondió la escala de ansiedad obteniendo un nivel medio. En la escala de estrés, el 81.82% respondió, obteniendo la mayoría un nivel bajo de estrés. Y en la escala de depresión, el 79.55% respondió a esta, con el 77.27% en un nivel bajo.

Tabla 14
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés según cantidad de horas que trabajan al día

	Nivel	3-6hrs	7-9hrs	10-15hrs	Total
		<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Ansiedad	Bajo	11(25)	20(45.45)	5(11.36)	36(81.81)
	Medio	1(2.27)	0	0	1(2.27)
	Total	12(27.27)	20(45.45)	5(11.36)	37(84.09)
Estrés	Bajo	11(25)	19(43.18)	5(11.36)	35(79.55)
	Medio	0	1(2.27)	0	1(2.27)
	Total	11(25)	20(45.45)	5(11.36)	36(81.81)
Depresión	Bajo	12(27.27)	18(40.91)	11(25)	41(93.18)
	Medio	0	1(2.27)	0	1(2.27)
	Total	12(27.27)	19(43.19)	11(25)	42(95.45)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

En la escala de ansiedad el 84.09.% respondieron y 7 personas no saben, no responden o se negaron a responder la cantidad de horas que trabaja al día. En la escala de Estrés el 81.81% personas respondieron y 8 personas no saben, no respondieron o se negaron a responder la cantidad de horas que trabaja al día. Y en la escala de Depresión el 95.45% respondieron. Se observa que un 11.36% que trabajan el mayor tiempo (10 a 15 horas al día) tienen un nivel bajo de ansiedad y estrés, mientras que un 25% respondió la escala de depresión obteniendo un nivel bajo en la variable.

Tabla 15
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés según la Cantidad de pacientes que atienden por día los profesionales de salud

		0-14	15-47	48+	Total
	Nivel	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Ansiedad	Bajo	16(36.36)	9(20.45)	17(38.36)	42(95.45)
	Medio	1(2.27)	0	0	1(2.27)
	Total	17(38.63)	9(20.45)	17(38.36)	43(97.73)

Estrés	Bajo	16(36.36)	9(20.45)	15(34.09)	40(90.91)
	Medio	0	0	2(4.55)	2(4.55)
	Alto	1(2.27)	0	0	1
	Total	17(38.63)	9(20.45)	17(38.63)	43(97.73)
Depresión	Bajo	15(34.09)	9(20.45)	17(38.63)	41(93.18)
	Medio	1(2.27)	0	0	1(2.27)
	Total	16(36.36)	9(20.45)	17(38.63)	42(95.45)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

En la variable de Ansiedad 43 personas respondieron y 1 personas no sabe, no responde o se niega a responder la cantidad de horas que trabaja al día. Variable de Estrés 43 personas respondieron y 1 personas no sabe, no respondió o se negó a responder la pregunta. Y en la variable de Depresión 42 personas respondieron y 2 personas no sabe, no respondieron o se negaron a responder.

Relevancia en los niveles bajos de Ansiedad, Estrés y Depresión

La pronta detención del síndrome de burnout permite tener consideraciones en las prácticas laborales, ya que los altos números de este síndrome también puede alterar la salud física sin embargo la baja de este demuestra gran interés para la investigación debido a que puede ser indicador de apatía del personal para el llenado de la prueba, normalización en la práctica laboral altamente exigente, entre otras sin embargo también puede determinar bienestar y Satisfacción laboral. Los datos a continuación nos darán una perspectiva de con que practicas se podrían continuar.

Las **tabla 16** y **tabla 17** muestra que en la variable de Ansiedad y Estrés el 86.36% de profesionales respondieron la escala y el 13.64% no saben, no respondieron o se negaron a responder la pregunta. Y en la variable de Depresión el 84.09% respondieron mientras el 15.91% no saben, no respondieron o se negaron a responder la cantidad de horas que trabaja al día. En ambas se puede

observar desde los niveles bajos de ansiedad, depresión y ansiedad con los porcentajes más altos.

En la **tabla 16** se pretendió cruzar los resultados de los niveles de ansiedad, estrés y depresión con la profesión que desempeña cada persona en el hospital. Se observa que la mayoría (43.18%) de la profesión desempeñada es Otros, quiere decir que no es personal médico. Únicamente un 4.55% mostró nivel entre medio y alto de estrés.

En la **tabla 17** se pretendió cruzar los resultados de los niveles de ansiedad, estrés y depresión con las actividades que realizan en el fin de semana, nuevamente se observa que quienes realizan actividades recreativas con la familia e iglesia presentan niveles bajos de las tres variables.

Tabla 16
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés según la profesión que desempeña dentro del hospital

		MD	MD Con especialidad	MD Residente	Enfermeros	Auxiliar de enfermería	Otros	Total
Nivel		f(%)	f(%)	f(%)	f (%)	f(%)	f(%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	3(6.82)	6(13.64)	18(40.91)	37
	Medio	0	0	0	0	0	1(2.27)	1(2.27)
	Total	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	33(6.82)	6(13.64)	19(43.18)	38
Estrés	Bajo	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	33(6.82)	6(13.64)	17(38.64)	36
	Medio	0	0	0	0	0	1(2.27)	1(2.27)
	Alto	0	0	0	0	0	1(2.27)	1(2.27)
	Total	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	33(6.82)	6(13.64)	19	38
Depresión	Bajo	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	2(4.55)	6(13.64)	18(40.91)	36
	Medio	0	0	0	1(2.27)	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	8(18.18)	1(2.27)	33(6.82)	6(13.64)	18(40.91)	37

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 17

Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés según las Actividades que realiza durante el fin de semana

		Asistir a la iglesia y actividades recreativas	Convivencia familiar y actividades recreativas	Convivencia familiar y asistir a la iglesia	Estudiar y asistir a la iglesia	Tareas del hogar	Tareas del hogar y actividades recreativas	Trabajar	Total
	Nivel	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	15(34.09)	8(18.18)	3(6.82)	2(4.55)	3(6.82)	3(6.82)	3(6.82)	37(84.09)
	Medio	0	1(2.27)	0	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	15(34.09)	9(20.45)	3(6.82)	2(4.55)	3	3(6.82)	3(6.82)	38(86.36)
Estrés	Bajo	15(34.09)	7(15.91)	3(6.82)	2(4.55)	3(6.82)	3(6.82)	3(6.82)	36(81.82)
	Medio	0	1(2.27)	0	0	0	0	0	1(2.27)
	Alto	0	1(2.27)	0	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	15(34.09)	9(20.45)	3(6.82)	2(4.55)	3(6.82)	3(6.82)	3(6.82)	38(86.36)
Depresión	Bajo	14(31.82)	8(18.18)	3(6.82)	2(4.55)	3	3(6.82)	3(6.82)	36(81.82)
	Medio	0	1(2.27)	0	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	14(31.82)	9(20.45)	3(6.82)	2(4.55)	3(6.82)	3(6.82)	3(6.82)	37(84.09)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 18
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés y Vacaciones

	Nivel	Si	No	Total
		f(%)	f (%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	25(56.82)	9(20.45)	34(77.27)
	Medio	0	1(2.27)	1(2.27)
	Total	25(56.82)	10(22.72)	35(79.55)
Estrés	Bajo	24(54.55)	9(20.45)	33(75)
	Medio	1(2.27)	0	1(2.27)
	Alto	0	1(2.27)	1(2.27)
	Total	25(56.82)	10(22.72)	35(79.55)
Depresión	Bajo	23(52.27)	10(22.72)	33(75)
	Medio	1(2.27)	0	1(2.27)
	Total	24(54.55)	10(22.72)	34(77.27)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 19
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés según cuántos días sale de vacaciones

	Nivel	1	2	3	4	5	Total
		f(%)	f (%)	f(%)	f(%)	f (%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	11(25)	27(61.36)
	Medio	0	0	0	0	0	0
	Total	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	11(25)	27(61.36)
Estrés	Bajo	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	6	11(25)	26(59.09)
	Medio	0	0	0	1(2.27)	0	1(2.27)
	Total	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	11(25)	27(61.36)
Depresión	Bajo	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	9(20.45)	25(56.82)
	Medio	0	0	0	0	1(2.27)	1(2.27)
	Total	3(6.82)	4(9.09)	2(4.55)	7(15.91)	10(22.73)	26(59.09)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

En las **tablas 18, 19 y 20** se pretendió presentar los resultados de las escalas de Ansiedad, Estrés y Depresión cruzado con Vacaciones, los días que salen de vacaciones y qué hace durante éstas. En la **tabla 18** en las variables de Ansiedad

y Estrés el 79.55% de los profesionales respondieron y el 20.45% no sabe, no respondieron o se negaron a responder las escalas. Y en la variable Depresión 77.27% respondieron y 22.73% no sabe, no respondió o se negaron a responder la escala. Se observa que la mayoría de los encuestados se van de vacaciones y tienen niveles bajos de ansiedad, estrés y depresión. Únicamente el 2.27% de la muestra obtuvo un nivel alto de estrés y respondió no tener vacaciones, mientras que otro 2.27% que sí se va de vacaciones tiene un nivel medio de estrés y depresión.

En la **tabla 19** de las variables Ansiedad y Estrés, el 61.36% respondió sobre cuantos días sale de vacaciones mientras que el 38.64% no respondió, obteniéndose un porcentaje alto de no respuesta. En la variable de Depresión el 59.09% respondió, mientras el 40.91% no respondió, también siendo un porcentaje alto de no respuesta. Se puede observar que la mayoría de los encuestados sale 5 días de vacaciones y ninguno obtuvo un nivel alto en las tres variables. Un 6.82% de los profesionales sale de vacaciones únicamente un día, y aún así presentaron niveles bajo en ansiedad, estrés y depresión.

Finalmente, en la **tabla 20** el 75% respondió respecto a las actividades que hace durante las vacaciones, mientras el 25% no respondió o se negó a responder. Se puede observar que la mayoría que más del 30% tiene un nivel bajo en cada variable. Únicamente el 2.27% que obtuvo nivel alto en estrés y nivel medio en depresión y ansiedad realiza actividades recreativas familiares.

Tabla 20
Nivel de Ansiedad, Depresión y Estrés y Actividades que hace durante las vacaciones

		Asistir a la Iglesia y Actividades Recreativas	Convivencia Familiar y Actividades Recreativas	Descansar	No tengo vacaciones	Tareas del Hogar	Viajar	Total
	Nivel	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
Ansiedad	Bajo	1(2.27)	3(6.82)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	14(31.82)	32(72.73)
	Medio	0	1(2.27)	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	4(9.09)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	14(31.82)	33(75)
Estrés	Bajo	1(2.27)	3(6.82)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	13(29.55)	31(70.45)
	Medio	0	0	0	0	0	1(2.27)	1(2.27)
	Alto	0	1(2.27)	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	4(9.09)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	14(31.82)	33(75)
Depresión	Bajo	1(2.27)	3(6.82)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	14	32(72.73)
	Medio	0	1(2.27)	0	0	0	0	1(2.27)
	Total	1(2.27)	4(9.09)	8(18.18)	2(4.55)	4(9.09)	14(31.82)	33(75)

Fuente: Santizo, 2019. DASS21, Profesionales que trabajan con pacientes oncológicos, ciudad de Guatemala.

Tabla 21. Correlación Burnout con variables Depresión, Ansiedad y Estrés

		Burnout	Depresión	Ansiedad	Estrés
Burnout	Correlación de Pearson	1			
	Sig. (bilateral)				
	N	43			
Depresión	Correlación de Pearson	-.129	1		
	Sig. (bilateral)	.416			
	N	42	42		
Ansiedad	Correlación de Pearson	.191	-.024	1	
	Sig. (bilateral)	.220	.878		
	N	43	42	43	
Estrés	Correlación de Pearson	.292	-.037	.904**	1
	Sig. (bilateral)	.057	.814	.000	
	N	43	42	43	43

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		Burnout	Depresión	Ansiedad	Estrés
Burnout	Correlación de Pearson	1	-.129	.191	.292*
	Sig. (unilateral)		.208	.110	.029
	N	43	42	43	43
Depresión	Correlación de Pearson		1	-.024	-.037
	Sig. (unilateral)			.439	.407
	N			42	42
Ansiedad	Correlación de Pearson			1	.904**
	Sig. (unilateral)				.000
	N				43
Estrés	Correlación de Pearson				1
	Sig. (unilateral)				
	N				

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

** . La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

Se presenta una comparación de ambas escalas, podemos observar en la tabla 21 que no hay una correlación significativa entre las variables de ansiedad, estrés y depresión con el síndrome de burnout. La dificultad para la correlación de estas surge desde que hubo un diferente número de personas respondiendo a las escalas.

3.2 Análisis general

Dentro de los resultados encontrados, es necesario remarcar algunos hallazgos, los cuales nos permitan saber si el trabajo con pacientes oncológicos, les a causa niveles altos de burnout, depresión, ansiedad y estrés a aquellos trabajadores de salud que cuidan de otros.

Hallazgos relevantes en algunas preguntas de la encuesta sociodemográfica, demostraron que los trabajadores con pacientes oncológicos padecen agotamiento, pero algunas razones como la profesión elegida puede ser una razón de satisfacción laboral. También algunos hallazgos nos permiten realizar otros análisis o perspectivas de las razones por lo que los trabajadores de salud tienen niveles medios o bajos del síndrome de burnout, ansiedad, depresión y estrés o bien están propensos a padecer de burnout.

Sobre los datos de sexo y burnout, podemos interpretar que dentro de nuestro contexto las mujeres por norma social y desde el cumplimiento de los roles de género han desempeñado históricamente, se les vincula al cuidado, preocupación y el afecto, el cual termina influyendo en cómo les afecta el cuidado de pacientes oncológicos lo que puede generar agotamiento y reflejar la sensación de que sus esfuerzos no hacen ninguna diferencia, o pueden estar asociados con una carga de trabajo muy alta o un entorno de trabajo que no brinda apoyo (Stamm, 2010).

El estar expuesto como personal de salud a continuos contextos y condiciones demandantes de trabajo, el diagnóstico de cada paciente sumado que el personal de salud debe comunicar a las familias de estos continuamente el estado de los pacientes, debido a las jornadas de trabajo algunos estudios indican que son los enfermeros y auxiliares de enfermería mayormente propensos, (Ancinas, 2012) a desarrollar sintomatología de burnout. En este estudio se pretendía evaluar al mayor porcentaje de personal médico pero debido al desinterés, no disponibilidad y

otras dificultades, fue poco el porcentaje de personal médico que participó en la investigación, y la mayoría de la muestra estuvo conformada por personal “no médico” es decir, personal administrativo o técnicos. Por lo tanto, se considera importante hacer mención de las dificultades que también conlleva el personal no médico al tener a su cargo un mayor número de personas a atender, por ejemplo, el recepcionista que atiende a todas las personas que llegan al hospital o siendo únicamente dos trabajadoras sociales en todo el hospital atendiendo a los pacientes de todo el hospital que requieren de apoyo. La investigación de la salud mental del personal no médico en un hospital también se consideró relevante.

Las vacaciones y el descanso son primordial para el mantenimiento de una buena salud mental y física (Hernández-Zubieta, Patricia 2002), una jornada laboral tendría que estar adaptada al personal considerando la demanda y las horas de trabajo, por ejemplo, si hay demasiados pacientes a atender, la solución podría estar dirigida en la contratación de más personal en lugar de ampliar el horario del poco personal que ya está. En la investigación, la mayoría de los profesionales que participaron dijeron irse de vacaciones y todos estuvieron en niveles medio-bajo en las escalas. Incluso quienes respondieron no irse de vacaciones obtuvieron esos resultados, esta respuesta puede significar varias cosas, que el personal no tiene vacaciones, que sí tienen vacaciones, pero se quedan en casa porque prefieren no salir, que sí tienen vacaciones, pero no el dinero para salir a pasear, etc. Así como se indagó en qué actividades hacen al salir de vacaciones, sería interesante investigar qué hacen los profesionales que no salen de vacaciones y siguen teniendo bajos niveles de ansiedad, estrés, depresión y burnout. Si bien, salir o no de vacaciones no es un factor determinante de manifestar sintomatología, cumple un rol interesante en el mantenimiento de salud mental (Hernández-Zubieta, Patricia 2002) cuando el trabajo es exigente por las horas de trabajo, las actividades a realizar, el público a atender, entre otras cuestiones.

Durante la recolección de datos usando los cuestionarios, se identificaron dificultades que pudieron influenciar en los resultados del estudio. El cuestionario

de DASS-21 no estaba adaptado a la población guatemalteca, demostrando la importancia del proceso de adaptación y estandarización de los instrumentos. Por otro lado, el personal del hospital, especialmente el personal médico, mostró desinterés de participar en la realización de las escalas lo que complicó tener una muestra conformada principalmente por profesionales de atención médica y que incluso, las escalas fueran respondidas de manera apresurada o no del todo honestas.

Los resultados de niveles medio-bajos en las escalas resultan relevantes al comparar con la teoría sobre la mayor probabilidad de desarrollar síntomas de burnout bajo ciertas demandas laborales (Hernández-Zubieta, Patricia 2002). Se considera importante un seguimiento de los resultados ya que si este personal no presenta un nivel alto de en las variables puede significar la presencia de factores positivos en el trabajo que están influyendo en los bajos niveles de burnout, ansiedad, depresión y estrés y, por lo tanto, se debe continuar o fortalecer esas prácticas positivas. Pero también, siguiendo con la teoría, que los profesionales tuvieran bajos niveles puede significar la poca identificación de la sintomatología como algo inadecuado y así, necesitar de una psicoeducación sobre los síntomas emocionales, conductuales o cognitivos que afectan la salud mental debido a su trabajo.

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.2 Conclusiones

La frecuencia del síndrome Burnout es de 38.6% en nivel medio, sugiriendo que las condiciones son considerablemente estables, las cuales permiten mantener los datos en nivel medio-bajo en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.

Se identificaron que en los niveles de los indicadores únicamente fueron del 2.3% en el nivel alto de estrés, y el 4.5% en un nivel medio, en el caso de la ansiedad y la depresión podemos observar un 2.3% en ambos indicadores, sugiriendo estabilidad en cuanto a las condiciones laborales en los profesionales que trabajan con pacientes oncológico.

La relación de burnout con los niveles de ansiedad, depresión y estrés no es significativa debido a que la dificultad en la correlación de estas surge en la diferenciación de personas que respondieron la escala.

Si bien la teoría propone que las personas con trabajos demandantes tienen mayor probabilidad de tener un alto nivel de burnout y/o de manifestar síntomas depresivos, ansiosos o de estrés, los resultados demostraron que más del 90% tienen un nivel bajo-medio de las variables.

Se considera que una de las razones que no permitieron la profundidad del estudio se puede considerar una adaptación a la sintomatología que los profesionales en salud ya no la identifican. Además, la utilización de una escala no

adaptada a la población también puede brindar resultados que no la representen, por lo tanto, se podría considerar un nuevo estudio a partir de esta conclusión.

Dentro de la muestra se observaron algunas limitaciones como el bajo interés, negatividad, estigmatización de la psicología y renuencia a evaluarse por parte de los profesionales, así mismo, la creencia en los participantes de que los resultados o datos no serían anónimos también afecta en sus respuestas obteniendo un resultado que no representa el nivel verdadero de la variable.

4.3 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud que cuente con una unidad para la atención psicológica de cada uno de los trabajadores que trabajan con pacientes oncológicos y que la asistencia es de suma importancia para la atención.

A las autoridades de dicha Unidad Oncológica, crear licencias para personas con índices medio-altos de burnout, ansiedad, depresión y estrés, para su atención sin que esto interfiera con su horario, salario y ser descontado de vacaciones. Con la idea de mejorar la calidad y atención laboral.

Dar seguimiento a estos resultados contratando con otras muestras de empleados que trabajen con pacientes y así llevar a cabo un programa en futuras instancias en pro del bienestar de los trabajadores del sector público de salud como capacitarlos en habilidades para la identificación y control de sintomatología de burnout.

Promover la labor de adaptar y validar los instrumentos de recolección de datos a la población que se estudiará, ya sea realizados por los propios investigadores o de otros países, para el uso adecuado en la muestra según el contexto, cultura, lenguaje, etc.

Referencias

- Acinas, M. (2012). Burn-out y Desgaste por Empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática Y Psicoterapia*, 2(4), 1–22. doi: 10.1017
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Dominguez, V. (2004). Síndrome De Burnout En El Personal De Enfermería De Un Hospital De Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505–516. doi: 57272004000400008
- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. doi: 1040-3590.10.2.176
- Antúnez, Z., y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49–55. doi: 718-48082012000300005
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., y Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79–89. doi: S0005-7967
- Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., y Caballero Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313–317. doi 10.1016/S0212-6567(01)79373-0
- Carlos, J., y Martínez, A. (1997). Epidemiological Aspects of the Burnout

Syndrome in Health Workers El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación.

Chacón-Roger, M., y Grau-Abalo, J. A. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología Y Salud*, 14(1), 67–78. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/867>

Chacón Montiel, J. L. (2015). Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital Roosevelt de Guatemala. *Asociación de Medicina Interna de Guatemala*, 19(1), 7–18.

Chacón Roger, M., Grau Abalo, J., Massip Pérez, C., y Infante, I. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica. *Terapia Psicológica*, 39–53.

Craig, C. D., y Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 319–339. doi: <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>

Crawford, J. R., y Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111–131. doi: <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale- Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(3), 195–205.

Del, F., Analisis, M. U. N., Moreno-jiménez, B., y Rodríguez-Carvajal, R. (2001). (1), 69–78.

Díaz, M. (2014). *Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con*

Burnout , calidad de vida profesional y salud , en bomberos de Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(2), 237–241. doi: <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000200012>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215–230. doi: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000200006>
- Grau Abalo, J., del Carmen Llantá Abreu, M., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Cristina Reyes Méndez, M., Infante Pedreira, O., y Morales Arisso, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27–58. doi: <https://doi.org/10.11144/92>
- Guajardo, S., y Castro, R. (2007). La investigación cualitativa, una discusión presente. *Liberabit. Revista de Psicología*, 13(179–4827), 8.
- Henry, J. D., y Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. doi: <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Jesús, A., Sudupe, A., Taboada, Ó., Castro, C., y Ventosos, D. C. V. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1–6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion Fisterra.pdf>
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores de los trabajadores trabajadores nº 3.* Recuperado de

http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncology*. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(01\)00590-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(01)00590-3)
- Martín Montero C. M., López Lorente R. M., Fuentes González C. I., García García E., Ortega Trillo R., y Cortés Pendón A.D. (2000). Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Med Pal*, 7(3), 85–93.
- Martínez-Monteagudo, M., Inglés, C., Cano-Vindel, A., y García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad Y Estrés*, 18, 201–219. Recuperado de <https://n9.cl/uw830q>
- Marroquín, M. (2012). *La evaluación del síndrome de Burnout en personal que trabaja en call centers de Guatemala*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. 30-36
- Maslach, C. y Jackson. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*.
- Miravalles, J. (1986). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. *Gabinete Psicológico*, 5.
- Morales, G., Pérez, J. C., y Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile*, 12, 9–25.
- Moreno-Jiménez J. L., y González E. G. (2001). Desgaste profesional

- (burnout), Personalidad y Salud percibida. *Madrid: Pirámide*, 59–83. doi: <https://doi.org/10.1157/13073416>
- Paniagua, W. O. (2016). Afectaciones psicosociales en el proceso de atención a víctimas de violencia armada en Guatemala. *Ciencias Sociales Y Humanidades*, 3(1), 7–16. Recuperado de <http://digi.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/csh/article/view/205/131>
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., y Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5). doi: <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62>
- Rios, A. G. Y. F. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (1): revisión de estudios The “Burnout” Syndrome or the professional attrition (1): review of studies. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 7(1), 257–265. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sumneg.2015.10.004>
- Rodr, R. (2016). Physician burnout : the role of anxiety and coping strategies.
- Rosales H. (2010). Síndrome de burnout en personal administrativo de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Sherman, A. C., Edwards, D., Simonton, S., y Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 65–80. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951506060081>
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia Y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. *Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza*, 3(1), 10–59. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0001>
- Sodeke-gregson, E. A., Holttum, S., y Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients, *European Journal of*

Psychotraumatology. doi: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>

Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual. *Pocatello, ID: ProQOL. Org*, 78

Szabó, M. (2011). The emotional experience associated with worrying: anxiety, depression, or stress? *Anxiety, Stress & Coping*, 24(1), 91–105. doi: <https://doi.org/10.1080/10615801003653430>

Szabó, M., y Lovibond, P. F. (2006). Anxiety, depression, and tension/stress in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 195–205. doi: <https://doi.org/10.1007/s10862-005-9008-3>

Topa, G., Fernández, I., y Lisbona, A. (2005). Introducción Estrés laboral y burnout en equipos de intervención en emergencias y catástrofes.

Vega, F. (2008). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"*. INSHT.

Vinaccia Alpi, S., y Quiceno, Japcy M.(2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>

Whippen, B. D. A., y Canellos, G. P. (2017). Burnout Syndrome in the Practice of Oncology Results of a Random Survey of 1,000 Oncologists, 9(10), 1916–1920.

Whitebird, R. R., Asche, S. E., Thompson, G. L., Rossom, R., y Heinrich, R. (2013). Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine*, 16(12), 1534–1539. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0202>

Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191–197. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>

Rivas, E., y Barraza-Macías, A. (2018). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enfermería*

universitaria, 15(2), 136-146.

doi: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65171>