



PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología.

AUTOR: Ana Paula Tapia
Argudo

TUTOR: Nancy Tamara Larrea
Legarda

La Prevalencia del Síndrome de Burnout en los Terapeutas de
Neurodesarrollo Quito

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Yo, Tapia Argudo Ana Paula declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

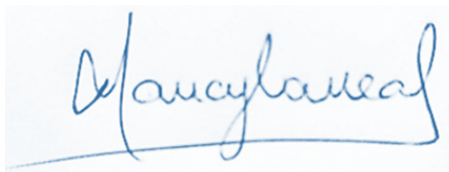
Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento y demás disposiciones legales.



Ana Paula Tapia

Firma

Yo, Nancy Tamara Larrea Legarda, certifico que el siguiente trabajo “La Prevalencia del Síndrome de Burnout en los Terapeutas del Centro Neurodesarrollo Quito” fue realizado por el estudiante: Tapia Argudo Ana Paula, siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y de su autenticidad, como de su contenido.

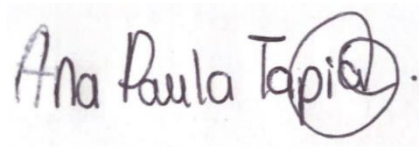


Nancy Larrea Legarda

Firma

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Yo, Ana Paula Tapia Argudo declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.



Handwritten signature of Ana Paula Tapia Argudo in black ink, enclosed in a light blue rectangular box. The signature is written in a cursive style and ends with a period.

Firma

Yo, Nancy Tamara Larrea Legarda, certifico que el siguiente trabajo “La Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en los Terapeutas de Neurodesarrollo Quito” fue realizado por el estudiante: Tapia Argudo Ana Paula, siendo el responsable exclusivo tanto de su originalidad y de su autenticidad, como de su contenido.



Handwritten signature of Nancy Tamara Larrea Legarda in blue ink, enclosed in a light blue rectangular box. The signature is written in a cursive style and ends with a horizontal line.

Firma

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mi familia y a mis profesoras, quien día a día siempre mostraron su apoyo constante en esta etapa de mi vida y de cambios encaminados a mi desarrollo profesional, ayudando a cada paso a ser de mi la profesional que siempre soñé ser.

Agradecimientos

Agradezco a mi mamá y abuelos, por apoyarme, acompañarme, guiarme y estar presentes en cada proceso y etapa de mi carrera. A Jennifer Villarreal, quien ha dedicado parte de su tiempo en enseñarme aportes invaluable que me servirán para toda mi vida y carrera. Estas personas han sido fundamental en este proceso de formación y sostén en cada etapa y cada reto. Finalmente, a la universidad y mis maestros que me han brindado las guías más importantes para formarme como profesional.

Resumen

El Agotamiento Profesional tiene un impacto importante en los profesionales dentro de la rama de la salud. Muestran mayores factores de riesgo debido a las condiciones psicosociales y a la alta demanda del trabajo interpersonal que conlleva el trabajar con individuos que presentan dificultades a nivel cognitivo y conductual, como es el caso de los terapeutas que trabajan con trastornos del Neurodesarrollo. El objetivo de este trabajo fue demostrar la prevalencia y la asociación del síndrome de Agotamiento Profesional, al igual que calcular los promedios y establecer las diferencias de las dimensiones del síndrome según modalidades terapéuticas. Para ello se realizó un estudio transversal y analítico donde se recaudó información bibliográfica y se aplicó un cuestionario “Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach” en 36 terapeutas en el centro de Neurodesarrollo Quito. Los resultados del estudio indican que el 20, 0% sufre de agotamiento profesional. El puntaje medio de la dimensión agotamiento emocional fue 25,7, en la dimensión de despersonalización la media fue 9,1, y en la dimensión realización personal la media fue 15,7. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) en función de las modalidades de terapia que se realizan en el centro. Finalmente, no se comprobó la asociación entre el síndrome de agotamiento profesional y las modalidades de terapia.

Palabras claves: Terapeuta, Terapia Cognitiva, Síndrome de agotamiento emocional, Practica Basada en evidencia, Trastornos del Neurodesarrollo.

Abstract

Professional Burnout has a significant impact on health care workers. Therapists who attend individuals with Neurodevelopmental disorders show greater risk factors due to psychosocial conditions and the high interpersonal demands involved in working with individuals who present cognitive and behavioral deficits. The objective of this work was to demonstrate the prevalence and association between burnout syndrome and therapeutic modalities, as well as to calculate mean scores and differences in dimensions of the syndrome according to therapeutic modalities. For this, a cross-sectional and analytical study was carried out where information was collected and the questionnaire, "Maslach's Professional Exhaustion Inventory" was applied to 36 therapists at the Quito Neurodevelopment Center. The results of the study indicate that 20.0% suffer from professional burnout. The average in the emotional exhaustion dimension score was 25.7, in the depersonalization dimension the average was 9.1, and in the personal fulfillment dimension, the average was 15.7. No statistically significant differences were found in the scores of the three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment) between the different therapy modalities that are carried out in the center. Finally, a direct association between burnout syndrome therapy modalities was not found.

Keywords: Therapist, Cognitive Therapy, Burnout, Evidence based practices. Neurodevelopmental Disorders.

Índice General

1	Introducción	1
1.1	Hipótesis	3
1.2	Objetivos	3
1.2.1	<i>Objetivo General</i>	3
1.2.2	<i>Objetivos Específicos</i>	3
2	Marco Teórico	4
2.1	Síndrome de Agotamiento Profesional y Terapeutas de Trastornos del Neurodesarrollo.....	4
2.1.1	<i>Síndrome de Agotamiento Profesional.....</i>	4
2.1.2	<i>Componentes Personales Premórbidos</i>	7
2.1.3	<i>Relación entre el Síndrome de Agotamiento Profesional y los terapeutas del neurodesarrollo</i>	12
2.2	Intervenciones en Trastornos del Neurodesarrollo	14
2.2.1	<i>Trastornos del Neurodesarrollo.....</i>	14
2.3	Neurodesarrollo Quito	18
2.3.1	<i>Condiciones Laborales</i>	19
2.3.2	<i>Modalidades Terapéuticas</i>	20
3	Metodología	26
3.1	Diseño de Estudio	26
3.2	Población y Muestra.....	26
3.2.1	<i>Criterios de Inclusión</i>	26
3.2.2	<i>Criterios de Exclusión</i>	26
3.2.3	<i>Definición de Variables</i>	26
3.3	Instrumentos	28
3.4	Procedimientos	30
3.5	Plan de Análisis Estadístico	30
4	Resultados.....	32
4.1	Descripción de la Muestra	32
4.2	Carga Laboral y Familiar.....	33
4.3	Relación del Síndrome de Agotamiento Profesional y la Modalidad de la Terapia. .	35

5	Discusión y Conclusiones	37
6	Referencias Bibliográficas	41
7	Anexos	47
7.1	Consentimiento Informado	47
7.2	Encuesta de Burnout en Neurodesarrollo Quito	48

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Sintomas del Síndrome de Agotamiento Profesional.</i>	9
Tabla 2. <i>Operacionalización de las variables.</i>	26
Tabla 3. <i>Descripción de la muestra de terapeutas adultos del Centro Neurodesarrollo Quito, Ciudad de Quito, Octubre 2022.</i>	32
Tabla 4. <i>Descripción de la carga laboral e función de la modalidad terapéutica y la carga familiar, del personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.</i>	33
Tabla 5. <i>Resumen del puntaje del Inventario de Agotamiento Profesional y sus dimensiones, en el personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.</i>	33
Tabla 6. <i>Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional y sus dimensiones, en el personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.</i>	34
Tabla 7. <i>Diferencias de medias entre los puntajes de las dimensiones del Inventario Profesional de Maslach, en los terapeutas del Centro Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.</i>	35
Tabla 8. <i>Relación del Síndrome de Agotamiento Profesional de Maslach y la modalidad de terapia.</i>	36

1 Introducción

Durante los últimos años, la elevada incidencia del síndrome de Agotamiento Profesional ha despertado la preocupación de las entidades sanitarias. Los principales afectados mantienen trabajos que requieren constante interacción social. El personal de salud se ha visto fuertemente impactado por esta problemática debido a factores asociados a su ocupación, como la exposición crónica a agentes estresores, las jornadas laborales extensas y el tipo de tareas que realizan (Linares y Guedez, 2021).

En el Ecuador, según un estudio llevado a cabo por Ramírez (2017), la prevalencia del síndrome de Agotamiento Profesional en una muestra de 166 profesionales de la salud alcanza el 4,2%. Estos valores no discrepan de otros escritos, como el desarrollado por Arayago et.al (2018) en España y América Latina, donde alcanza el 4% en el Ecuador. Es importante recalcar que esto puede variar dependiendo del grupo de profesionales de la salud al que se haga referencia. Aunque la mayoría de los estudios se centran en médicos, en 2018 se llevó a cabo una investigación en Argentina con una muestra de 544 profesionales, donde el 89% eran psicólogos. En esta se evidenció que la prevalencia llegaba a 9,6%, lo que demuestra un incremento en la presencia de esta patología sobre la población mencionada a comparación de años pasados (citado por Partarrieu et.al, 2019).

Existen múltiples factores asociados a su etiología, aunque la mayoría se centran en aspectos laborales como la sobrecarga de trabajo o las condiciones deficientes del medio, existen componentes personales, sociales, ambientales y de formación (Saborío e Hidalgo, 2015). El síndrome de Agotamiento Profesional afecta de forma significativa a las personas

que se lo presentan, puede llevar al desarrollo de cuadros psiquiátricos, colapsos, aislamiento e incluso el suicidio.

El síndrome de Agotamiento Profesional o desgaste profesional (Burnout en inglés) se da como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoce como un factor de riesgo ocupacional debido al impacto que causa sobre la salud y calidad de vida de aquellos que lo padecen (Morales e Hidalgo, 2015; Jiménez-Cruz et al., 2018). Los trabajadores de la salud se ven expuestos a múltiples factores estresantes a lo largo de su ejercicio diario. Al trabajar directamente con seres humanos, las manifestaciones de cansancio o estrés laboral son más evidentes y frecuentes (Díaz et.al, 2021). Se destaca la labor de los terapeutas centrados en intervenciones con trastornos del neurodesarrollo, quienes actúan como cuidadores secundarios y se enfrentan a fuertes presiones físicas y emocionales. Estas características los ubican como una población propensa al agotamiento extremo y, por ende, al desarrollo de patologías como el Síndrome de Agotamiento Profesional (Giménez et.al, 2018).

Aunque el tema ha sido abordado por distintos profesionales durante los últimos años, es necesario profundizar sobre el mismo tomando en cuenta las particularidades de nuestro contexto. Los datos obtenidos permitirán comprender de mejor forma la problemática y darán paso a futuras investigaciones. Lo cual posibilita el desarrollo de programas de prevención y promoción para beneficio personal y laboral de los trabajadores de la salud.

1.1 Hipótesis

Existen diferencias del Agotamiento Profesional dependiendo de las modalidades terapéuticas que emplearon los trabajadores del Centro Neurodesarrollo Quito.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de Agotamiento Profesional en los Terapeutas del centro de Neurodesarrollo Quito según la modalidad terapéutica que ejercen.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia del síndrome de Agotamiento Profesional.
- Establecer las diferencias en los puntajes de las dimensiones del síndrome de agotamiento profesional según las modalidades de terapia que se realizan en el centro de Neurodesarrollo Quito.
- Establecer la asociación entre el síndrome de Agotamiento Profesional y las modalidades de terapia que se realizan en el centro de Neurodesarrollo Quito.

2 Marco Teórico

2.1 Síndrome de Agotamiento Profesional y Terapeutas de Trastornos del Neurodesarrollo.

2.1.1 *Síndrome de Agotamiento Profesional*

Existe una estrecha relación entre los conceptos de síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout en inglés) y estrés laboral. En un inicio, el estrés era un término usado en la física para definir un “quiebre ante tensiones sostenidas en el tiempo, con la consecuente presentación de alteraciones orgánicas en el individuo” (Quintero et.al, 2019, p.94). No fue hasta 1960 con los estudios fisiológicos realizados por Hans Selye que se relaciona el término con las condiciones de vida humana. En este caso, luego de una serie de experimentos con ratas que fueron expuestas a situaciones hostiles, el estrés fue definido como “la suma de respuestas fisiológicas, principalmente hormonales, inducida como reacción a estresores” (Lovo, 2020, p. 111). Frente a la activación sostenida del eje hipotálamo-hipófisis- córtico-suprarrenal el organismo genera medidas adaptativas, estas últimas se conocen como homeostasis. En este proceso, el ser humano es capaz de adaptarse a condiciones adversas, sin embargo, el sistema en general se ve afectado (Lovo, 2020;Jiménez-Cruz, 2018).

Las condiciones de trabajo pueden llegar a afectar de forma significativa el estado de un individuo, generando estrés laboral. A mediados del siglo XX, el psicólogo Herbert J. Freudenberger identificó que el personal de la clínica de toxicómanos donde trabajaba, experimentaba una pérdida progresiva de energía y motivación conforme pasaba el tiempo. Estos desarrollaban cuadros de ansiedad y depresión que afectaban su desempeño profesional y personal. Freudenberger denominó a este fenómeno como “Burnout” (Agotamiento

profesional en español) (Quintero et.al, 2019). Sin embargo, no fue hasta 1982, con los trabajos realizados por Christina Maslach, que tuvo un mayor alcance en la comunidad científica. A pesar de su gran difusión, actualmente no todas las clasificaciones médicas reconocen el Agotamiento Profesional como una enfermedad o trastorno.

En un inicio, Freudenberger usó el término de Agotamiento Profesional para referirse al “desgaste físico y mental ocasionado por demandas crónicas y excesivas de un trabajo” (Lovo, 2020, p. 112). Es importante resaltar que desde esta perspectiva el Agotamiento Profesional va más allá del estrés laboral, ya que toma en cuenta el significado personal de cada individuo sobre el trabajo que está realizando (Martínez, 2010). La definición más difundida fue la propuesta por Maslach, quien lo describe como “una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo” (Olivares, 2017, p.59). Relaciona esto con las adecuadas estrategias de afrontamiento, donde los niveles de presión y tensión laboral pueden provocar una respuesta disfuncional. Asimismo, lo considera un síndrome tridimensional distinguido por cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Además, Maslach toma en cuenta algunas características para definirlo, las cuales son (Martínez, 2010):

- Predominio de síntomas mentales y conductuales sobre físicos, como: fatiga, depresión, y cansancio emocional.
- Ausencia de psicopatologías previas al desarrollo de síntomas.

- Clasificación como síndrome clínico-laboral
- Presencia de inadaptación laboral que disminuye el rendimiento laboral y la autoestima.

A partir de estos preceptos se desarrolló el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), el cual toma en cuenta las dimensiones mencionadas anteriormente para medir los niveles de Agotamiento Profesional en un individuo (Gil-Monte y Faúndez, 2011). Existen otras definiciones que han abordado nuevas aristas referentes al Agotamiento Profesional que complementan lo dicho por otros autores, como la propuesta por Barry A. Farber, el cual lo define como un “reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles” (citado por Martínez, 2010, p.45). El autor señala cuatro variables que influyen sobre el desarrollo del Agotamiento Profesional, que son:

1. La presión de satisfacer las demandas de otros
2. Intensa competitividad
3. Deseo de obtener más dinero
4. Sensación de no recibir lo que merece

Aunque en un inicio solía vincularse únicamente con los trabajos relacionados al cuidado y asistencia de personas, actualmente las investigaciones lo han relacionado con cualquier ocupación que implique los factores antes mencionados.

En cuanto a las definiciones nosológicas, los principales manuales médicos no describen al Agotamiento Profesional. Este es el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico

de los Trastornos Mentales (DSM-V). Por otro lado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se hace referencia a factores de riesgo ocupacional que se vinculan con lo antes mencionado (Saborío e Hidalgo, 2015). Se reconoce al Agotamiento Profesional como un proceso multicausal complejo donde existen causas tanto internas como externas. La base de su desarrollo se encuentra en los altos niveles de estrés, por lo tanto, aquellas situaciones vinculadas al entorno laboral que despiertan altos niveles de estrés favorecen al desarrollo del Agotamiento Profesional. En el mismo influyen componentes individuales, relaciones personales, niveles organizativos y entornos sociales (Lovo, 2020).

Un factor de riesgo es “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido” (Senado, 1999, p. 449). La literatura ha relacionado al síndrome de Agotamiento Profesional con los siguientes factores de riesgo (Thomaé et.al, 2006):

2.1.2 Componentes Personales Premórbidos

- **Edad.** Relacionado a la experiencia laboral. Para Rivera et.al (2019), las personas que llevan poco tiempo trabajando demuestran menor cansancio y adaptabilidad, a comparación de aquellos que van más de cinco años en el mismo puesto.
- **Género.** Las mujeres suelen tener un mejor manejo de las situaciones conflictivas.

- ***Variables Familiares.*** Los lazos familiares estables y en armonía permiten enfrentar de mejor forma los conflictos. Carga horaria familiar, tanto del cuidado de la casa, de hijos o personas dedicadas de salud.
- ***Personalidad.*** Las personalidades de tipo competitiva, impaciente, hiperexigentes y perfeccionistas muestran una predisposición al estrés laboral. También aquellas que se muestran más altruistas e idealistas.
- ***Formación Profesional.*** Un excesivo conocimiento teórico y escaso entrenamiento práctico, poco conocimiento sobre el sistema donde trabaja.
- ***Factores Laborales o Profesionales.*** Se refiere a las condiciones deficientes en el entorno, organización laboral, salarios, sobrecarga y trabajo en equipo.
- ***Factores Asociados a la Tarea.*** Rivera et.al (2019) menciona que esto depende del significado y contenido que tenga para cada persona, además de la carga mental que le genere. Asimismo, la ambigüedad del rol o la falta de información sobre los aspectos relacionados al trabajo como: evaluación, funciones, objetivos y procedimientos pueden generar mayores inconvenientes.
- ***Factores Asociados a la Organización.*** como el grado de participación e interés de la empresa por sus trabajadores. Destaca la falta de equidad y participación en la toma de decisiones, además de las dificultades para ascender en el trabajo.
- ***Factores Sociales.*** Hace referencia a las concepciones sociales que tenga el individuo, como el estatus social y económico que le brinde un empleo.
- ***Factores Ambientales.*** Aquellos eventos vitales que pueden desestabilizar al individuo, como la muerte, el divorcio, matrimonio, nacimientos.

De acuerdo a Maslach, se identifican tres componentes en el síndrome de Agotamiento Profesional (Olivares y Gil-Monte, 2009):

- ***Cansancio o Agotamiento Emocional.*** Existe un decaimiento energético y una pérdida de recursos emocionales personales. Por lo tanto, los trabajadores perciben que no pueden entregar más afectivamente. Se muestran menos motivados, frustrados y agotados tanto física, mental y emocionalmente.
- ***Despersonalización.*** En general, destinan respuestas irritables e impersonales hacia las personas vinculadas a su trabajo. Demuestran actitudes de cinismo y desapego emocional (actitud fría, distanciada y despectiva) frente compañeros o personas que reciben sus servicios. Esto responde a un mecanismo de autoprotección que les permite colocar una barrera emocional entre lo que le sucede a los usuarios y ellos.
- ***Baja Realización Personal en el Trabajo.*** Presentan una tendencia a autoevaluarse de forma negativa en cuanto a su rendimiento profesional. Se auto conciben como insuficientes y desconfían de sus habilidades. Por lo tanto, pierden gratificación personal y aumentan los sentimientos de fracaso laboral.

Los síntomas del síndrome de Agotamiento Profesional pueden clasificarse por: emocionales, cognitivos, conductuales, físicos y sociales.

Tabla 1

Síntomas del Síndrome de Agotamiento Profesional.

Emocionales	Cognitivos	Conductuales	Físicos	Sociales
Depresión	Pérdida de significado y	Conductas	Jaquecas	Conflictos

Indefensión	valores	inadaptativas	Hipertensión	interpersonales
Desesperanza	Desaparición de expectativas	Desorganización	Diarrea	Aislamiento y evitación
Irritación	Modificación de autoconciencia	Evitación de responsabilidades	Insomnio	Disminución del deseo de comunicarse
Apatía	Desorientación cognitiva	Aumento del uso de café, alcohol, tabaco y drogas	Dolor precordial	
Desilusión	Distracción		Asma	
Pesimismo	Cinismo		Catarros frecuentes	
Hostilidad			Alteraciones menstruales	
Menor expresividad sentimental			Fatiga crónica	
Cansancio físico y psíquico			Lumbalgias	
Despersonalización			Cervicalgias	
			Alergias	

Fuente: Realizado por Ana Paula Tapia a partir de las investigaciones llevadas a cabo por (Bianciotti, 2020; Lovo, 2020; Martínez, 2010).

Adicionalmente, Saborío et.al (2015) señala cuatro niveles de intensidad clínica.

Cada uno de estos incluye distintas manifestaciones:

- **Leve.** Quejas, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana.
- **Moderado.** Actitudes que denotan cinismo, aislamiento general y negativismo
- **Grave.** Enlentecimiento, disociación, abuso de alcohol o drogas
- **Extremo.** Desarrollo de cuadros psiquiátricos, colapsos e incluso el suicidio.

Las consecuencias del síndrome de Agotamiento Profesional son de índole emocional, cognitiva, conductual, física y social; sin embargo, las secuelas emocionales son las que abundan, en vista de que las investigaciones realizadas al respecto, toman como base la definición operativa de Maslach. En cuanto a los efectos cognitivos y conductuales, estos

han sido los menos estudiados. A continuación, se señalan de manera general las diferentes consecuencias del síndrome de Agotamiento Profesional (Martínez, 2010):

- **Aspecto Emocional.** agresividad, disminución de autoestima, sentimientos de fracaso, enfado, depresión e irritabilidad.
- **Aspecto Cognitivo.** frustración, auto sabotaje, autocrítica, desconfianza, auto desvalorización, desconsideración hacia el trabajo.
- **Aspecto Conductual.** “pérdida de acción proactiva” (Martínez, 2010, p. 60) y práctica de malos hábitos para la salud.
- **Aspecto Físico.** aparición y/o aumento de desórdenes fisiológicos como dolor en distintas partes del cuerpo, dificultades para dormir, problemas alimenticios, disfunción sexual, fatiga crónica, entre otros.
- **Aspecto Social.** tendencia al aislamiento, desprecio hacia las interacciones con otros, dificultades en el hogar y en la relación con la pareja. En otras palabras, se produce un deterioro en las relaciones personales.

En lo que concierne a lo laboral, el síndrome de Agotamiento Profesional afecta al desempeño de las personas, produciéndose así un descenso en la productividad y el rendimiento, disminución en la calidad del trabajo producido, aumento de errores, dificultad para tomar decisiones, ausentismo y absentismo, desmotivación, pasividad, indiferencia y accidentes (Martínez, 2010). La actitud general en lo relacionado al trabajo es la de insatisfacción laboral (Leiter & Maslach, 2001, como se citó en Olivares, 2017).

2.1.3 Relación entre el Síndrome de Agotamiento Profesional y los terapeutas del neurodesarrollo

Los terapeutas del neurodesarrollo son profesionales del área de salud que trabajan con individuos que presentan dificultades a nivel cognoscitivo y conductual. Estos terapeutas se encargan principalmente de la realización de actividades tales como:

- Evaluación y diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo.
- Intervenciones enfocadas en el logro de funcionalidad e independencia en la vida diaria, dirigidas a individuos con trastornos del neurodesarrollo.
- Rehabilitación cognitiva.
- Asesoría y capacitación a padres y cuidadores.

Entre los estresores presentes en la labor de los terapeutas del neurodesarrollo se encuentran:

- El cumplimiento de las metas y logros terapéuticos (Partarrieu, 2018).
- La necesidad de mantener altos estándares de desempeño y de sentirse competentes (Partarrieu, 2018).
- La sobrecarga horaria, de pacientes o de casos complicados por alta demanda y escasez de profesionales capacitados (Ministerio de Salud Pública, 2014; Partarrieu, 2018).
- Exigencia por parte de las instituciones de una entrega laboral alta del profesional (Aranda, 2014; Caballero et al., 2014; Vásquez et al., 2015; como se citó en Lauracio & Lauracio, 2020).

- Alta carga emocional y continuo trabajo interpersonal (Gil Monte & Olivares Faúndez, 2011).

El trabajo interpersonal, parte esencial de la labor psicológica, es altamente demandante. Es así que, en caso de que la práctica profesional no sea sobrellevada de manera equilibrada o con el ejercicio del autocuidado, pueden aparecer dificultades de salud, tales como el síndrome de Agotamiento Profesional (Díaz et al., 2021). Es necesario recalcar que, dadas las circunstancias de hoy en día tales como la pandemia, problemas económicos a nivel mundial y el exceso de trabajo debido a la falta de profesionales capacitados en el país (además de otros problemas internos), es complicado para los terapeutas el mantener un equilibrio o prácticas de autocuidado (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Entre los grupos de profesionales, aquellos que se encuentran en alto riesgo de padecer de síntomas de Agotamiento Profesional son los que trabajan con personas con discapacidades, sean estas de tipo físico o psicológico. Estos profesionales pasan un tiempo considerable de dedicación intensa al trabajo con los pacientes y la relación puede ser frustrante, causar temor, decepción o agresión para alguna de las partes (Gil Monte & Olivares Faúndez, 2011). Asimismo, estos profesionales “necesitan altas dosis de entrega e implicación” (Do Carmo et al., 2016, como se citó en Lauracio & Lauracio, 2020, p. 544). Es así que estas exigencias de la profesión pueden conllevar al desarrollo del Agotamiento Profesional (Gil Monte & Olivares Faúndez, 2011).

Sin embargo, es necesario clarificar el hecho de que, según investigaciones realizadas a partir de la década de 1990, el Agotamiento Profesional no está únicamente

relacionado con el impacto del trabajo interpersonal, sino que los factores organizacionales son los que tienen mayor prevalencia en la aparición del síndrome (Gil Monte, 2005, como se citó en Arias et al., 2019). Siendo así, a lo demandante del trabajo interpersonal se le suma la deficiente situación organizacional a nivel del país y las circunstancias complejas mencionadas con anterioridad, estableciendo claramente el alto riesgo de desarrollo de síndrome de Agotamiento Profesional en el que se encuentran los terapeutas (Ministerio de Salud Pública, 2014).

2.2 Intervenciones en Trastornos del Neurodesarrollo

2.2.1 *Trastornos del Neurodesarrollo*

Los trastornos del neurodesarrollo hacen referencias a las dificultades que se presentan a nivel cognoscitivo y conductual, y que se manifiestan en etapas tempranas del desarrollo pero que pueden permanecer o repercutir en etapas subsiguientes. Entre las características de estos trastornos, es posible mencionar las siguientes (Yáñez Téllez, 2016):

- En los trastornos del neurodesarrollo existe un desarrollo inadecuado en uno o varios de los ámbitos conductuales o cognoscitivos.
- La presencia de algunos trastornos afecta de manera general a la mayoría de los ámbitos del desarrollo (ejemplo, discapacidad intelectual), mientras que otros tienen un impacto en dominios específicos (ejemplo, trastornos de la comunicación).
- Los trastornos del neurodesarrollo tienen una alta comorbilidad entre sí.

- Los trastornos del neurodesarrollo pueden tener un origen neurobiológico y no se descarta la influencia del ambiente. Asimismo, estas alteraciones pueden iniciar desde la gestación, pero sus manifestaciones son evidentes en etapas más tardías.
- Todos estos trastornos tienen un impacto significativo en la vida de la persona que los padece y sus familiares. Es por ello que requieren de atención profesional.
- El pronóstico de estos trastornos mejora entre más temprano sea el diagnóstico y la intervención.

Según el DSM 5, los principales trastornos del neurodesarrollo son los siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013):

- ***Discapacidades Intelectuales.*** incluye tres trastornos, el trastorno del desarrollo intelectual, el retraso global del desarrollo y el trastorno del desarrollo intelectual no especificado. El primer trastorno tiene que ver con “limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 17). El diagnóstico del segundo trastorno es aplicado cuando el individuo es menor a cinco años, por lo que requiere de revalorización futura. Por último, el diagnóstico del tercer trastorno es aplicado en circunstancias excepcionales, cuando la discapacidad intelectual no puede ser valorada debido a deterioros físicos o sensoriales, problemas de comportamiento graves, entre otras dificultades. Asimismo, necesita revalorización futura (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

- ***Trastornos de la Comunicación.*** comprenden el trastorno del lenguaje, trastorno fonológico, trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), trastorno de la comunicación social (pragmático) y trastorno de la comunicación no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Estos trastornos pueden ser del desarrollo o adquiridos y su origen puede encontrarse en problemas biológicos o factores genéticos. Los síntomas más comunes son, en niños pequeños, vocabulario limitado de acuerdo a la edad o dificultad para hablar del todo; en niños de edad escolar, problemas en la formulación y comprensión de palabras; y en adolescentes, dificultades para la expresión y comprensión de ideas abstractas (Stanford Children's Health, 2021).
- ***Trastornos del Espectro del Autismo.*** se trata de trastornos que tienen un impacto significativo en la vida del individuo, afectando capacidades como la imaginación, la interacción social y la comunicación. Asimismo, estos trastornos “suelen asociarse con patrones restringidos y repetitivos de conductas e intereses” (Talam & Jarne, 2015, p. 1328). En cuanto a la etiopatogenia del TEA, se ha indicado la posibilidad de la multicausalidad (Talam & Jarne, 2015).
- ***Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.*** abarca al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado y trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría,

2013). Las características principales del TDAH tienen que ver con un patrón insistente de distracción/desatención y/o problemas para controlar la conducta, que causan un impacto negativo significativo en las actividades académicas y/o sociales, con más gravedad y frecuencia de lo observado en individuos que se encuentran en un nivel similar de desarrollo (Talarn & Jarne, 2015). Asimismo, se incluyen “la dificultad para seguir las normas e instrucciones y una excesiva variabilidad en las respuestas a las situaciones” (Talarn & Jarne, 2015, p. 1342).

- ***Trastorno Específico del Aprendizaje.*** tiene que ver con problemas en el aprendizaje o en el uso de las capacidades académicas. Entre sus síntomas se encuentran dificultades con la lectura (incluyendo problemas para comprender lo que se lee), conflictos con la ortografía, la expresión escrita, el cálculo, datos numéricos o el sentido numérico, y el razonamiento matemático. De igual manera, las dificultades en estas aptitudes comienzan en la edad escolar, de manera que el individuo se encuentra por debajo de lo esperado de acuerdo a su edad cronológica, y estas dificultades afectan significativamente el rendimiento académico, laboral o cotidiano, además de no explicarse por otra causa que no sea este trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- ***Trastornos Motores.*** incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de movimientos estereotipados, trastornos de tics, otro trastorno de tics especificado y trastorno de tics no especificado (Asociación Americana

de Psiquiatría, 2013). Estos trastornos son enfermedades neurológicas que provocan dos tipos de dificultades, la incapacidad de controlar el movimiento o la producción de movimientos anormales o involuntarios. Algunos de estos trastornos no son curables según los últimos hallazgos científicos, sin embargo, sus síntomas son tratables (Miami Neuroscience Institute, 2022).

- ***Otros Trastornos del Desarrollo Neurológico.*** comprenden al otro trastorno del desarrollo neurológico especificado y al trastorno del desarrollo neurológico no especificado. En ambos trastornos el individuo presenta síntomas característicos de uno de los trastornos, pero no cumple con todos los criterios diagnósticos. En el caso del primer trastorno el clínico comunica el motivo por el que no existe el cumplimiento de los criterios diagnósticos, mientras que, en el caso del segundo trastorno, el clínico no especifica el motivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.3 Neurodesarrollo Quito

Neurodesarrollo Quito es una institución privada, ubicada en Nayón. La institución está conformada por profesionales de distintas especialidades tales como psicólogos generales, clínicos y educativos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, estimuladores tempranos y médicos enfocados en la atención de niños, adolescentes y adultos. Ofrecen evaluación, intervención, capacitaciones y servicios de colaboradores en lo que concierne a los trastornos del neurodesarrollo. De la misma manera, oferta asesoría y capacitación a instituciones o profesionales que requieran guía en la evaluación o intervención de casos complejos, Asimismo, Neurodesarrollo Quito trabaja en la atención a

la comunidad, por medio de precios diferenciales. Por último, proveen un programa de pasantías.

Entre los servicios de evaluación que ofrece la institución se encuentran la evaluación y diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo y la evaluación del desarrollo e intervención temprana. En lo que concierne a la intervención, Neurodesarrollo Quito realiza diferentes tipos de modalidades terapéuticas, entre ellas se encuentran las practicas basadas en Evidencia como ABA (applied behavior analysis), ESDM (early start denver model), CAA (comunicación aumentativa y alternativa), metodología TEACCH (aprendizaje enseñanza estructurada). También se encuentra intervención conductual, entrenamiento a padres, intervención pedagógica, terapia de integración sensorial y rehabilitación cognitiva. Respecto a los servicios de los colaboradores, se ofertan la terapia de integración sensorial, y la psicoterapia emocional y clínica con enfoque psicoanalítico. De igual manera, Neurodesarrollo Quito ofrece recursos informativos enfocados en los varios trastornos del neurodesarrollo para la formación de padres, profesionales y la comunidad. Por último, la institución es el distribuidor oficial del material de PECS (Picture Exchange Communication System).

2.3.1 Condiciones Laborales

Las condiciones laborales de Neurodesarrollo Quito se rigen bajo el proceso de facturas, no existe una vinculación directa con el IESS. Son servicios prestados y no hay relación de dependencia directa. Cada terapeuta recibe su honorario, basado en las horas trabajadas en el mes. Ellos mismos manejan sus horas de manera independiente, tanto en el

trabajo práctico con los pacientes como el trabajo de papeles, registros, planificaciones. Es importante mencionar que la atención a cada paciente conlleva horas extras de planificación y registros según el tipo de terapia que realice. Es importante mencionar que cada terapeuta realiza más de una terapia en el día dentro de las intervenciones basadas en evidencia. Así mismo, existe terapeutas que trabajan en otra empresa o en otros servicios el tiempo restante que no lo brindan a Neurodesarrollo Quito.

Para finalizar, en lo concerniente al ambiente laboral general, Neurodesarrollo Quito se preocupa por mantener el trato respetuoso entre los empleados y un entorno saludable.

2.3.2 Modalidades Terapéuticas

EBP. Evidence-based practice o las prácticas basadas en evidencia son un conjunto de programas educativos, servicios y demás, proporcionados a personas con trastornos del neurodesarrollo como el autismo, que tienen evidencia científica de su efectividad. Este tipo de enfoque surge y comienza a ganar terreno a inicios de la década de 1970 con el doctor escocés, Archie Cochrane (National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP), 2020).

Hace medio siglo, Cochrane notó que los trabajadores del sector de salud de Inglaterra realizaban intervenciones que no tenían una base científica, de manera que construyó la iniciativa de realizar revisiones sistemáticas de literatura científica con el objetivo de que los profesionales de salud conozcan sobre prácticas que contengan evidencia. Sin embargo, la labor de Cochrane no terminó allí, sino que indicó que los profesionales deben emplear su experiencia clínica para determinar la mejor intervención a realizar según

el caso que se presente (National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP), 2020). Es así que autores como Sackett et al (1996) indican que la medicina basada en evidencia no es “un libro de instrucciones paso a paso” (p. 71). Estos mismos lineamientos (necesidad de evidencia empírica y de la aplicación del conocimiento clínico del profesional) se aplican hoy en día en las prácticas basadas en evidencia para personas con trastornos del neurodesarrollo (National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP), 2020).

Según la literatura de investigación (Smith, 2013), es posible clasificar los enfoques de intervención basados en la evidencia en dos tipos, los modelos de prácticas de intervención focalizada y los modelos integrales. El primer enfoque está orientado a abordar solo un objetivo o habilidad con la persona con la que se trabaja. Este modelo requiere menos tiempo de tratamiento que los modelos integrales y está encaminado en torno a los resultados específicos de la persona (National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP), 2020). Por otro lado, el segundo enfoque tiene que ver con prácticas cuyo objetivo es impactar ampliamente en el aprendizaje o desarrollo de la persona (Odom, Collet-Klingenberg, et al., 2010, como se citó en National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP), 2020).

ABA. Applied behavior analysis o análisis de comportamiento ABA forma parte de las prácticas basadas en evidencia, y se trata de intervenciones enfocadas a modificar conductas disruptivas o aberrantes presentes en individuos con problemas de neurodesarrollo como el TEA. El ABA se apoya en los principios de la psicología del aprendizaje, específicamente los relacionados a la modificación del comportamiento. Utiliza esta teoría

para analizar la conducta del individuo considerando variables como el entorno en el que se encuentra, y de esta manera usa las herramientas apropiadas para apoyar en el proceso de modificación del comportamiento (Piñeros & Toro Herrera, 2012, como se citó en Valencia Cifuentes & Becerra, 2019).

Entre los objetivos del ABA se encuentran la consecución de los objetivos propuestos para el paciente, la reducción de la dependencia hacia el terapeuta y que el individuo progrese en su nivel de adaptación a la sociedad (Piñeros & Toro Herrera, 2012, como se citó en Valencia Cifuentes & Becerra, 2019). En cuanto a los tipos de ABA, existen varios, con programas enfocados a las distintas habilidades y comportamientos a ser, en el primer caso enseñadas y en el segundo modificados. Asimismo, hoy en día, todas las formas de ABA se basan en el refuerzo positivo de manera intensiva de conductas deseadas (Child Mind Institute, 2021).

Respecto al tratamiento, este es llevado a cabo en el ambiente en el que el paciente se desenvuelve, es decir, no se realizan internamientos como en antaño, dado que lo que interesa es que el paciente logre trasladar lo aprendido a su entorno. De igual manera, los padres conocen sobre los detalles del tratamiento de sus hijos y están asesorados en lo concerniente a la conducta y sus principios, de esta forma saben cómo tratar con las conductas disruptivas y reforzar el comportamiento. De la misma forma, el tratamiento es concreto y estructurado, y antes de comenzar cuenta con una evaluación exhaustiva del paciente, por medio de la cual se establece un registro de comportamientos y habilidades presentes, un catálogo de reforzadores (pues estos son únicos para cada persona) que es revisado

constantemente y modificado de ser necesario. En cuanto al tiempo del tratamiento, no existe un estimado, aunque variables como la edad de comienzo del ABA, la carga horaria del tratamiento y las particularidades de cada paciente pueden ser un indicador (Colombo, 2018).

DENVER. Early start denver model o modelo Denver de intervención temprana fue creado en el año 2000 por Sally Rogers y Geraldine Dawson, quienes habían desarrollado previamente el modelo Denver original. Pertenece a las prácticas basadas en evidencia y en un modelo de intervención conductual temprana que se aplica en la primera etapa de la infancia hasta los 5 años de edad, con el propósito de reducir la sintomatología de niños con síntomas tempranos de TEA (Corda, 2019). Este modelo ha demostrado ser efectivo para mejorar habilidades adaptativas en general, específicamente incrementando capacidades cognitivas, lingüísticas, de iniciativa y también de interacción social en los niños (Rogers & Dawson, 2010, como se citó en González Lagos, 2021).

El modelo Denver utiliza herramientas didácticas y las coordina con modelos de intervención conductuales y basados en el desarrollo. Es así que los profesionales certificados imparten el modelo Denver por medio de actividades recreativas (juegos) y relacionadas a la vida diaria. Asimismo, el modelo Denver incluye un currículo que contiene las áreas a trabajar con los niños, siendo estas las habilidades sociales, la imitación, el juego, la motricidad fina y gruesa, la cognición, la comunicación expresiva y receptiva, el autocuidado y la atención conjunta (Rogers & Dawson, 2010, como se citó en González Lagos, 2021).

En cuanto a los aspectos esenciales para la efectividad de este tipo de intervención, los juguetes, la emoción y concentración del niño son elementos necesarios. De igual manera,

el involucramiento de los padres es fundamental, en vista de que las técnicas empleadas por los profesionales deben ser implementadas en casa, de modo que los cuidadores del niño reciben psicoeducación (Arosteguí Arias, 2019).

En cuanto a la estructura del plan de intervención, las sesiones individuales según las indicaciones de Rogers y Dawson (2010), se llevan a cabo durante veinte horas a la semana, y siguen una estructura determinada. Las actividades se turnan entre rutinas sensorio sociales y con objetos. Asimismo, el profesional mantiene la atención y motivación del niño variando las tareas (Rogers & Dawson, 2010).

Rehabilitación Cognitiva. Son las terapias que se utilizan para la rehabilitación de las disfunciones cognitivas, tiene que ver con la implementación de técnicas y procedimientos que tienen como objetivo tratar a los individuos con déficits cognitivos, con el propósito de que se desenvuelvan en sus actividades diarias de manera independiente y productiva (De los Reyes Aragón et al., 2011). En este sentido, es importante recalcar que la rehabilitación cognitiva no solo se trata de la recuperación de áreas del neurodesarrollo debilitadas, sino que busca eliminar las barreras que impiden que las personas afectadas tengan una vida funcional, y es por ello que todo programa de rehabilitación cognitiva tiende a favorecer el desarrollo de la independencia de la persona (Machuca et al., 2006, como se citó en Suárez Yepes et al., 2016).

En cuanto a las características esenciales de los programas de rehabilitación cognitiva, es necesario que comprendan distintos enfoques de tratamiento, individualicen los procesos, establezcan objetivos relevantes para cada uno de los pacientes, evalúen

continuamente el progreso realizado por los individuos y la consecución de las metas planteadas, tengan en cuenta los aspectos emocionales y sociales de los pacientes e involucren a los familiares o cuidadores (De los Reyes Aragón et al., 2011).

Respecto a los distintos enfoques presentes en la rehabilitación cognitiva, se pueden nombrar cinco. La restauración se encarga de estimular las funciones cognitivas deterioradas por medio de varios ejercicios cognitivos. La compensación se enfoca en trabajar con las funciones cognitivas que se encuentren preservadas, con el propósito de que estas compensen aquellas alteradas. La sustitución se centra en la enseñanza de estrategias (por ejemplo, el uso de ayudas externas) que permitan aminorar el impacto de las funciones deterioradas. La activación-estimulación hace uso de fármacos o entrenamientos como el neurofeedback para aumentar la activación de áreas cerebrales hipoactivas. Para finalizar, la integración se ocupa de la optimización de las funciones cognitivas (De Noreña et al., 2010, como se citó en Suárez Yepes et al., 2016).

3 Metodología

3.1 Diseño de Estudio

El diseño de esta investigación tiene enfoque cuantitativo, del tipo observacional, transversal y analítico.

3.2 Población y Muestra

Los terapeutas del Centro de Neurodesarrollo, sede en Quito, que laboraron en el período del 1ro al 31 de octubre del año 2022.

3.2.1 Criterios de Inclusión

- Terapeutas que trabajaron en el Centro de Neurodesarrollo de la ciudad de Quito, en el mes de octubre de 2022.
- Mayores de 19 años y menores de 65 años
- Que no presenten un episodio de crisis de algún Trastorno Psiquiátrico

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Aquellos que no cumplen con los criterios de inclusión.
- No accedan a participar en el estudio y no formen el consentimiento informado, mediante la declaración del participante.
- Se excluyen del análisis quienes no completen los cuestionarios del Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach o que la información que dieron invalide los resultados.

3.2.3 Definición de Variables

Tabla 2

Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición	Categorías/ Rango	Indicadores	Tipo/ Escala
Puntaje de la dimensión Agotamiento emocional	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	0-54	Media, desviación estándar. Mínimo y máximo.	Cuantitativo / Razón. Dependiente
Puntaje de la dimensión despersonalización	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.	0- 30	Media, desviación estándar. Mínimo y máximo.	Cuantitativo / Razón. Dependiente
Puntaje de la dimensión realización personal	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	0 - 48	Media, desviación estándar. Mínimo y máximo.	Cuantitativo / Razón. Dependiente
Dimensión Agotamiento Emocional	Califica el nivel de agotamiento emocional del profesional de la salud.	(bajo, medio, alto)	Frecuencia absoluta y relativa.	Cualitativa ordinal Dependiente
Dimensión despersonalización	Califica el nivel de las actitudes de frialdad y distanciamiento.	(bajo, medio, alto)	Frecuencia absoluta y relativa.	
Dimensión realización personal	Califica el nivel de los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	(bajo, medio, alto)	Frecuencia absoluta y relativa.	Cualitativa ordinal Dependiente
Agotamiento Profesional	Es la respuesta del estrés crónico del trabajo que ocurre cuando el individuo se siente agobiado e impotente ante las dificultades que se presentan en el entorno laboral (Gil-Monte y Faúndez, 2011).	(bajo, medio, alto)	Frecuencia absoluta y relativa.	Cualitativa ordinal Dependiente

Modalidad de Intervención terapéutica,	La modalidad clínica que ejercen las diferentes terapias de Neurodesarrollo Quito.	Prácticas basadas en evidencia (EBP) “Aba, Denver, CAA” y Rehabilitación cognitiva	Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del desgaste profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022	Cualitativo independiente
Edad	Años cumplidos por el terapeuta	19 a 65 años	Fecha de Nacimiento	Cuantitativa, variable de control
Carga Familiar	La cantidad de tiempo en horas dedicado a las tareas del hogar, crianza de hijos y cuidado de la familia.	0-80	Número de horas a la semana dedicadas a quehaceres del hogar, cuidado de familia, crianza de hijos.	Cuantitativo, variable de control
Carga Laboral	La cantidad de trabajo en horas que realiza el terapeuta.	0-80	Número de horas a la semana dedicada al trabajo	Cuantitativa, variable de control

Fuente: Realizado por Ana Paula Tapia a partir de las variables necesitadas en el estudio y de las investigaciones llevadas a cabo por (Gil-Monte y Faúndez, 2011; *mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf*, s. f.).

3.3 Instrumentos

Se administró el cuestionario “Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach y Jackson (1996)” (MBI) la versión traducida al español por Gil-Monte (2002) validada en Latinoamérica en población de 19 años hasta los 69 años (Gil-Monte y Faúndez, 2011), adaptada a un formulario de Google.

El inventario de Agotamiento Profesional de Maslach, es una prueba psicométrica auto-administrada, para evaluar el estrés crónico en los profesionales de salud, en la que se plantean una serie de enunciados acerca de los pensamientos y los sentimientos del encuestado, respecto a su trabajo (*mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf*, s. f.; Universidad Pedagógica Nacional & Hederich-Martínez, 2016).

Está conformada por 22 ítems, valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 5 (diariamente). Se analiza mediante tres dimensiones: “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal”. La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), referidos a una disminución o pérdida de recursos emocionales, describen sentimientos de saturación y cansancio emocional por el trabajo; la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal, falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de la atención; la subescala de realización personal está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. En las dos primeras subescalas, las puntuaciones altas corresponden a fuertes sentimientos de estar “agotado”; en la última, las bajas puntuaciones corresponden a fuertes sentimientos de estar agotado (Parapa, 2016; mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf, s. f.).

Tanto el constructo de agotamiento profesional, como cada una de sus dimensiones son consideradas variables continuas, posteriormente las puntuaciones son clasificadas mediante en alto, medio y bajo en función del rango intercuartílico y si las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización tienen clasificación alta y la realización personal baja, se considera que el personal está en agotamiento profesional (mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf, s. f.).

3.4 Procedimientos

El estudio comenzó con una exhaustiva búsqueda bibliográfica y se seleccionó la prueba psicométrica Inventario del Agotamiento Profesional de Maslach (MBI).

Se invitó a todos los terapeutas del centro Neurodesarrollo de Quito, se les explicó en qué consistía el estudio y se les dejó en libertad de abandonarlo en cualquier momento si es que así lo decidían.

Una vez que firmaron su asentimiento, se procedió con la aplicación del Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach, mediante el aplicativo Google formularios y unas preguntas adicionales como la edad, la carga horaria familiar y semanal según las modalidades de terapia que realizan.

Los datos obtenidos, a partir de la prueba psicométrica, se exportó en una base de datos de Excel, que posteriormente se validó y analizó a través del programa estadístico SPSS versión 25.

3.5 Plan de Análisis Estadístico

Para la descripción de la muestra se empleó las medidas de resumen para las variables cuantitativas como edad, tiempo de carga laboral y familiar tales como las medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar y rango); para las variables categóricas (modalidades terapéuticas) o cualitativas se utilizó la tabla de distribución de frecuencias.

Para determinar la prevalencia se calculó la proporción de casos del síndrome de agotamiento profesional establecido como presente y ausente; para las dimensiones de

agotamiento emocional, despersonalización y realización personal clasificada como alta, media y baja también se calcularon las proporciones y a cada una de ellas se les estimó el intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Para analizar las diferencias de medias de los puntajes de las dimensiones del síndrome de agotamiento profesional medido con el inventario de Maslach en función de las modalidades terapéuticas, se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) con una significancia estadística del 95%

Para corroborar la hipótesis de que existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia del síndrome de agotamiento profesional y las modalidades terapéuticas realizadas por los profesionales del centro de Neurodesarrollo se empleó la prueba del chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia estadística del 0.05.

4 Resultados

4.1 Descripción de la Muestra

Tabla 3

Descripción de la muestra de terapeutas adultos del Centro Neurodesarrollo Quito, Ciudad de Quito, Octubre 2022.

Variables	Media (desviación estándar)	Mínimo – Máximo
Edad	27,1 (5,8)	(22,0 -51,0)
Variables/ categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Modalidad terapéutica		
Practicadas basadas en evidencias	18	51.4%
Rehabilitación cognitiva	7	20.0%
Rehabilitación cognitiva y EBP*	10	28.6%
Solo terapeutas en Neurodesarrollo Quito	6	17.1%
Otras labores en Neurodesarrollo Quito	12	34.3%
Otro trabajo además de Neurodesarrollo Quito	17	48.6%
Total	35	100.0%

*EBP: Practicas Basadas en Evidencias por siglas en inglés.

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

La muestra estuvo conformada por 35 terapeutas del centro de Neurodesarrollo Quito, con edades entre 22,0 y 51,0 años, la media de edad fue 27,1 años y la desviación 5,8 años. La mayoría de los trabajadores del centro, su modalidad de terapia fue la EBP el 51,4% (18/35), seguida por los que utilizan ambas la rehabilitación cognitiva y la EBP el 28,6% (10/35). El 17,1%, trabajó únicamente como terapeuta en el Centro de Neurodesarrollo Quito (6/35); el 34,3% (12/35) además de las terapias de rehabilitación cognitiva o EBP, realizaron labores como: terapias psicopedagógicas, terapias de habilidades sociales, terapia de lenguaje, etc.; el 48,6% (17/35) trabaja en otros centros de intervención psicológica, tal y como se muestra en la **Tabla 3**.

4.2 Carga Laboral y Familiar

Tabla 4

Descripción de la carga laboral en función de la modalidad terapéutica y la carga familiar, del personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.

Variables	Media (desviación estándar)	Mín. – Máx.
Terapia EBP (horas)	14,2 (17,7)	0,0 - 60,0
Rehabilitación cognitiva (horas)	4,1 (7,6)	0,0 - 35,0
Trabajo externo (horas)	10,6 (15,2)	0,0 - 60,0
Trabajo en el hogar (horas)	15,7 (14,6)	0,0 - 60,0
Total de horas de “trabajo semanal”	32,9 (22,0)	3,0 -88,0

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

En la **Tabla 4**, se visualiza que la carga de trabajo semanal en el hogar fue la más alta, con media de horas de 15,7 horas, desviación estándar 14,6 horas, tiempo mínimo 0 horas y máximo 60 horas; seguido por la carga de horas laborales con la modalidad de practica basada en evidencias, media 14,2 horas (S) 17,7 horas, rango de (0,0 - 60,0) y la carga media de trabajo externo al realizado en el centro de Neurodesarrollo Quito fue 10,6, desviación estándar 15,2 horas, con un rango (0,0 - 60,0) y por último, la menor carga horaria la tiene la rehabilitación cognitiva con media 4,1 horas, desviación estándar de 7,6 horas; rango 0,0 - 35,0 horas semanales.

Tabla 5

Resumen del puntaje del Inventario de Agotamiento Profesional de Maslach, en el personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.

Variables	Media (desviación estándar)	Mín. – Máx.
Puntaje agotamiento emocional	25,7 (6,8)	13,0 - 40,0
Puntaje despersonalización	9,1 (3,5)	5,0 - 20,0
Puntaje realización personal	15,7 (5,2)	8,0 - 30,0
Puntaje total Síndrome de agotamiento profesional	50,5 (13,1)	30,0 - 89,0

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

La

Tabla 5, se resume los resultados del puntaje del inventario de agotamiento profesional de Maslach, la media de agotamiento emocional fue la más alta 25,7, con un valor mínimo 13,0 y máximo 40,0; detrás el puntaje de realización personal, media de 15,7 y rango de 8,0 a 30.0 y por último la dimensión despersonalización, media 9,1, valor mínimo 5,0 y máximo 20,0.

Tabla 6

Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional y sus dimensiones, en el personal de Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.

VARIABLES/ CATEGORÍAS	Frecuencia (%)	IC 95%
Agotamiento emocional		
Bajo	3 (8,6%)	(7,0% - 10,1%)
Medio	18 (51,4%)	(48,6% - 54,2%)
Alto	14 (40,0%)	(37,3% - 42,7%)
Despersonalización		
Bajo	5 (14,3%)	(12,3% - 16,2%)
Medio	16 (45,7%)	(42,9% - 48,5%)
Alto	14 (40,0%)	(37,3% - 42,7%)
Realización personal		
Bajo*	19 (54,3%)	(51,5% - 57,1%)
Medio	15 (42,9%)	(40,1% - 45,6%)
Alto	1 (2,9%)	(1,9% - 3,8%)
Agotamiento profesional		
Presente	7 (20,0%)	(17,8% - 22,2%)
Ausente	28 (80,0%)	(77,8% - 82,2%)

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

Así mismo, en la **Tabla 6**, se describe que el agotamiento profesional afecto al 20,0% (7/35), IC 95% (17,8% - 22,2%), dado tanto, porque el agotamiento emocional y la despersonalización alta aquejó al 40,0% cada una, IC 95% (37,3% - 42,7%) y la realización personal baja estuvo presente en el 54,3% (19/35), IC 95% (51,5% - 57,1%) de los terapeutas del centro Neurodesarrollo Quito.

4.3 Relación del Síndrome de Agotamiento Profesional y la Modalidad de la Terapia.

Tabla 7

Diferencias de medias entre los puntajes de las dimensiones del Inventario del Agotamiento Profesional de Maslach, en los terapeutas del Centro Neurodesarrollo Quito, Octubre 2022.

Dimensiones	Modalidades de terapia	n	Media (S)	Mínimo	Máximo	Valor de p
Agotamiento emocional	EBP	18	25,9 (8,1)	13	40	0,981
	R. Cognitiva	7	25,7 (6,7)	19	33	
	EBP y R. Cognitiva	10	25,4 (4,8)	20	36	
	Total	35	25,7 (6,8)	13	40	
Despersonalización	EBP	18	9,6 (3,9)	5	20	0,693
	R. Cognitiva	7	8,3 (3,6)	5	16	
	EBP y R. Cognitiva	10	8,8 (2,6)	5	14	
	Total	35	9,1 (3,5)	5	20	
Realización Personal (puntaje inverso)	EBP	18	16,2 (5,9)	8.00	30.00	0,828
	R. Cognitiva	7	15,4 (4,3)	11.00	23.00	
	EBP y R. Cognitiva	10	14,9 (4,9)	9.00	25.00	
	Total	35	15,7 (5,2)	8.00	30.00	

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

Como se visualiza en la **Tabla 7**, no existen diferencias estadísticamente significativa entre los promedios de los puntajes de las dimensiones del inventario para valorar el síndrome de agotamiento profesional en las modalidades de terapia que se utilizan con mayor frecuencia en el centro de Neurodesarrollo Quito, que son las practicas basada en la evidencia, rehabilitación cognitiva y terapias mixtas, valores de p superior al 0,05.

Tabla 8

Relación del Síndrome de Agotamiento Profesional y la modalidad de terapia.

Categorías	Síndrome de Agotamiento Profesional		Valor P
	Ausente	Presente	
	Modalidad de terapia		
EBP	13 (72,2%)	5 (27,8%)	0,297
Rehabilitación cognitiva	7 (100,0%)	0 (0,0%)	
Mixta	8 (80,0%)	2 (20,0%)	

Fuente: Encuesta sobre el Síndrome del agotamiento profesional en el centro de Neurodesarrollo Quito, octubre 2022.

En la **Tabla 8**, se muestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia o ausencia del síndrome de agotamiento profesional en función de la modalidad de terapia de practica basada en evidencia, rehabilitación cognitiva o mixta; sin embargo, el 27,8% (5/18) de aquellos que realizan EBP presentan síndrome de agotamiento profesional, en tanto que en quienes realizan terapia cognitiva no existen casos de agotamiento profesional.

5 Discusión y Conclusiones

Según los hallazgos, se determina que existe la presencia de un cuarto ($\frac{1}{4}$) de la población con presencia de síntomas del síndrome de agotamiento profesional cumpliendo con las tres dimensiones del mismo, es decir que existe una alta presencia de factores de riesgo al ser profesionales de la salud enfocados en el neurodesarrollo (Arias, W., Cahuana, M., Ceballos, K., & Caycho, T., 2019). Dentro de esta población se observa ligeramente mayor presencia de la dimensión de agotamiento emocional en los terapeutas que realizan la modalidad terapéutica de prácticas basada en evidencia. Sin embargo, no es una diferencia estadísticamente significativa, por lo que no se puede mencionar una diferencia entre las modalidades terapéuticas. Ambas cumplen los mismos factores estresantes y demandantes en las relaciones interpersonales, lo que lleva a una alta competitividad donde el profesional del área de salud no puede mostrar vulnerabilidad y debe cumplir con las necesidades de los pacientes lo que menciona de igual manera Partarrieu et.al, (2019). El agotamiento profesional es presente sin importar tipos de modalidades o instituciones como lo refiere el estudio de Ángel et al., (2006) que no evidencia diferencias significativas entre las enfermeras según su adscripción institucional.

En el estudio presente no se asoció el sexo con el burnout debido a la población pequeña que presenta el centro de Neurodesarrollo Quito, por ello solo se asoció entre modalidades terapéuticas. En el estudio de Zuin et al., (2020) se observa un mayor agotamiento emocional en las neurólogas de sexo femenino, que según el estudio refieren que se debe a que el sexo femenino presenta mayor carga laboral y familiar. Es importante mencionar que hay una alta carga laboral y familiar en los terapeutas del centro de

Neurodesarrollo Quito, especialmente en los terapeutas que realizan prácticas basadas en evidencia. Lo que puede influir en esta ligera diferencia del agotamiento emocional, a pesar de no ser estadísticamente significativa. La alta carga laboral es significativa en todos los terapeutas que puede deberse a falta de organización en la empresa, debido a que no hay carga laboral equitativa entre los miembros del centro.

Asimismo, de manera general, el agotamiento emocional se presenta en un 40% dentro del centro de Neurodesarrollo Quito y lo que corrobora la propuesta de Jiménez-Cruz et al., (2018) al indicar que dentro del personal de salud los pediatras en UCI presentan el 40% de frecuencia de agotamiento, así mismo otros resultados sugieren que las enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social presentan el 44,1% de agotamiento emocional y trabajadores sanitarios presentan un 42% de cansancio emocional (Ángel et al., 2006; Grau et al., 2005). Sin embargo, a pesar de tener cerca del 40% es la dimensión más baja en las enfermeras entre las tres dimensiones. Concuere con lo mencionado por Dávila, (2011) que indica mayor despersonalización en el personal de enfermería a diferencia del agotamiento emocional y baja realización personal. Asimismo, otros estudios refieren que la dimensión de despersonalización con un nivel medio y alto, indica la presencia de síntomas del síndrome en los profesionales (Lauracio & Lauracio, 2020).

La dimensión más significativa dentro del síndrome de agotamiento profesional es la dimensión de realización personal al señalar que el 54% de nuestra población tiene una baja realización personal, es decir que hay desmotivación dentro del centro, lo que concuerda con el estudio de Lauracio & Lauracio (2020), que tiene muchos profesionales con afectación

en su sentimiento de realización personal. Mientras que Grau et al., (2005) sugiere que técnicos y médicos son los más afectados en esta dimensión. Lo que coincide con el estudio de Gómez-Urquiza et al., (2017) que sugiere una mayor tendencia en la realización personal en la actualidad, por lo que se puede justificar lo hallado en el estudio. Por ello es importante que se genere más apoyo a los trabajadores de esta área, fomentar mecanismos para realizar grupos de acompañamiento donde puedan compartir y exponer sus problemas. Además de promover políticas que aboguen por un trato justo y respetuoso a su labor. Promover psicoeducación para la prevención de estrés crónico, afrontamiento asertivo de situaciones demandantes como los factores psicosociales de cada terapeuta. De acuerdo al estudio que se realiza en Argentina, la detección temprana de estos síntomas en los terapeutas es importante para el bienestar del psicólogo (Partarrieu et.al, 2019; Bracco Bruce et al., 2018).

En conclusión, Se encontró que el (20, 0%) de los encuestados sufre de agotamiento profesional, IC 95% (17, 8% - 22, 2%) si inferimos los resultados al personal del centro de Neurodesarrollo de Quito. El puntaje medio de agotamiento emocional fue 25,7; rango de 13,0 a 40,0 puntos cuando el puntaje máximo esperado de esta dimensión es 54; en la dimensión de despersonalización la media fue 9,1, rango de 5,0 a 20,0 cuando el máximo esperado para esta dimensión es 30 y por última en la dimensión realización personal la media fue 15, 7; el mínimo fue 8,0 y el máximo 30,0, así mismo el máximo esperado para esta es 48 puntos.

Del mismo modo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las tres dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización

personal del síndrome de agotamiento profesional en función de las modalidades de terapia que se realizan en el centro de Neurodesarrollo, $p = 0,981; 0,693$ y $0,828$, respectivamente. Y tampoco se comprobó la asociación entre el síndrome de agotamiento profesional y las modalidades de terapia que se realizan en el centro de Neurodesarrollo, $p=2,97$.

Entre las limitaciones importantes del estudio, se encuentra la población semicautiva y pequeña, además del tiempo dentro de la investigación. Por lo tanto, no se pudo realizar un estudio longitudinal de causa y efecto, se recomienda realizarlo en un futuro tomando en cuenta los resultados significativos de este estudio y con mayor población. No existe suficientes investigaciones acerca de la población de psicólogos que trabajan con niños dentro del trastorno del Neurodesarrollo y por ello no hay cifras exactas, pero por factores de riesgo presentes en el mismo ámbito de la población podemos ir a los objetivos e hipótesis del estudio. Se determina que no existen los suficientes estudios relacionados entre el síndrome de Burnout y los psicólogos.

6 Referencias Bibliográficas

- Ángel, J., Rodríguez Moran, M., & Guerrero Romero, F. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*
- Arias, W., Cahuana, M., Ceballos, K., & Caycho, T. (2019). Síndrome de Burnout en Cuidadores de Pacientes con Discapacidad Infantil. *Interacciones*, 5(1), 7-16.
- Arosteguí Arias, D. (2019). *La psicoeducación en padres primerizos permite identificar signos de alarma de autismo antes de los 12 meses para una intervención temprana, de acuerdo con la propuesta del Modelo Denver en Ecuador* [Trabajo de titulación]. Universidad San Francisco de Quito.
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8135/1/142137.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Bracco Bruce, L., Valdez Oyague, R., Wakeham Nieri, A., & Velázquez, T. (2018). Estrategias para enfrentar el Síndrome de Agotamiento Profesional. Aportes desde la institución y los trabajadores penitenciarios peruanos. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 17(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol17-Issue3-fulltext-1381>
- Child Mind Institute. (2021). *La controversia alrededor del Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA)*. Child Mind Institute. <https://childmind.org/es/articulo/la-controversia-alrededor-del-analisis-de-comportamiento-aplicado-aba/>
- Colombo, M. (2018). ABA en el tratamiento del autismo. *Psyciencia*, 3-18.
<https://pavlov.psyciencia.com/2018/02/aba-tratamiento-autismo.pdf>

- Corda, L. (2019). *El modelo Denver de atención temprana como tratamiento para los trastornos del espectro autista (TEA)*. Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/el-modelo-denver-de-atencion-temprana-como-tratamiento-para-los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>
- Dávila, F. J. A. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *UNIVERSIDAD DEL ZULIA, 11*.
- De los Reyes Aragón, C., Moreno, A., & Arango Lasprilla, J. (2011). *Guía Básica en Neurociencias*.
- Díaz, M., González, M., y Cauchar, M. (2021). La importancia del autocuidado en psicoterapeutas desde una perspectiva conductual contextual en tiempos de pandemia: desgaste por empatía y buen auto. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Gil-Monte, P., & Faúndez, V. (2011). Psychometric Properties of the “Spanish Burnout Inventory” in Chilean Professionals Working to Physical Disabled People. *The Spanish Journal of Psychology, 14*(1), 441-451.
doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.40
- Giménez, S., Gilla, M., Morán, V., y Olaz, O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 10*
- Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: Una revisión sistemática. *Atención Primaria, 49*(2), 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

- González Lagos, D. P. (2021). Intervención vía telesalud basada en el modelo denver de atención temprana para niños pequeños con autismo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 21(1), 127-134.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Jiménez-Cruz, A., Loya-Murguía, K. M., Valdez Ramírez, J., & Bacardí Gascón, M. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: Revisión sistemática. *JOURNAL OF NEGATIVE AND NO POSITIVE RESULTS*, 1, 40-48.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060>
- Lauracio, C., & Lauracio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554.
<https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.04.003>
- Linares, G. y Guedez, Y. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 53(5), 102017.
- Martínez, A. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Vivat Academia*, 42-80.
<https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
- Miami Neuroscience Institute. (2022). *Trastornos motores*. Miami Neuroscience Institute.
<https://neuroscience.baptisthealth.net/es/miami-neuroscience-institute/services-and-programs/movement-disorders>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - con enfoque Familia, Comunitario e Intercultural*. Ministerio de Salud Pública.

Mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de diciembre de 2022, de

<https://angelrazo.files.wordpress.com/2013/01/mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf>

National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice (NCAEP). (2020). *Prácticas basadas en evidencia para niños, niñas, jóvenes y adultos jóvenes con autismo*.

<https://ncaep.fpg.unc.edu/sites/ncaep.fpg.unc.edu/files/resources/2020%20NCAEP%20EBP%20Report%20-%20Spanish.pdf>

Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 59-63. [https://www.scielo.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-](https://www.scielo.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf)

[00059.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf)

Parapa. (2016, abril 11). ESTADISTICANDO: ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI). *ESTADISTICANDO*.

<http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnout-inventory-mbi.html>

Partarrieu, A., De la Rosa, L. y Keegan, E. (2019). Creencias de los terapeutas perfeccionistas y su relación con el burnout. In *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Partarrieu, A. (2018). Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación el perfeccionismo. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-122/25.pdf>

- Ramírez, M. R. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 241-251.
- Rogers, S., & Dawson, G. (2010). *The Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement*. Guilford Press.
- Saborío, L., e Hidalgo, L. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 71-72.
- Smith, T. (2013). What is evidence-based behavior analysis? *The Behavior Analyst*, 7-33.
- Stanford Children's Health. (2021). *Communication Disorders*. Stanford Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=communicationdisorders-90-P05669>
- Suárez Yepes, N., Quiroz, N., Monachello, F., & De los Reyes Aragón, C. (2016). Rehabilitación neuropsicológica infantil: de la teoría a la práctica médica. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2), 455-466. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945023.pdf>
- Talarn, A., & Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. Titivillus.
- Universidad Pedagógica Nacional, & Hederich-Martínez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.1.1>
- Valencia Cifuentes, V., & Becerra, L. (2019). Terapias ABA en autismo: ¿Solución única a un problema múltiple? *Salutem Scientia Spiritus*, 5(1), 50-53.

https://www.researchgate.net/publication/340461742_Terapias_ABA_en_autismo_Solucion_unica_a_un_problema_multiple_ABA_therapies_in_Autism_Unique_solution_for_a_multiple_problem

Yáñez Téllez, M. G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: Diagnóstico, evaluación e intervención*. Editorial El Manual Moderno.
<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/28859.pdf>

Zuin, D. R., Peñalver, F., & Zuin, M. P. (2020). Síndrome de burnout o de agotamiento profesional en la Neurología argentina. Resultados de una encuesta nacional. *Neurología Argentina*, 12(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.005>

7 Anexos

7.1 Consentimiento Informado

Mediante la realización de esta encuesta, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de titulación que se titula "La Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en los Terapeutas del Centro de Neurodesarrollo Quito" desarrollado por la estudiante Ana Paula Tapia Argudo de la carrera de Psicología de la Universidad Internacional del Ecuador, asesorada por Nancy Larrea, que tiene como propósito determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los Terapeutas de Neurodesarrollo Quito según la modalidad terapéutica que ejercen.

Entiendo que fui elegido para el estudio y además doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es totalmente confidencial y anónima, por lo que no se releva a otras personas, por lo tanto, no afectara mi situación personal, ni laboral, ni de salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información y de participar en el trabajo en cualquier momento.

Así mismo, su información será analizada de manera conjunta con todas las respuestas recopiladas y servirá para la elaboración del presente trabajo final de titulación.

Si desea mayor información puede comunicarse al número telefónico de Ana Paula Tapia: 0987603143

7.2 Encuesta de Burnout en Neurodesarrollo Quito

Adaptada a un cuestionario de google form por Ana Paula Tapia:

Carga
Familiar
y
Laboral

Al responder las siguientes preguntas, dará por aceptada su participación en el trabajo de titulación. Recordamos que toda la información proporcionada será de manera anónima y confidencial.

2. Edad *

3. ¿Dentro de Neurodesarrollo Quito Realiza intervención EBP (Denver, ABA, CAA)? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

4. ¿Cuántas horas de su semana en total dedica a su trabajo realizando intervención EBP (incluyendo planificaciones, reuniones de equipo, supervisiones, horas presenciales, coordinaciones, etc.)? *Responda en números* *

En caso de que no realice intervención EBP ponga: Ninguna

5. ¿Dentro de Neurodesarrollo Quito Realiza intervención/Rehabilitación Neurocognitiva? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

6. ¿Cuántas horas de su semana en total dedica a su trabajo realizando Rehabilitación Neurocognitiva (incluyendo planificaciones, reuniones de equipo, coordinaciones, horas presenciales, etc.)? *Responda en números* *

En caso de que no realice intervención Neurocognitiva ponga: Ninguna

7. ¿Dentro de Neurodesarrollo Quito Realiza otro tipo de intervención/terapia adicional a las mencionadas anteriormente? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

8. ¿Cuántas horas de su semana dedica a otra intervención/terapia dentro de Neurodesarrollo Quito? *Responda en números* *

En caso de que no realice otro tipo de intervención/terapia ponga: Ninguna

9. ¿Actualmente usted labora en otra empresa adicional a neurodesarrollo Quito? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

10. Si usted labora en otra empresa adicional a Neurodesarrollo Quito, especifique cuantas horas de su semana dedica a su otro trabajo: *Responda en números* *

Sino labora en otra empresa ponga: Ninguna

11. ¿Cuántas horas de su semana dedica a tareas del hogar incluyendo cuidado de mascotas, crianza de hij@s o cuidado de enfermos? *

Burnout en
Neurodesarrollo
Quito

A continuación encontrara una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimiento en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y anónimos, en ningún caso accesible a otras personas.

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

12. 1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

13. 2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

14. 3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

15. 4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

16. 5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes/beneficiados de mi, como si fuesen objetos impersonales *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

17. 6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

18. 7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

19. 8. Siento que mi trabajo me esta desgastando *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

20. 9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

21. 10. Siento que me he hecho más duro con la gente *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

22. 11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

23. 12. Me siento muy enérgico en mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

24. 13. Me siento frustrado por el trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

25. 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

29. 18. Me siento emocionado después de haber trabajado uno a uno con mis pacientes. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

31. 20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

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

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente