

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Despersonalización en trabajadores de la salud, en un
hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024.**

AUTORAS:

**Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli
Caguana Rocha, María Rosa**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Hidalgo Jurado, Sylvia Azucena, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

Septiembre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli y Caguana Rocha, María Rosa**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Enfermería**.

TUTORA

f. _____
Lcda. Hidalgo Jurado, Sylvia Azucena, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Mendoza Vincés, Angela Ovilla

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA



Firmado electrónicamente por:
DAYANA NAYELI
ALVAREZ ESPINOZA

f. _____

Alvarez Espinoza, Dayana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Caguana Rocha, María Rosa**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA



firmado electrónicamente por:
**MARIA ROSA CAGUANA
ROCHA**

f. _____

Caguana Rocha, María Rosa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA:



Firmado electrónicamente por:
DAYANA NAYELI
ALVAREZ ESPINOZA

f. _____

Alvarez Espinoza, Dayana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Caguana Rocha, María Rosa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA:



firmado electrónicamente por:
**MARIA ROSA CAGUANA
ROCHA**

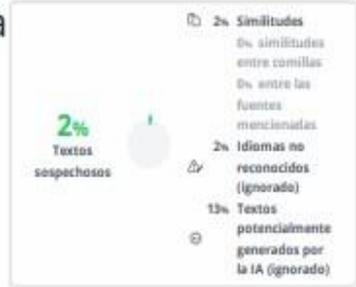
f. _____

Caguana Rocha, María Rosa

REPORTE DE COMPILATIO



Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024

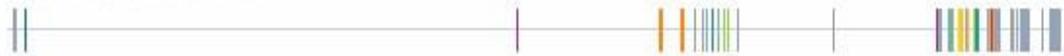


Nombre del documento: Tesis Alvarez y Caguana.docx
ID del documento: 713809d2dc962614cdf94459976ac02ab4eed91
Tamaño del documento original: 256,47 kB
Autor: Dayana Alvarez

Depositante: Dayana Alvarez
Fecha de depósito: 1/9/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 2/9/2024

Número de palabras: 17.507
Número de caracteres: 116.790

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	COMPILATIO- VERA MEJIA ALEXANDRA.docx COMPILATIO-VERAMEJIA AL... #1027ad El documento proviene de mi grupo 3 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (263 palabras)
2	repositorio.ucs.g.edu.ec http://repositorio.ucs.g.edu.ec/bitstream/2317022996/1/UCSG-CA24-23883.pdf 22 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (251 palabras)
3	Compilatio Pinto y Gaybor.docx Analisis de los registros clínicos de emfe... #f65ca El documento proviene de mi grupo 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (107 palabras)
4	Documento de otro usuario #e6c5c7 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (74 palabras)
5	SANCHÓN Y MIRABÁ.docx SANCHÓN Y MIRABÁ #6a3c6b El documento proviene de mi grupo 8 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (70 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
----	---------------	-------------	-------------	-------------------

Silvi Hidalgo

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme vivir esta etapa de mi vida, dándole gracias por darme salud, fuerza y paciencia para culminar esta hermosa carrera.

Quiero agradecer a mis padres también por apoyarme tanto económicamente como emocionalmente, gracias a ellos estoy donde estoy, superándome cada día y siendo la profesional que ellos tanto anhelan ver ya que es uno de los sueños que ellos quieren ver hecho realidad.

Agradecer también a mi hermano por ayudarme las veces que lo necesité, estuvo ahí conmigo aconsejándome y gracias a él no tiré la toalla cuando intenté hacerlo.

También agradecerle a mi familia en general, sobre todo a mi tía María quien siempre me dio ese ánimo para estudiar esta carrera, siempre que nos vemos me pregunta que tal me va. A mi abuelita también le estoy muy agradecida es la persona más dulce que alguien puede tener en su corazón, ella siempre reza por la protección de todos y nos aconseja.

Por último, quisiera agradecer a mis compañeros y amigos quienes me ayudaron a superar varios obstáculos a lo largo de esta carrera, gracias a todos por estar conmigo siempre y ser ese complemento que me impulsa a ser mejor cada día.

Alvarez Espinoza, Dayana

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme cumplir uno de mis sueños. Gracias por cuidarme, darme salud, fortaleza y la fuerza necesaria para vencer cualquier obstáculo sin rendirme jamás, su sabiduría y paciencia han sido mi guía constante, permitiéndome enamorarme cada vez más de mi vocación, estoy profundamente agradecida por su incondicional apoyo y bendición en este camino.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a las personas que han sido fundamentales en mi camino, primero, a mis padres y a mi tío, ellos han sembrado en mí cada uno de los valores que ahora me definen como persona,

su paciencia infinita y su constante impulso para que cumpliera mis sueños han sido fundamentales, sin su apoyo incondicional, no podría haber llegado a ser la persona en la que me he convertido.

Quiero expresar mi gratitud a mi hermana, quien ha sido mi docente, amiga e inspiración para estudiar esta hermosa carrera, gracias por estar siempre a mi lado en los momentos más difíciles, por brindarme confianza y compartir sus conocimientos, ayudándome a convertirme en un mejor profesional, nunca olvidaré los momentos que compartimos en mi etapa formativa e internado, las guardias, las comidas, las traspachadas, todos y cada uno de esos momentos permanecerán en mi corazón para siempre.

Finalmente, mi profundo agradecimiento a Carlos, el amor de mi vida. ha sido mi apoyo incondicional, brindándome ánimo y ayuda en cada paso, su presencia ha sido crucial para mi éxito y su amor ha sido mi mayor motivación. También quiero agradecer dos personas excepcionales a Sarita y Adriana, mis amigas inseparables, les agradezco por compartir conmigo experiencias únicas y por ser siempre mi sostén emocional durante esta etapa formativa, su compañía y alegría han hecho que este viaje sea aún más especial.

Por último, agradezco a las personas que ya no están conmigo físicamente pero que siempre las tendré en mi corazón, gracias a todos por ser parte de mi historia y por hacer posible mis logros.

Caguana Rocha, María

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes han sido el pilar fundamental durante mi formación académica, ya que me han apoyado, ayudado y me han llevado por el buen camino.

También quisiera dedicarle este trabajo a mi difunto abuelo paterno, que, a pesar de nunca haberlo conocido, me han contado lo mucho que amaba esta profesión y que si estuviera aquí conmigo estaría muy orgulloso y feliz.

Alvarez Espinoza, Dayana

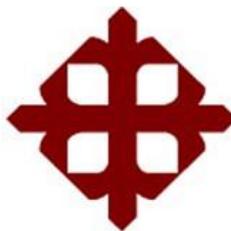
Quiero dedicar este logro a cuatro mujeres excepcionales que han dejado una huella imborrable en mi vida. A mi querida tía Elizabeth Esperanza Rocha Mury y a mi amada abuela Rosa Alegría Mury Olivo, quienes con su amor, sabiduría y ejemplo han sido mi inspiración para alcanzar mis sueños. Vuestra presencia y guía han sido el faro que ilumina mi camino, guiándome con fuerza y amor incondicional.

A mi mamá Elvia Rocha, cuyo amor infinito y apoyo incondicional han sido mi mayor fortaleza. Gracias por estar siempre a mi lado, por tu sacrificio y por ser mi ejemplo de perseverancia y valentía.

A mi hermana Evelyn Caguana, quien ha sido mucho más que una hermana para mí. Ha sido mi mentora, confidente y amiga constante. Gracias por tu apoyo inquebrantable, por estar presente en los momentos difíciles y por compartir conmigo cada paso de este viaje académico.

Este logro no habría sido posible sin ustedes. Vuestra influencia y amor han sido la fuerza que me impulsó a perseverar y alcanzar mis metas. Hoy, con profundo agradecimiento y cariño, dedico este trabajo a cada una de ustedes, con el más sincero reconocimiento a vuestro impacto inestimable en mi vida.

Caguana Rocha, María



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

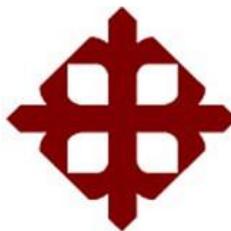
LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ, MARTHA LORENA
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA. GARRIDO, JULIA YNDELIRIA
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

CALIFICACION

Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli

Caguana Rocha, María Rosa

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	VIII
DEDICATORIA.....	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	XI
ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XV
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1. Planteamiento Del Problema.....	4
1.2. Preguntas De Investigación.....	5
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	7
CAPITULO II.....	8
2. Fundamentación conceptual.....	8
2.1 Antecedentes De La Investigación.....	8
2.2 Marco Conceptual.....	10
2.2.1. Despersonalización en salud.....	10
2.3 Marco Legal.....	34
Constitución Nacional del Ecuador (2008) (54).....	34
Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras/Os del Ecuador (55).....	35
Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera.....	35
La Ley de Derechos y Amparo al Paciente.....	37
Confidencialidad en los documentos con información de salud.....	37
Derecho a la información y confidencialidad.....	38
CAPITULO III.....	40
3. Diseño de la investigación.....	40
3.1. Tipo de investigación.....	40
3.2. Diseño de investigación.....	40

3.3. Población y muestra	40
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	40
3.5. Procedimientos para la recolección de datos.....	41
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	41
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	41
3.8. Operacionalización de variables	41
CAPITULO IV.....	44
4. Presentación y análisis de resultados	44
5. Discusión.....	55
6. Conclusiones.....	59
7. Recomendaciones.....	60
8. Referencias	61
Anexos	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	41
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de edad.....	45
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de antigüedad laboral	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Distribución por edad y sexo	44
Figura 2. Distribución por estado civil.....	46
Figura 3. Distribución por horas de turno de trabajo y función	47
Figura 4. Distribución por antigüedad laboral	48
Figura 5. Manifestaciones de despersonalización	50
Figura 6. Niveles de despersonalización	52
Figura 7. Factores de riesgo de despersonalización	53
Figura 8. Complicaciones de despersonalización.....	54

RESUMEN

Introducción: La despersonalización es una consecuencia de una exposición prolongada a estrés, donde se evidencian anomalías en el comportamiento y conducta del personal de salud, entre los cuales está la pérdida de sensibilidad hacia uno mismo y otros.

Objetivo: Determinar la recurrencia de despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024.

Metodología: Cuantitativa, descriptiva, observacional, transversal y prospectivo; la muestra fue de 51 trabajadores de la salud.

Resultados: Un 81% de los profesionales de enfermería son mujeres, y la mayoría son jóvenes, con un 39% en el rango de 20 a 29 años y un 32% entre 30 y 39 años. 32% tuvieron un nivel alto de despersonalización; 77% de los encuestados está frecuentemente expuesto a estrés personal y laboral, y un 68% ha sufrido la muerte inesperada de un familiar. Además, un 45% reporta tener ansiedad o depresión, y un 39% sufre de pérdida de memoria.

Conclusiones: Este estudio ha identificado que los profesionales de enfermería jóvenes y predominantemente mujeres en un hospital de Guayaquil son los más afectados por la despersonalización, debido a factores de riesgo como la alta exposición al estrés y experiencias traumáticas.

Palabras clave: Despersonalización, emociones, estrés, personal de salud, sensibilidad, trastornos.

ABSTRACT

Introduction: Depersonalization is a consequence of prolonged exposure to stress, where anomalies are evident in the behavior and conduct of health personnel, among which is the loss of sensitivity towards oneself and others.

Objective: Determine the recurrence of depersonalization in health workers, in a hospital in the city of Guayaquil, year 2024.

Methodology: Quantitative, descriptive, observational, transversal and prospective; The sample was 51 health workers.

Results: 81% of nursing professionals are women, and the majority are young, with 39% in the range of 20 to 29 years and 32% between 30 and 39 years. 32% had a high level of depersonalization; 77% of those surveyed are frequently exposed to personal and work stress, and 68% have suffered the unexpected death of a family member. Additionally, 45% report having anxiety or depression, and 39% suffer from memory loss.

Conclusions: This study has identified that young and predominantly female nursing professionals in a hospital in Guayaquil are the most affected by depersonalization, due to risk factors such as high exposure to stress and traumatic experiences.

Keywords: Depersonalization, emotions, stress, health personnel, sensitivity, disorders.

INTRODUCCIÓN

El cansancio emocional, la despersonalización y una sensación reducida de realización personal, son signos que alcanzan a presentarse por estrés crónico (1). Particularmente, las consecuencias de la despersonalización en los trabajadores de la salud pueden ser graves y afectar tanto al individuo como al sistema de salud en su conjunto (2).

Algunas de estas incluyen deterioro en la atención percibida proporcionada a pacientes, mayor riesgo de errores médicos y reducción de la satisfacción del paciente (3), impacto negativo en el estado de salud física y mental de los propios trabajadores de la salud y gestión inadecuada del estrés, lo que agrava aún más el problema (4).

La OMS reconoció el Burnout o "síndrome de estar quemado" o de fatiga laboral después de aprobar la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada hace algunos meses atrás. La revisión fue para el 1 de enero de 2022 (5).

En Europa las afecciones mentales destacan entre las principales afecciones del personal sanitario ya que incluyen trastornos de salud mental, discapacidades psicosociales y otros estados mentales que causan gran angustia, afectan la funcionalidad o aumentan el riesgo de conducta autolesiva. Las personas que sufren problemas mentales tienen más probabilidades de sentirse mejor, pero no siempre se da. La salud mental se define por la falta de enfermedades mentales, pues cada persona experimenta un contexto complicado que tiene varios niveles de dificultad y malestar, y sus resultados de tipo social y clínicos pueden tener grandes diferencias (6).

En una investigación que se hizo en España y distintos países de América Latina se halló que la tasa de síndrome de burnout en los profesionales de la salud fue del 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4,4% en Ecuador, 4,5 por ciento en Perú, 5,9 por ciento en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador. En tierras mexicanas,

una investigación probó que el bienestar de los empleados y la vida de calidad de los demás ha decrecido a partir de que empezaron sus estudios.

La debilidad emocional, falta de personalidad y baja práctica personal a nivel laboral son características distintivas. El agotamiento emocional implica una reducción gradual de energía y una sensación de fatiga física debido a la interacción con otros. La deshumanización se estima por un altercado contrario en las acciones y respuestas hacia los otros, además de por la falta de pasión y la irritabilidad. La carencia de realización personal es evidentemente presentable como una respuesta negativa hacia uno mismo y el trabajo, indicando una disminución en el sentimiento de satisfacción y logro personal (7).

Los trabajadores de la salud son particularmente susceptibles al agotamiento debido a diversos factores, como estrés relacionado con la alta carga de trabajo (8), naturaleza exigente del campo médico, diversidad y complejidad de cuadros clínicos, costo emocional de tratar con pacientes, exposición frecuente a la pérdida y el dolor, junto con la falta de certeza sobre los resultados del tratamiento (9).

Estos elementos a menudo provocan malestar entre los trabajadores de la salud, manifestándose como estrés y estados emocionales negativos (10). la naturaleza exigente del campo médico y el costo emocional de tratar con pacientes en apuros (11). Esto resalta la necesidad de realizar más investigaciones e intervenciones para abordar el agotamiento en los profesionales del área de la salud en el mundo (12).

Las acciones de promoción y prevención se centran en detectar los elementos que afectan el bienestar psicológico a nivel individual, social y estructural, para luego actuar en la reducción de riesgos, fortalecimiento de la resiliencia y creación de ambientes propicios para la salud mental. Estas intervenciones pueden dirigirse hacia individuos, grupos específicos o comunidades enteras.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

La despersonalización consiste en un estado mental de anexión de un individuo con entorno próximo, dando una percepción de lo que se siente no es real (13); se presenta producto de un estrés crónico como una forma persistente y continua de tensión que desencadena efectos perjudiciales en el bienestar físico y emocional de un individuo (14); en el área de la salud, los trabajadores sanitarios son particularmente susceptibles al estrés crónico debido a los desafíos y demandas únicos de su profesión (15); este estrés continuo puede eventualmente conducir a un estado de agotamiento conocido como síndrome de Burnout que incluye además malestar somático (16), sentimientos y emociones de alienación, ausencia de motivación y un desinterés por cumplir con expectativas (17). Particularmente, la despersonalización es una manera no precisa de afrontar el estrés con características crónicas (18).

La OMS, a lo largo de un año se pierden 12.000 millones de días de labor por problemas relacionados con la depresión y ansiedad, provocando cerca de 1 billón de dólares de pérdidas para la economía mundial; además, cerca de los 1.000 millones de personas que sufren trastornos mentales en el 2019, representando el 15% de personas en edad laborable. Únicamente, 35% de naciones tuvieron programas nacionales para promocionar la salud mental, además durante la última pandemia, se incrementó el nivel de ansiedad y otros trastornos en el trabajo un 25% (19).

De acuerdo con la OPS, entre 14,7% y 22% de profesionales de salud en 2020 presentaron síntomas de depresión, y 5% a 15% consideró suicidarse (20). Un precedente en Chile, Yuparí IL. et al. (21), evidenció que 24,5% del personal sanitario posee un paralelismo de cansancio emocional elevado, 27,3% con un nivel de despersonalización elevado y 39,9% de realización personal muy bajo; donde relacionaron la despersonalización al sexo, ocupación, lugar de trabajo, edad y cantidad de hijos.

En Ecuador, la investigación de Vinueza VAF. et al. (22), hallaron en un estudio aplicado a 224 trabajadores de la salud, un 90% tuvo síndrome de burnout moderado a severo, que tuvo una relación estadísticamente significativa a función médico con enfermero, género y edad, el estudio reveló que los médicos sufren con más frecuencia este trastorno. En otra investigación en Quito, se encontró que, de 135 trabajadores de la salud, 3,6% tuvieron burnout positivo, con una tendencia a padecer este síndrome en el 90%, sin establecer una relación significativa con algún elemento en particular.

En un hospital de Guayaquil, se reciben a pacientes con diversas patologías y variedad de cuadros clínicos, además, cada vez se incrementa la demanda de atención en las unidades hospitalarias, esto se considera normal en cualquier sistema de salud y para ello los hospitales suelen aumentar la contratación de personal en proporción a esa demanda; no obstante, Ecuador no ha contado con los recursos suficientes para contratar el personal necesario y dar cobertura total a la población, por ese motivo, los que están laborando deben esforzarse gradualmente más durante las jornadas laborales, ocasionando un deterioro de la personalidad en el trabajador sanitario, especialmente en aquellos que llevan ejerciendo la labor por muchos años.

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Existe despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024?
- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico más afectado de despersonalización en los trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024?
- ¿Cuáles son los factores que aumentan el riesgo de despersonalización en los trabajadores de la salud?
- ¿Cuáles son las complicaciones de la despersonalización en el personal de salud?

1.3. Justificación

Estudiar el síndrome de burnout en el entorno salud es fundamental debido a su impacto en la manera y eficiencia de los bienes suministrados por los profesionales de la salud (23); ya que, como consecuencia directa del agotamiento, hay un deterioro en la adecuación de la atención (24), lo que genera daños potenciales a los usuarios y una reducción de la naturaleza de los sistemas sanitarios (25).

Adicionalmente, en el tiempo de COVID-19, la aparición y niveles de síndrome de agotamiento entre los médicos y enfermeras ecuatorianos se han visto significativamente afectadas, exacerbando aún más los desafíos que enfrenta el equipo de salud (26). Debido a que la despersonalización en trabajadores de la salud es un fenómeno de gran relevancia y preocupación en el ámbito sanitario actual. Este tema merece una profunda reflexión y análisis debido a sus impresionantes consecuencias para el personal de salud como para los usuarios y el sistema sanitario en general.

Desde un punto de vista ético, la despersonalización va en contra de los principios fundamentales de la medicina, que se enfocan en la consideración al estilo de vivir del ser humano y el cuidado compasivo. Desde una perspectiva organizacional, es imperativo que las instituciones de salud implementen medidas efectivas hacia el fomento de la salud intelectual y emocional en sus trabajadores, asegurando condiciones laborales adecuadas y programas de apoyo psicológico (27).

Por lo tanto, es fundamental reconocer la importancia en lo que concierne al entorno de salud y desarrollar programas para mitigar su impacto en el personal sanitario y a su vez en la calidad de las intervenciones que brindan (28). El beneficio que aporta la investigación es directamente a los participantes del hospital de Guayaquil, dado que las estadísticas permitirán conocer en qué medida sufren de despersonalización, así como características personales asociadas como edad, sexo y factores laborales como antigüedad y horas de trabajo por turno; esto permitirá identificar el perfil más expuesto a este problema y sugerir estrategias dirigidas para mitigar este problema.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

Determinar la recurrencia de despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil sociodemográfico más afectado de despersonalización en los trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024.
2. Describir los factores que aumentan el riesgo de despersonalización en los trabajadores de la salud.
3. Establecer las complicaciones de la despersonalización en el personal de salud.

CAPITULO II

2. Fundamentación conceptual

2.1. Antecedentes De La Investigación

En el trabajo de Serna y Martínez (29) en Colombia 2020, analizaron el burnout en profesionales sanitarios y métodos para el afrontamiento con la finalidad elaborar una revisión actualizada y útil sobre los síntomas; con una metodología por revisión bibliográfica; los resultados manifestaron que se manifiesta una problemática enorme en la que se debe seguir investigando en parte por el impacto que tiene en las personas de manera general y también por las implicaciones en lo que concierne en el aspecto laboral, por consiguiente, no se debe dejar de lado el factor personal ya que determina una falta de bienestar lo cual requiere un tratamiento para una mejoría de la persona.

En el estudio de Vera (30) en Perú 2024, donde se enfocó en el síndrome de burnout en los trabajadores de servicios en salud, con finalidad de describir esta patología en el personal sanitario; bajo una metodología cuantitativa documental; entre los resultados encontrados se determinó que el personal sanitario fue uno de los más afectados en la pandemia debido a los desafíos que se generaron por la emergencia entre las que destacó una necesidad médica enorme y una presión recurrente por salvar la vida de las personas, además, cabe destacar el empoderamiento que se generó por tomar acciones adecuadas para prevenir y afrontar el agotamiento de los profesionales lo cual no generó una garantía para el bienestar de ellos.

En la investigación de Spinelli (31) en Brasil 2021, estudió el síndrome de burnout en el personal médico en un contexto de la pandemia por COVID, con la finalidad de analizar la repercusión de la pandemia y su relación en la aparición en el ámbito laboral, con metodología descriptiva transversal; los resultados hallados destaca la elevada prevalencia de despersonalización de los profesionales con una media del 65,51% principalmente en los doctores con el 73,3%, por consiguiente, una moderada prevalencia de cansancio

emocional con una media del 48,27%, cabe destacar que se evidenció un bajo rendimiento de los profesionales en un 32,75%.

Por otro lado, en el trabajo de Castro et al (32) en Argentina 2022, representaron la prevalencia del síndrome de desgaste en los trabajadores de salud durante la emergencia sanitaria y los factores que se asocian entre sí, con la finalidad de estimar esta prevalencia y factores de manera general en el personal de salud, con una metodología descriptiva transversal; en los principales resultados encontrados se determinó que la prevalencia del burnout fue de un 38% en base a la ocupación o función que cumpla en el centro hospitalario, además los médicos y kinesiólogos son los que presentaron los índices más elevados con una prevalencia de 40% y 89% de manera correspondiente, por lo cual la tasa de esta patología fue muy elevada en la pandemia COVID 19.

En la investigación de Parrales et al (33), en Manabí, Ecuador 2024, estudiaron el Síndrome de Burnout como un problema latente en el personal de salud, con el fin de analizar esta patología en los profesionales sanitarios como un problema persistente; de metodología por revisión bibliográfica; los resultados expresaron que los profesionales de salud presentaron un 50% y 70% un síndrome de burnout desarrollado, además de la presencia de un agotamiento de origen emocional, por consiguiente también se halló un porcentaje considerable de despersonalización manifestado por una amplia repercusión social y laboral, por último, también se determinó la presencia de cansancio físico.

En el estudio de Aguagüña y Villarroel (34), en Ambato, Ecuador 2020, detallaron el Síndrome de sobrecarga en enfermeros de atención primaria con la finalidad de determinar los índices de burnout y ansiedad en los trabajadores que brinda atención primaria; con una metodología descriptiva, prospectiva y de corte transversal; los principales hallazgos fueron que los índices de despersonalización, fatiga emocional y baja realización personal de la salud desencadenaron Síndrome de Burnout, por consiguiente, estos altos porcentajes intervinieron directamente en el estado emocional y laboral del personal sanitario, lo cual, también se halló un desequilibrio personal que son

definidos como factores directos que pusieron en agotamiento al individuo en su ambiente laboral.

Continuando en el ámbito local, en la investigación de Ávila et al (35), en Cuenca, Ecuador 2021, describieron el síndrome del quemado en los médicos y enfermeros manera sistemática, con el fin de determinar la situación de esta patología en los profesionales; con metodología por revisión bibliográfica; entre los resultados hallados destaca que el agotamiento de manera general se expresa en un 75% del personal y el 50% refiere despersonalización, por lo cual, existe una baja realización personal; por otro lado, también es importante destacar los factores de inseguridad asociados como son la personalidad, comorbilidad hospitalaria y mental, valores éticos, responsabilidades de tipo emocional, por ende, esto generó pérdida de autonomía en los profesionales y situaciones laborales inequitativas en donde una de las principales consecuencias fue el agotamiento del personal repercutiendo en instancias personales y la salud física.

2.2. Marco Conceptual

El sujeto de esta investigación es el profesional de la salud que diariamente se sumerge en el cuidado de pacientes que acuden a sus respectivas citas médicas o debido a las dolencias que lo aquejan, por lo cual, una buena calidad de atención es importante, sin embargo, los profesionales también sienten molestias que van de la mano con la forma de vida y los factores que acarrearán su profesión.

2.2.1. Despersonalización en salud

La despersonalización en el parámetro de los profesionales de la salud se refiere a la pérdida de conexión emocional y empática con los pacientes. Es un proceso mediante el cual el recurso humano de la salud puede comenzar a ver a los pacientes como casos clínicos en lugar de individuos con necesidades emocionales y personales (36).

Este suceso se desea promover por diferentes causas, de ellas la presión laboral excesiva y el cansancio crónico relacionado a la necesidad constante

de tomar decisiones importantes. La muestra periódica a situaciones peligrosas, como es el caso de las emergencias médicas y la administración de pacientes en estado riesgoso, también tiene un gran efecto. Además, el faltante de suministros y una atmósfera de trabajo disfuncional, determinada por la carencia de sustento organizacional y peleas entre personas, deterioran la circunstancia, aumentando la probabilidad de que los profesionales de la salud experimenten despersonalización.

Las consecuencias de la deshumanización son enormes, influenciando la comodidad que tiene el personal de salud en el trato con los pacientes además del bienestar psicológico de los trabajadores. Los síntomas consisten en distanciamiento emocional, fatiga exorbitante y una reducción en la capacidad de cuidado, las cuales pueden generar equívocos médicos y una baja en la satisfacción del paciente.

2.2.1.1. Factores de Riesgo

Distintos factores contribuyen negativamente en la despersonalización entre los trabajadores de la salud (37):

- **Carga laboral elevada:** Las horas prolongadas de trabajo, los turnos extensos y la alta demanda asistencial son factores que incrementan significativamente el riesgo de despersonalización. A menudo enfrentan jornadas laborales extenuantes que pueden llevar al agotamiento de energías. Esta sobrecarga de trabajo puede resultar en una disminución para mantener una conexión emocional con los pacientes, favoreciendo la aparición de la despersonalización.
- **Estrés crónico:** Se origina por la presión constante y la necesidad de tomar decisiones importantes, esto es lo que provoca el estrés crónico como peligro. El grupo médico suele estar frecuentemente inmersos en situaciones que requieren de decisiones cruciales y rápidas, esto genera una fuerza continua. Este estado de alerta permanente es posible que sobrepasara los recursos de emoción y pensamiento, esto facilitaría el progreso de la deshumanización. Además, la falta de sueño

reparador y la presión para alcanzar altas metas de rendimiento están dentro de las causas del estrés constante.

- Exposición a situaciones traumáticas: Condiciones de vida o muerte, o en el caso de que se produzcan situaciones traumáticas, el personal de salud se encuentra bajo una alta dosis de estrés. La repetición de la misma manera a estos sucesos puede ocasionar una respuesta de transformación que comprende la deshumanización como modo de protección. Este procedimiento da la oportunidad a los empleados de alejarse psicológicamente para poder soportar el efecto de tales vivencias, no obstante, a pesar de que a largo plazo esto puede influir en su habilidad para compadecerse de los pacientes.
- Falta de suministros de calidad: El equipamiento bajo par, la falta de empleados y las limitaciones en la infraestructura de igual manera son componentes que empeoran la deshumanización. La falta de recursos provoca que los especialistas en salud no puedan realizar su labor de manera eficaz y con seguridad, esto genera insatisfacción y ansiedad. Además, la deficiencia de personal puede hacer que el trabajo individual sea más difícil, esto puede exacerbar el desgaste y la deshumanización. La deficiencia de infraestructura correcta, además, es posible que restrinja la capacidad de los empleados para proveer un cuidado de alta calidad.
- Condiciones de trabajo disfuncionales: La deficiencia de sustento organizacional, los problemas interpersonales y la falta de respeto genera una atmósfera laboral nociva que es posible que genere la despersonalización. Un lugar de trabajo donde los colegas no sienten sustento ni estima puede aumentar los índices de ansiedad y disminuir el estímulo. Los problemas entre personas y la deficiencia de unidad en el grupo de labor además es posible que contribuya a un entorno con toxina, incrementando las posibilidades de que los empleados se alejen mentalmente con el fin de solucionarlo.

2.2.1.2. Signos y Síntomas

Los signos de despersonalización pueden manifestarse de diversas formas (38):

- **Distanciamiento emocional:** Provoca que los profesionales sanitarios traten a los pacientes de manera impersonal, como si fueran meros casos clínicos en lugar de individuos con necesidades emocionales y personales. Esta actitud puede afectar negativamente la relación terapéutica y disminuir la satisfacción del paciente con la atención recibida.
- **Cansancio emocional:** El agotamiento emocional es otro ejemplo clásico de distanciamiento personal. Los expertos pueden percibirse con poca energía todo el tiempo y sin motivación. Este desgaste extremo no sólo tiene efectos sobre la salud mental del trabajador, sino que además puede afectar la eficacia en la atención prestada. La permanente percepción de fatiga puede aumentar la predisposición a cometer errores y disminuir la capacidad operativa en el ámbito profesional.
- **Reducción en la eficiencia del cuidado:** La despersonalización a menudo provoca una importante reducción en la calidad del cuidado que se le da al usuario. Los expertos es posible que disminuyan su atención a las particularidades y también es posible que no quieran progresar más allá en el cuidado que brindan. Está disminuida eficiencia puede influir en la capacidad de recuperación y comodidad del paciente, produciéndose de esta manera un ciclo de menor calidad que influencia en la vez que se brinda el cuidado y el que lo recibe. Además, la calidad del servicio de salud en su totalidad puede dañarse debido a la reducción de la atención y dedicación al mismo tiempo.
- **Aislamiento:** El distanciamiento social es otra señal importante de deshumanización, los expertos es posible que hallaran complicaciones para generar y conservar relaciones con personas importantes dentro del ámbito profesional. Este distanciamiento puede generar una

percepción de soledad y distanciamiento entre los integrantes del staff, que en casos extremos puede generar una sensación de despersonalización y desamparo. La carencia de sustento social y las relaciones entre personas deterioradas pueden exacerbar la ansiedad y la insatisfacción emocional, esto además afecta la existencia profesional y personal del profesional de la medicina.

2.2.1.3. Prevalencia

La deshumanización tiene una relación importante con el personal de salud a nivel mundial. Los análisis muestran que entre el 30% al 60% de los trabajadores de la salud experimentan niveles moderados a elevados de despersonalización durante sus carreras (39). Esta información evidencia una problemática que continúa siendo un problema importante y significativo dentro del ámbito de la salud, en donde los especialistas deben continuar enfrentando constantemente situaciones de trabajo exasperados y anímicamente sobrepasados.

La magnitud de la despersonalización es distinta según la zona de labor y la región, sin embargo, la generalidad muestra que un conjunto grande de empleados de la sanidad está en peligro. Este suceso no únicamente tiene una influencia adversa en la calidad del servicio al usuario, de modo que puede ocasionar un desgaste significativo en la salud de los empleados, que tiene efectos sobre la retención del personal y la moral de las clínicas.

Intentar este alto parámetro, es fundamental que los establecimientos de salud implementan proyectos de ayuda psicológica y métodos para lidiar con la ansiedad. Estas actividades deben comenzar por generar un entorno de trabajo sano, aprender habilidades de resiliencia y cuidado personal, y establecer costumbres que disminuyan la ansiedad por el trabajo excesivo. Al mismo tiempo, es importante que se realice constantemente estudios para controlar la magnitud de la deshumanización y determinar la capacidad de los métodos implementados, de esta manera, se garantizará a los trabajadores de la salud una mayor estabilidad y humanidad.

2.2.1.4. Promoción y Prevención

Para abordar y prevenir la despersonalización, es importante implementar estrategias efectivas (40):

- **Promoción de la salud mental:** Enaltecer los comportamientos que promuevan el cuidado propio, la estabilidad emocional y la resistencia es fundamental para pelear contra la deshumanización. Esto implica la elaboración de proyectos que promuevan la meditación, el ejercicio constante y otras acciones que favorezcan a los profesionales de la medicina a conseguir una estabilidad personal y laboral. También, proveer el acceso a herramientas como la terapia psicológica y emocional puede ser provechoso. La formación permanente en referencia a la importancia del cuidado personal y la salud mental puede ayudar a los empleados a tomar decisiones maduras en relación con su salud, esto puede disminuir el peligro de deshumanización.
- **Especialidad en habilidades de conversación:** Es significativo con el fin de pelear en contra de la deshumanización. La conversación productiva no solo incrementa la calidad del cuidado, sino que además apoya a los especialistas en medicina para establecer un vínculo de tipo afectivo con los pacientes, esto apoya a que los humanos se relacionen de manera más humana con los médicos. La formación en habilidades de escucha, expresión de sentimientos y administración de problemas puede asistir a los trabajadores con las herramientas fundamentales para hacer frente a las dificultades emocionales que tiene su empleo. Esta capacitación debe ser constante y estar en armonía con las particularidades de los diferentes ambientes de labor, de manera que todos los especialistas estén en disposición de generar un vínculo positivo y provechoso con los pacientes.
- **Apoyo organizacional:** La Implementación de tácticas de ayuda psicológica, administración de estrés y capacitación en el manejo de emociones dentro de los establecimientos de salud es fundamental para evitar la despersonalización. Esto puede involucrar la creación de

planes de ayuda emocional, asesoramientos grupales y cursos de manejo del estrés. Es importante que las compañías de salud reconozcan la importancia de la salud mental y brinden un contexto de labor que soporte a sus trabajadores. El adiestramiento en administración de emociones puede colaborar a los empleados a desarrollar habilidades para lidiar con la ansiedad de manera correcta, esto va a ayudar a aumentar su bienestar general y también su habilidad para proveer un cuidado de calidad. Un contexto de labor que valore y promueva la salud psicológica tiene un gran efecto sobre la reducción de la despersonalización entre los especialistas en medicina.

- Mejora de las condiciones laborales: Reducir la cantidad de trabajo, mejorar los recursos y fomentar un entorno laboral positivo y participativo son pilares fundamentales para evitar la deshumanización. La jornada laboral prolongada y el sobre esfuerzo, son elementos que añaden significativamente la deshumanización y el agotamiento. Es fundamental que las empresas de salud creen políticas que iguallen el esfuerzo, dan pausas de calidad y garantizan que los suministros necesarios estén a disponibilidad. Facilitar un entorno de trabajo compartido que promueva el sustento mutuo y la conversación permanente puede aumentar significativamente la salud mental del personal y disminuyen las probabilidades de deshumanización. Estas optimizaciones no únicamente favorecen a los empleados, sino que además tienen una influencia positiva.

- **2.2.1.5. Impacto en la Salud del Profesional**

La despersonalización no solo afecta la eficacia del cuidado brindado a los pacientes, además tiene repercusiones significativas en el área sanitaria y el bienestar de los trabajadores sanitarios (41):

- Síndrome de Burnout: La despersonalización es uno de los componentes del síndrome de burnout, que se diferencia por debilidad emocional, despersonalización y un sentimiento negativo de no lograr satisfacción personal. Los profesionales de la salud que experimentan

burnout pueden mostrar una reducción en la motivación y la eficiencia en el trabajo. Además, este síndrome puede llevar a incrementar errores en la práctica médica y baja en la calidad del cuidado proporcionado. Las consecuencias del burnout no se limitan al entorno laboral, ya que también pueden afectar la vida personal de los trabajadores, generando conflictos familiares y problemas de salud física.

- **Problemas de Salud Mental:** La recurrente exposición a eventualidades estresantes y la carga mental inherente al cuidado de pacientes pueden deteriorar significativamente la salud mental de los profesionales. Esta situación puede conducir a un ciclo negativo donde el deterioro de la salud mental reduce la capacidad para brindar un cuidado de calidad, aumentando a su vez el estrés y la despersonalización. El desinterés psicológico y falta de recursos para manejar el estrés agrava este problema, destacando la necesidad de intervenciones efectivas.
- **Disminución de la Equidad Laboral:** La falta de vínculo con los pacientes y la percepción de estar desconectado de la labor de cuidar pueden ocasionar una baja en la calidad del trabajo y un incremento en la cantidad de personas que rotulan. Los expertos en salud que sienten despersonalización pueden exhibir una menor participación en su oficio y una disminuida devoción por sus deberes. Esto no afecta únicamente su capacidad individual, sino que además puede influir de manera adversa sobre el desempeño del equipo y la institución en su conjunto. La elevada rotación de empleados puede ocasionar inquietud y aumentar los costos de operación, además de afectar la consistencia y la calidad del cuidado al paciente.

Impacto en la Relación Profesional-Paciente: La despersonalización es posible que deteriorara la relación entre el profesional y paciente, la misma que es fundamental para prestar un buen cuidado. La carencia de empatía y vínculo emocional es posible que genere la percepción de que los pacientes están desamparados y menos contentos con el trato recibido. Esta desconexión es posible que genere una

conversación inefectiva y una menor asimilación a los procedimientos recomendados, esto puede afectar la salud. Por esta razón, es fundamental reconocer y abordar la despersonalización del paciente con el fin de conservar salud y protección de los profesionales, así como proporcionar una experiencia de atención de calidad al paciente.

2.2.2. Calidad en el servicio

La excelencia de la atención sanitaria es un requisito fundamental si se pretende alcanzar objetivos nacionales de salud, mejorar el bienestar del público y asegurar un sistema de atención médica de excelencia. La administración administrativa de excelencia debe contemplar una atención al paciente ejemplar, este sistema en particular tiene un papel relevante entre todas los grupos, instituciones y recursos que unen sus esfuerzos colectivos para mejorar el bienestar (42).

Mantener a todos saludables es el objetivo fundamental de cualquier gobierno. Para asegurar que se alcance este objetivo, los gobiernos establecerán medidas que deben aplicarse a los centros médicos públicos y privados. Estas medidas se aplican para respaldar que los usuarios reciban servicios de consulta sanitaria de manera segura y competente que cumplan con sus expectativas. Asimismo, se llevan a cabo encuestas de satisfacción de los pacientes con el objetivo de fomentar la satisfacción del diario vivir de los habitantes, así como los niveles de salud generales (43).

La excelencia de los servicios de atención es un factor importante para tener en cuenta cuando se evalúan políticas y servicios de salud. La calidad puede indicar si alguien se beneficia o se ve afectado por el servicio prestado. Se trata del elemento fundamental para evaluar la satisfacción derivada de los servicios, lo cual, en última instancia, conduce a un alto bienestar y una amplia garantía de vida para la sociedad y quienes la conforman (44).

Es fundamental señalar que la atención médica solo puede alcanzar sus objetivos de desarrollo cuando es de primera categoría. Un servicio de salud de alta calidad es fundamental para asegurar que cada paciente reciba los tratamientos y terapias adecuados que requiere, teniendo en cuenta sus

necesidades individuales y todo el conocimiento médico disponible. La OMS resalta este contexto, recalcando que la calidad tiene como propósito lograr resultados óptimos con un riesgo mínimo de causar más daños, todo mientras se mantiene satisfecho con el paciente (45).

Se trata de satisfacer las expectativas del consumidor, se trata de proporcionar solo los elementos adecuados para satisfacer sus expectativas. Este principio de gobernanza requiere una nueva forma de actuar, una que se fundamenta en la confianza, el respeto y la organización. Se trata de un enfoque para describir el índice de excelencia en los servicios de enfermería en comparación con las actividades y los enfoques concebidos para asegurar que las personas reciban el nivel de atención acordado (46).

En lo que concierne a la atención médica, la calidad es sumamente importante. Se requiere la capacidad de evaluar, comparar, aprender y mejorar para proporcionar una cantidad de calidad y eficiencia, que están inextricablemente relacionadas. Esto implica ofrecer servicios que valoren la experiencia del paciente y tengan objetivos organizacionales claros para asegurar una atención efectiva (47).

2.2.3. Cuidado profesional

La idea de atención profesional es fundamental en el desarrollo de atención al paciente. Se trata de asumir una responsabilidad y llevar a cabo una misión, particularmente en el contexto de la salud, esta forma de atención puede incrementar significativamente la calidad del servicio al paciente, por lo tanto, la atención profesional es un elemento fundamental en cualquier entidad sanitaria (48).

Los profesionales debidamente calificados que ofrecen atención de calidad y atención exhaustiva a los pacientes ya sean pacientes ambulatorios, hospitalizados o en consulta, son inadecuados. En particular, el personal de enfermería requiere el máximo respeto por su arduo trabajo, compromiso con los detalles y atención a aquellos que atienden. En este modelo de atención, los empleados de enfermería son fundamentales debido a su arduo esfuerzo y generoso tiempo dedicado a brindar un servicio incomparable (49).

Se trata de una situación singular, que requiere una gran carga personal. Para aquellos médicos que prestan atención activa, pueden surgir situaciones que realmente los perturban: sentimientos de depresión o ansiedad, quizás incluso padecen afecciones físicas derivadas del estrés constante. En consecuencia, es sumamente importante disponer de estrategias para enfrentar esos problemas y obtener el respaldo necesario en el momento oportuno (50).

2.2.4. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y Síndrome de Burnout

2.2.4.1 Fundamentos de la Teórica

Dorothea Orem desarrolló su teoría del autocuidado como un enfoque para validar la práctica de enfermería y promover la salud y la satisfacción de los individuos. Según Orem, el autocuidado es una actividad aprendida y dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y vida. Esta teoría enfatiza que las personas poseen la habilidad de cuidarse a sí mismos y que los profesionistas de enfermería ejercen un papel crucial en apoyar y promover este autocuidado (51).

La teoría del cuidado de Orem se rige a la percepción del propio ser, por su parte, está facultada para cuidar de sí misma y para ello tiene que utilizar sus recursos innatos y aprendidos. Esta hipótesis comprende 3 tipos de sistema de salud: el sistema totalmente equiparado, el sistema parcialmente equiparado y el sistema de asistencia-educación.

En el sistema completamente compensador, el enfermero proporciona un cuidado total debido a la insolvencia del paciente para ejecutar acciones de autocuidado. En el sistema parcialmente compensador, tanto el paciente como el enfermero participan en las actividades de autocuidado. Finalmente, en el sistema de apoyo-educación, el enfermero ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades para el autocuidado, promoviendo así la independencia y el empoderamiento del individuo.

También, Orem identificó una lista de necesidades de autocuidado que son fundamentales para el sustento y preservación de la salud. Estos requerimientos requieren la inhalación de aire, H₂O y alimentos, la eliminación

de desperdicios, el equilibrio entre actividad y reposo, la participación en las interacciones sociales y la protección contra riesgos para la salud. La teoría también integra la incorporación del contexto y la incorporación de la salud psicológica y emocional en la protección propia. La utilización de esta hipótesis en la práctica de la medicina veterinaria no sólo aumenta el bienestar de los animales domésticos de los pacientes, sino que además aumenta el vínculo entre los especialistas y los animales, ayudándolos a generar un entorno de cuidado que tiene en cuenta la totalidad de los aspectos del paciente y que se centra en el paciente.

2.2.4.2 Relación con el Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout se diferencia por la fatiga emocional, la deshumanización y una reducción en la elaboración personal, y es particularmente frecuente en quienes laboran en ambientes de mayor demanda y presión, esto es, en el caso de los enfermeros, esta hipótesis ofrece entendimientos valiosos acerca de cómo las circunstancias del trabajo y las exigencias propias del oficio pueden influir en la capacidad de los profesionales de enfermería para cuidar de manera correcta a sus semejantes (52).

En el contexto del burnout, tiene como eje la importancia del auto cuidarse como una medida de protección y tratamiento para el burnout. El personal médico, en particular aquellos que se encuentran en ambientes de elevadas presiones, a menudo negligencia sus necesidades de autocuidado debido a la presión del trabajo.

Este descuido puede generar un incremento en la salud psicológica y corporal, y por lo tanto aumentar el peligro de sobreexposición. La hipótesis insinúa que debido a que al aumentar las habilidades de autocuidado y proveer sustento constante, los expertos en psicología pueden aumentar su capacidad para lidiar con el estrés y disminuyen la tasa de burnout.

También, la teoría Orem pone de relieve la relación entre la salud profesional y la calidez del cuidado que brindan. Cuando los especialistas en medicina están sobrepasados y llegan a tener burnout, su habilidad para brindarte un

cuidado de primera clase se ve dañada y por consecuente ocasionar una separación de sentimientos con respecto a los pacientes, esto tiene una influencia negativa sobre la vivencia de este y sobre los provechos de la salud.

Implementar tácticas fundadas en la teoría de Orem, como planes de ayuda emocional, capacitación constante en habilidades de autocuidado y legislaciones del trabajo que disminuyen la fatiga de trabajo, puede no sólo aumentar la comodidad de los profesionales de la medicina, sino también la calidez de los cuidados que brindan.

2.2.4.3 Aplicación en la Práctica

Identificación de Necesidades de Autocuidado. Utilizando la teoría de Orem, los enfermeros pueden identificar las necesidades de autocuidado tanto de los pacientes como de ellos mismos. Esto incluye reconocer cuándo las exigencias del trabajo están sobrecargando su capacidad para mantener su propio bienestar físico, emocional y psicológico (53).

La aplicación en la práctica cotidiana nos permite a los licenciados en medicina hacer un diagnóstico sistemático y constante vital de los pacientes, así como de nosotros mismos. Esta clasificación no se limita a los aspectos físicos, además contempla la comodidad emocional y psicológica, y detecta áreas donde es necesario actuar.

Al notar indicios de ansiedad, fatiga y otras señales de que el cuidado propio está siendo quebrantado, los médicos especialistas en enfermería pueden ejecutar métodos particulares para atender estos asuntos. Por ejemplo, es posible que asistan en la organización de pausas programadas, busquen asesoría emocional a través de la terapia o el asesoramiento, además de participar en actividades lúdicas que promuevan la liberación de ansiedad y la comodidad general.

Además, enfatiza la importancia de la inducción en el cuidado propio, no sólo para los pacientes sino también para los especialistas en salud. En la realidad, esto implica que los médicos de familia deben estar educados además de las técnicas médicas, sino también en las habilidades de autocuidado. Esta formación puede incluir métodos para manejar la ansiedad, estrategias para

conservar un nivel adecuado asociando la existencia personal y laboral, con métodos para desarrollar la tolerancia a la emoción.

La formación permanente y el progreso profesional en estas áreas es fundamental para garantizar que los médicos puedan preservar su salud y comodidad a largo plazo, esto a su vez garantiza una mayor calidad del cuidado que brindan a sus pacientes. Al fin y al cabo, la elaboración de prácticas organizacionales que promueven el cuidado propio es fundamental. Esto puede involucrar la creación de iniciativas de bienestar para los empleados, la provisión de recursos para la salud psicológica y emocional, y la creación de un entorno de trabajo que valore y promueva el cuidado propio. Las clínicas deben admitir que la comodidad de su personal es importante para la buena prestación de sus servicios. Al proveer un sustento fuerte y recursos acordes, los establecimientos pueden asistir a evitar la fatiga y la deshumanización, lo que a su vez mejoraría la salud y el agrado de los profesionales de la medicina.

Intervenciones de Autocuidado. Basándose en los principios de la teoría, los profesionales de enfermería pueden desarrollar estrategias de autocuidado personalizadas. Estas pueden incluir la gestión del estrés, la promoción de un buen descanso, participar en actividades de ocio y definir límites precisos entre la labor y la vida personal. La gestión del estrés es un componente crucial de las intervenciones de autocuidado.

Los enfermeros asistentes pueden utilizar métodos de liberación de ansiedad como la meditación, la respiración lenta y el yoga para disminuir las dosis de estrés. Estas habilidades facilitan la tranquilidad de la psique y el cuerpo, y permiten una mejor administración de las emociones además de una respuesta más apta a las peticiones del trabajo. Además, los profesionales de la medicina veterinaria pueden obtener provechos de la capacitación en habilidades para lidiar con situaciones de estrés de manera más eficaz, aumentando su resistencia y disminuyendo el peligro de burnout.

La promoción de un buen descanso también es esencial en las intervenciones de autocuidado. Esto incluye no solo asegurarse de dormir lo suficiente, sino también crear un ambiente de sueño saludable. Los expertos en enfermería

deben educarse en la necesidad de seguir una rutina de sueño constante, evitar utilizar electrónicos en el momento de dormir y generar un entorno pacífico y sin luz. La calidad del sueño interviene en la capacidad de los médicos para desempeñar su labor con éxito y preservando su salud mental y corporal.

Además, participar en actividades recreativas es una táctica fundamental para el cuidado propio. Los licenciados en enfermería deben incentivar a destinar un tiempo a realizar actividades que les gusten y que les dejen desconectar del desgaste profesional. Esto es posible que se componga de pasatiempos, deportes o simplemente relajar el tiempo con los amigos y familiares. Estas actividades no solo brindan una distracción en el ámbito laboral, sino que además ayudan a sostener la salud mental y emocional, logrando un equilibrio entre la existencia personal y laboral. Establecer distinciones claras entre la actividad profesional y personal es fundamental. Los licenciados en enfermería tienen que aprender a establecer y preservar estos límites, ya que la actividad no se sobrepase en el tiempo personal de los mismos y porque deben tener un tiempo para relajarse y recargar sus energías.

Promoción de un Entorno de Trabajo Saludable. Aboga por la creación de ambientes de trabajo que incentiven el cuidado propio de los profesionales de la enfermería. Esto implica prácticas de organización que promueven la salud y la comodidad, además de la incorporación de métodos de ayuda psicológica y administración del estrés. Crear un entorno de trabajo sano tiene un gran efecto positivo sobre la salud de los especialistas en medicina. Las prácticas de organización tienen que estar orientadas a achicar la ansiedad de los trabajadores y aumentar su bienestar. Esto puede incluir la creación de un programa de trabajo flexible que genere una mejor simetría entre la vida personal y laboral.

Además, la promoción de actividades recreativas y proyectos de bienestar dentro del lugar de trabajo puede tener un impacto positivo. Asimismo, la promoción de la salud debe considerarse en todas las decisiones organizacionales, asegurando que los empleados tengan acceso a recursos y apoyo para mantener su bienestar físico y mental.

Por otra parte, proveer una asistencia psicológica correcta es importante. Esto puede incluir la disponibilidad de servicios de terapia y consejería para los empleados, además la creación de programas de ayuda entre colegas donde los especialistas puedan trocar consejos y métodos para lidiar con el estrés.

Además, la formación en el manejo del estrés debe estar incluida en la evolución profesional habitual, la cual proporciona a los médicos cirujanos las herramientas aptas para hacer frente a la presión emocional y física que tiene su labor. Un punto de vista integral el cual combine sustento emocional, adiestramiento en habilidades para lidiar con el estrés y legislaciones del trabajo sanas puede transformarse en una transformación del ámbito laboral, haciendo que los especialistas se sientan apreciados y apoyados.

Por último, un entorno de trabajo sano debe promover una cultura de colaboración y consideración. La relación entre personas y el trabajo en grupo son fundamentales para generar un contexto de trabajo donde los especialistas se sientan amparados. Las compañías tienen que fomentar la comunicación clara y honesta, haciendo que los empleados se sientan cómodos para decirle al respecto sus inquietudes y requerimientos.

Fomentar un sentimiento de comunidad y adscripción puede aumentar la comodidad laboral y disminuir el peligro de despersonalización y burnout. En conclusión, la creación de un entorno de trabajo sano no sólo beneficia al personal de la salud, sino que además aumenta la calidad del cuidado que dan a sus pacientes.

2.2.5. Teorías psicológicas de la despersonalización

La despersonalización se refiere a un estado en el que una persona se siente desconectada o separada de su propia identidad, mente o cuerpo. Este fenómeno se caracteriza por una sensación de irrealidad o extrañeza respecto a uno mismo, lo que, en consecuencia, puede llevar a una profunda sensación de alienación y desconexión. En la psicología clínica, la despersonalización suele abordarse como un síntoma que integra esta condicionante, ampliamente documentado en la literatura (54). En efecto, se puede definir primordialmente por la existencia de una fatiga emocional, una

despersonalización y una carencia de realización personal. En consecuencia, la relación entre la despersonalización y otros síntomas del burnout evidencia la importancia de entender los componentes psicológicos que ocasionan la manifestación de tales síntomas.

Desde los modelos psicodinámicos, se ha propuesto que puede surgir como un mecanismo de defensa frente a conflictos internos o traumas no resueltos. En esta perspectiva, la despersonalización se considera una forma de evasión psicológica que protege al individuo de sentimientos abrumadores o amenazantes (55).

Por consiguiente, el enfoque psicodinámico pone el acento en la necesidad de indagar en el subconsciente y en los procedimientos internos para entender la forma en que se produce y se mantiene la despersonalización. De esta manera, al abordar la despersonalización a partir de un punto de vista psicodinámico, los especialistas en terapia pueden asistir a los pacientes en explorar y solucionar los problemas subyacentes que podrían estar ocasionando su distanciamiento

. Por otro lado, la perspectiva cognitivo-conductual se concentra en la manera en la que los conceptos y comportamientos de una persona tienen efecto sobre la percepción de deshumanización. Conforme a este punto de vista, los procedimientos mentales disfuncionales, como es el caso de la malinterpretación de vivencias en el interior o en el exterior, pueden colaborar a la percepción de distanciamiento y extrañeza (56).

En este sentido, los especialistas en terapia cognitiva-conductual tratan a las personas para observar y desechar modelos de pensamiento erróneos o desmedidos que perpetúan la personalización. Al cambiar estos modelos de pensamiento y comportamiento, es posible que los individuos logren reconectar con su esencia y además sientan una mayor sensación de unidad y verdad.

2.2.5.1. Modelos psicodinámicos de despersonalización

Freud hizo importantes contribuciones a la teoría de la despersonalización, principalmente a través de su investigación de la mente inconsciente y los

mecanismos de defensa. En el prototipo psicológico de despersonalización, Freud resaltó la importancia de los problemas psicológicos, los recuerdos de la niñez y la manera en que se acoplaban para generar el sentido de sí mismo y, además, la manera en que percibían la realidad. (57).

Según Freud, la personalización es posible que se la imagine como un modo de protección que utiliza el intelecto para alejarse de ideas y sentimientos desagradables o inquietantes. Este distanciamiento puede generar la percepción de un distanciamiento de uno mismo o de su contexto, esto a su vez, provoca la sensación de no tener relación o de no ser real. En esta línea, el predominio de Freud en el inconsciente y las primeras vivencias del ser humano crearon las condiciones para entender la despersonalización a partir de una perspectiva psicodinámica (58).

Además, la teoría de las relaciones objetables, que es un eje principal en los modelos psicodinámicos, tiene conceptos interesantes sobre la personalización, se centra en cómo los individuos forman relaciones basadas en representaciones internalizadas de los demás, conocidas como "objetos". En este contexto, las relaciones objetables internalizadas desempeñan un papel crucial en la configuración del autoconcepto.

En el caso de la despersonalización, las alteraciones en las relaciones en cuestión pueden ocasionar una sensación de estar dividido en partes iguales y dificultades para establecer vínculos que sean significativos con los otros. En consecuencia, a la exploración de la influencia que tienen las relaciones tempranas y las representaciones objetables sobre los signos de la despersonalización, los modelos psicodinámicos ofrecen una disposición completa para entender los métodos psicológicos implícitos a este comportamiento.

Desde la óptica psicodinámica, los métodos de defensa tienen un rol significativo en la expresión de los signos de despersonalización. Estos mecanismos son estrategias inconscientes que los individuos utilizan para protegerse de pensamientos o emociones que les provocan ansiedad. En particular, en el caso de la despersonalización, los mecanismos de defensa

pueden actuar para proteger al individuo de sentimientos abrumadores de angustia o confusión de identidad (59).

De este modo, al examinar la manera en la que mecanismos como la disociación, la represión o la negación empeoran las vivencias de despersonalización, los ejemplos psicodinámicos ofrecen datos valiosos acerca de la intrincada relación entre las características psicológicas y la manifestación de los síntomas. Entender estos métodos de defensa es importante para crear terapias efectivas que tratan la despersonalización y promueven el bienestar psicológico.

2.2.5.2. Enfoques neurobiológicos

Los enfoques neurobiológicos de la despersonalización se orientan hacia la comprensión de los fundamentos biológicos de esta psicosis. En este sentido, la investigación de esta zona tiene como objetivo principal el estudio de las intrincadas relaciones entre la capacidad del cerebro, las vías neuronales y las vivencias de desrealización (60).

Una de las piezas del enano de la neurobiología es la investigación de las zonas cerebrales y los métodos relacionados con la despersonalización, esto hace posible esclarecer la manera en la que las alteraciones en la actividad neuronal pueden influir en el desarrollo y sustento de los síntomas. En consecuencia, cuando se empapan de los principios biológicos de la despersonalización, los especialistas en investigación se preocupan por hallar una información fundamental acerca de la intrincada relación entre la psique y el cerebro de personas que vivan este fenómeno disociativo.

Investigar la manera en la que los componentes químicos del cerebro participan en la despersonalización genera, por otro lado, una mayor comprensión de la intrincada relación entre los neurotransmisores y esta condición disociativa. Los análisis de neuroquímica han escudriñado la influencia de los sistemas de neurotransmisión como el glutamato, la dopamina y la serotonina en las vivencias de despersonalización, con el fin de hallar posibles intervenciones médicas que puedan remediar las sintomatologías asociadas a la despersonalización.

En el momento en que examinan la manera en la que los cambios en las señales de la neurología tienen en las alteraciones de la percepción, el control de las emociones y la autoconciencia, los especialistas se esfuerzan por conseguir una percepción completa de las razones neurobiológicas de la despersonalización. De esta manera, se aspira a facilitar el paso hacia nuevos métodos para atender las disfunciones de neurotransmisión asociadas con esta condición.

2.2.5.3. Relación con el síndrome de burnout

El síndrome de burnout, una condición psicológica prevalente, se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. Este síndrome se define como un fenómeno relacionado con el trabajo que resulta del estrés crónico en el lugar de trabajo, el cual no se ha gestionado de manera efectiva (61).

Como resultado, el burnout puede ocasionar cansancio físico y anímico, desamor por el trabajo y percepción de que la propia capacidad es menor. Asimismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM-IV) contienen normas para determinar si se trata de un caso de burnout, resaltando su influencia en la salud mental y el bienestar general.

Los componentes del síndrome de burnout están compuestos por la percepción de que se encuentra exasperado debido a la labor, los colegas y los clientes, además de la carencia de características personales, que se manifiesta a través de comportamientos y sentimientos de baja estimación hacia la labor, los compañeros y los clientes. La despersonalización, que es un ingrediente fundamental del síndrome de burnout, normalmente se estima como una señal importante en el ámbito de la psicología médica. Esta se define por la percepción de distanciamiento, cinismo y retraimiento psicológico de las labores y las relaciones que tienen que ver con el oficio. Además, las causas de riesgo psicológico, como ser alto estrés en el trabajo y poco control sobre el mismo, es posible que tengan un gran efecto sobre la despersonalización y el desgaste de la energía.

La interrelación entre la despersonalización y otros elementos del síndrome de burnout, como la fatiga emocional y la reducción de la autopercepción, es posible que genere un patrón de desconexión y decadencia de la motivación laboral. Además, los estudios recomiendan que la despersonalización está cercanamente asociada a la capacidad mental, y tiene efectos sobre la manera en la que los individuos perciben y se relacionen con su lugar de trabajo.

La relación entre la despersonalización y otros elementos del desgaste mental pone de relieve la magnitud de la complejidad de esta patología psicológica. Los individuos que atraviesan el síndrome de burnout tienen la posibilidad de mostrar indicios fisionómicos y psicológicos, como es el caso de dolores de cabeza, fatiga, irritabilidad y menor desempeño en el trabajo.

En consecuencia, entender la perspectiva de la mente-conductora del burnout puede colaborar a dar una información fundamental acerca de la manera en la que la despersonalización afecta a la vivencia de la gente de estrés y fatiga relacionados a la labor. Cuando se examinan los vínculos entre la despersonalización y el cansancio emocional o la falta de realización personal, los especialistas en psicología pueden generar procedimientos específicos para atender el burnout y aumentar la salud mental en el ámbito laboral.

2.2.5.4. Perspectiva cognitivo-conductual sobre la despersonalización

Las distorsiones cognitivas y la despersonalización están estrechamente relacionadas en la perspectiva cognitivo-conductual. Estas distorsiones, como la catastrofización o la interpretación errónea de situaciones, pueden contribuir significativamente al desarrollo y mantenimiento de la despersonalización, un síntoma caracterizado por sentirse desconectado de uno mismo o de la realidad (62).

En la terapia cognitivo-conductual, se combate la despersonalización a través de la identificación y alteración de las equivocaciones de pensamiento, utilizando técnicas como la reorientación de la mente y la atención plena. Al entender la manera en la que las equivocaciones de pensamiento afectan la vivencia de distanciamiento, los individuos tienen la posibilidad de esforzarse

por una mayor percepción y vínculo con su esencia y contexto. Además, los modelos de comportamiento en la deshumanización son una pieza fundamental para examinar desde el punto de vista psicológico-conductual.

Los individuos que sienten despersonalización es posible que sean perjudicados por alteraciones en su conducta, como es la evitación de circunstancias que provoquen sentimientos de distanciamiento o la necesidad permanente de corroboración de su realidad. Este comportamiento habitual suele agrandar el sentimiento de distanciamiento y, por ende, perjudican la sanación.

En la terapia cognitivo-conductual, se intenta identificar y alterar estas conductas desadaptativas, promoviendo acciones más efectivas y genuinas. Las terapias cognitivo-conductuales para la despersonalización se dividen en dos clases de tratamiento: una para las disfunciones cognitivas y otra para los comportamientos no personales. A través de métodos específicos, como la reorientación de la mente, la gradualidad de los eventos que causan la despersonalización y la capacitación en habilidades para sobrellevar se aspira a disminuir la magnitud y frecuencia de la despersonalización.

Al proporcionar a los individuos herramientas prácticas para desafiar pensamientos distorsionados y modificar comportamientos contraproducentes, terapia cognitivo-conductual puede ser efectiva en el tratamiento de la despersonalización y en la promoción de una mayor conexión con la propia identidad.

2.2.5.5. Enfoques neurobiológicos

Los enfoques de neurobiología tienen una influencia en la comprensión de la despersonalización, esto denota la participación de las zonas cerebrales en este trastorno disociativo. Recientes estudios han reconocido zonas cerebrales específicas asociadas a las vivencias de despersonalización, como es el caso de la corteza prefrontal, la unión temporal parietal y el sistema límbico (63).

Estas zonas tienen la responsabilidad de varios procedimientos de pensamiento y sentimiento, y su descontrol ha sido asociarlo a la

manifestación de síntomas que corresponden a la despersonalización. El debate entre estas zonas del cerebro ofrece una comprensión más apta de la manera en la que las alteraciones en la conducta neuronal pueden generar la percepción de distanciamiento e invierto, características estas del síndrome.

Además, los apuntes neurobiológicos toman en consideración la influencia de las disfunciones de neurotransmisores en la vivencia de despersonalización. Las hipótesis actuales sobre la liberación de neurotransmisores sugieren que las modificaciones en las cantidades de serotonina, dopamina y glutamato podrían estar en el origen de las manifestaciones asociadas a la despersonalización. Por ejemplo, la serotonina, debido a su influencia sobre la estabilidad de ánimo, es posible que tenga una influencia sobre las emociones de distanciamiento y apatía.

De igual manera, la dopamina, que está implicada en el procesamiento de recompensas, puede afectar la percepción de la realidad y la experiencia personal. Por último, el glutamato, un neurotransmisor excitador clave, podría contribuir a alteraciones en el procesamiento sensorial y la autoconciencia, moldeando aún más las experiencias de despersonalización.

También, los enfoques en neurobiología toman en consideración la intrincada relación entre componentes genéticos y ambientales durante el desarrollo de la despersonalización. Las predisposiciones genéticas, por ejemplo, las alteraciones en ciertos genes relacionados con la capacidad de neurotransmisores o la respuesta a la ansiedad son capaces de aumentar la predisposición que tiene una persona para sentir desamparo. Además, las consecuencias ambientales, como los abusos en la primera edad, el estresor crónico o la dependencia de sustancias, de igual manera pueden influir significativamente en el desarrollo y en la persistencia de los signos. En el momento de examinar esta complicada relación entre predisposiciones genéticas y factores estresantes del ambiente, los modelos de neurobiología ofrecen una estructura integral de entender la diversidad de características de la despersonalización y sus motivos subyacentes.

2.2.5.6. Interrelación entre despersonalización y otros componentes del burnout (cansancio emocional, baja realización personal)

Desde los modelos psicodinámicos, se sugiere que la despersonalización puede actuar como un mecanismo de defensa frente al estrés abrumador y el agotamiento emocional. Al distanciarse de las respuestas emocionales y de las conexiones interpersonales, las personas que experimentan agotamiento intentan protegerse de mayores angustias psicológicas (64).

A pesar de ello, este distanciamiento puede ocasionar la sensación de entumecimiento e independencia, propias de las emociones y la subsecuente desconexión, ambas cuestiones tienen un efecto acumulativo y perpetuo en las señales de fatiga. Entender la despersonalización dentro del ámbito del desgaste es fundamental para idear métodos efectivos y métodos de asistencia para quienes lo sufren en el ámbito ocupacional.

El impacto de la despersonalización en la realización personal dentro del marco del burnout es también significativo. Esta condición, caracterizada por sentimientos de cinismo, desapego y falta de empatía hacia los demás, puede afectar profundamente el sentido de realización personal y satisfacción en el trabajo de un individuo.

En la medida en la que la despersonalización se intensifica, los individuos suelen tener la percepción de que les falta el sentido de propósito y de terminación en sus trabajos, esto por su parte, genera un círculo de desconexión y desgaste emocional. Debido a eso, intentar individualizarse es importante para generar una percepción de descubrimiento y para evitar que los signos de la fatiga se intensificaron hasta alcanzar consecuencias más críticas.

En el momento de examinar la manera de pelear contra la deshumanización dentro de procedimientos orientados a frenar la fatiga, es fundamental tener en cuenta una variedad de métodos que involucraban no sólo a las personas sino también el ambiente. En este sentido, los enfoques cognitivo-conductuales son muy particularmente beneficiosos, ya que ayudan a las personas a reconocer y desafiar los pensamientos y comportamientos que son perjudiciales para su desarrollo personal.

Además, generar un entorno de trabajo que soporte la conversación abierta, promueva el equilibrio entre la vida personal y laboral, y brinde recursos para el manejo del estrés, puede alzar la despersonalización y evitar su influencia nociva en la comodidad personal. Integrar estas tácticas dentro de proyectos de acción comprensivos les da a las compañías la oportunidad de abordar la despersonalización como uno de los componentes más importantes del cansancio, incentivando ambientes de trabajo más sanos y felices para los empleados.

2.3. Marco Legal

Constitución Nacional del Ecuador (2008) (65)

El art. 32 establece: La salud es un derecho respaldado por el Estado, cuya ejecución depende del acceso a otros derechos como agua, alimentación, educación, actividad física, empleo, seguridad social, espacios saludables y otros que mejoran la calidad de vida. El Estado garantiza en asegurar este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, garantizando el acceso gratuito y oportuno a programas, acciones y servicios que fomenten y cuiden la salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

También, en la temática referente de la administración del riesgo, el art. 389 expresa: Para reducir la vulnerabilidad, el gobierno resguardará a individuos, comunidades y el medio ambiente de los impactos adversos de desastres naturales o provocados por el ser humano, mediante la anticipación del riesgo, la reducción de los desastres y la restauración y mejora de las situaciones sociales, económicas y ambientales. Las unidades de gestión de riesgo en su totalidad de las organizaciones públicas y privadas a nivel local, regional y nacional conforman el sistema de gestión de riesgos descentralizado a nivel nacional.

Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras/Os del Ecuador (66)

La práctica de la enfermería en Ecuador garantizará una atención de alta calidad basada en principios científicos, técnicos y éticos, siguiendo los estándares educativos establecidos por la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASEDEFE), así como las directrices y normativas de las escuelas de enfermería universitarias, el Ministerio de Salud Pública y la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

La legislación establece una serie de normas que garantiza que los especialistas en enfermería conserven una alta calidad y cantidad de conocimientos. Este marco contiene la renovación permanente de los conocimientos y habilidades a través de iniciativas de educación continua, esto asegura que los profesionales de la salud estén abastecidos con las herramientas necesarias para hacer frente a los problemas cambiantes del área de la salud. Además, se incentiva la adherencia a normas éticas que rigen la conducta profesional, haciendo que la atención brindada sea cuidadosa, compasiva y se enfoque en el paciente.

También, la utilización de normas técnicas asegura que los procedimientos de enfermería se fundan en pruebas científicas y métodos comprobados, esto genera una mayor fiabilidad de los resultados de salud y minimiza los riesgos que tiene la atención. Las legislaciones promueven además la investigación y el progreso en el ámbito de la medicina veterinaria, incentivando a los especialistas a participar en investigaciones que favorezcan el conocimiento y el perfeccionamiento de los métodos veterinarios. Por otro lado, la colaboración entre las universidades, el Ministerio de Salud y las agrupaciones profesionales genera un contexto óptimo para la transmisión de conocimientos y prácticas mejores, esto ayuda a la salud del conjunto del sistema de salud.

Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera

Esas directrices y códigos son mínimos y son revisados por profesionales de un grupo profesional específico. No es necesario para los trabajadores de un

grupo específico. Está entre la moral y el derecho. Parte del campo de la ética aplicada El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería es una normativa para actuar sobre la base de valores y necesidades de carácter social. Las enfermeras deben comprender, asimilar y aplicar el Código en todos los aspectos de su trabajo.

El Código deontológico posee normas elementales que orientan la labor de la medicina veterinaria, haciendo prevalecer el respeto a la seriedad humana y la atención comprensiva. Este marco de ética no solo ofrece una base para tomar decisiones en torno a la medicina, sino que además orienta a los individuos que tienen un empleo dentro del área de la salud en relación con las dudas éticas que es posible que aparezcan en la rutina.

Además, promueve la profesionalidad y la Integridad, incentivando a los especialistas en mantener altas normas de conducta y actuar con honestidad y transparencia en las relaciones que tienen. Además, el Código deontológico del CIE pone de relieve la importancia de la seriedad y el cuidado con la privacidad del paciente. Las licenciadas en enfermería están forzadas a preservar la información personal y de salud de los pacientes, haciendo que este dato se gestione con cuidado y solo se comparta con aquellos que están directamente relacionados con el cuidado del paciente.

Adicionalmente, el código reitera la importancia de proveer una atención de igual manera y sin preconcepciones, independientemente de las características de la paciente, esto con el fin de promover la equidad y la igualdad en el acceso a los servicios de salud. Finalmente, el Código deontológico indica la importancia de la formación continua y la renovación de conocimientos. Las profesionales en enfermería deben comprometerse a preservar y desarrollar sus habilidades a lo largo de su oficio, asistiendo a cursos de formación continua y capacitación profesional. Además, el texto reitera la necesidad de proveer un cuidado igual de manera y sin preconcepciones, sea el caso de que las características de la paciente sean iguales o distintas, con el fin de promover la equidad y la igualdad en el acceso a los servicios de salud.

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente

Artículo 4, dispone: “Cada paciente posee el derecho a preservar la privacidad de su consulta, evaluación, diagnóstico, conversación, tratamiento y cualquier dato vinculado a su atención médica”.

Confidencialidad en los documentos con información de salud

Art. 7.- Por archivos que sostienen datos de salud se entienden: Los documentos que contienen información de salud incluyen historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes y otras intervenciones, así como tarjetas de registro de atenciones médicas con indicaciones de diagnóstico y tratamiento, siendo la información en ellos confidenciales. No se permitirá el uso de documentos de información médica para propósitos distintos a la atención de los usuarios, la evaluación de la calidad de los servicios, el análisis estadístico, la investigación y la enseñanza.

La persona involucrada en la creación o acceso a estos documentos debe comprometerse a garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en ellos. La autorización para usar dichos documentos es responsabilidad exclusiva del usuario o su representante legal. Sin embargo, en estudios realizados por autoridades gubernamentales sobre violaciones de derechos humanos, la reserva de acceso a la información hallada en documentos de salud no se invocará.

Art. 8.- El manejo de las historias clínicas, tanto en papel como en formato digital, debe garantizar un marco eficiente de almacenamiento y protección que afirme la confidencialidad de los datos y la trazabilidad de su uso. Esto está en conformidad con las directrices establecidas en el "Manual de Normas para la Conservación de Historias Clínicas y la Implementación del Tarjetero Índice Automatizado", aprobado mediante el Acuerdo Ministerial No. 0457 del 12 de diciembre de 2006 y publicado en el Registro Oficial No. 436 del 12 de enero de 2007.

Art. 9.- El personal tanto operativo como administrativo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, que acceda a información de los pacientes en el desempeño de sus labores, está obligado a mantener en secreto dicha información de manera permanente. No pueden revelar los datos contenidos en las historias clínicas ni en ningún otro documento que contenga información confidencial de los usuarios.

Art. 10.- Los documentos físicos y digitales con información confidencial solo se mantendrán abiertos cuando se utilicen para brindar servicios específicos, como una investigación epidemiológica, una evaluación de calidad en la atención médica u otros procedimientos correctamente fundamentados y que cumplan con los criterios normados en este reglamento.

Derecho a la información y confidencialidad

Art. 21.- El profesional de la salud proporcionará información puntual a los pacientes sobre su diagnóstico, estado de salud, pronóstico, tratamiento, riesgos y posibles complicaciones relacionadas con medicamentos y procedimientos que podrían enfrentar, además de presentar alternativas de cuidado y tratamiento disponibles.

Art. 22.- Para divulgar información relevante sobre la salud de las personas atendidas a sus acompañantes, se requerirá el consentimiento explícito de estos usuarios. En el caso de menores de edad, el consentimiento lo otorgará su representante legal. En situaciones donde los usuarios estén temporal o permanentemente incapacitados para dar su consentimiento, o en caso de fallecimiento, la información podrá compartirse con su cónyuge, pareja de hecho, conviviente, y familiares cercanos hasta el segundo nivel de parentesco consanguíneo y primero de afinidad.

Art. 23.- Cuando un usuario adulto asista a recibir atención médica acompañado por otra persona, se requerirá su consentimiento explícito para que el acompañante esté presente durante la consulta. Al igual que en otras situaciones de consentimiento informado, el usuario puede dar de baja esta autorización en cualquier instante. Para la atención médica de niños, la presencia de su madre, padre o representante legal es obligatoria. En el caso

de adolescentes, la decisión de tener un acompañante durante la atención médica es opcional para el usuario, pero no para el personal de salud necesario. Este derecho no puede negarse al usuario ni puede renunciar a él, salvo en situaciones de emergencia.

CAPITULO III

3. Diseño de la investigación

3.1. Tipo de investigación

Nivel: Descriptivo, ya que se observa y describe las características de un determinado grupo.

Método: Cuantitativo, dado que se emplea un proceso organizado y estructurado de forma lógica para la síntesis y análisis de datos numéricos, evaluados mediante una estadística descriptiva (68).

3.2. Diseño de investigación

Diseño: Observacional, dado que la variable general de estudio se aprecia como se muestra en el contexto de estudio (69).

Según el tiempo: Transversal, porque tiene enfoque metodológico que se utiliza para recopilar información en un punto específico en el tiempo (70).

Según la ocurrencia de los hechos: Prospectivo, ya que los datos se recogen en un único momento y lugar (71).

3.3. Población y muestra

Población: La población comprende al personal de salud que labora en un hospital de Guayaquil. La población se define como un grupo de personas que comparten características definitorias enmarcadas en el título de un trabajo de investigación (72).

Muestra: La muestra fue de 51 trabajadores de la salud.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión:

Personal de salud que acepte participar en la investigación.

b) Criterios de exclusión:

Personal de salud que no quieran participar en la investigación.

3.5. Procedimientos para la recolección de datos

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario de perfil sociodemográfico del profesional enfermero, así como la Escala Maslach Inventory Burnout, en la dimensión específica de despersonalización, consta de 5 ítems; la escala es ordinal cualitativa: 0= Nunca, 1= Pocas veces al año o menos, 2= Una vez al mes o menos, 3= Unas pocas veces al mes, 4= Una vez a la semana, 5= Pocas veces a la semana y 6= Todos los días; los niveles son: despersonalización: bajo 0-5, medio 6-9 y alto 10-30. Los indicios de burnout se dan cuando la despersonalización tiene un puntaje mayor a 9. Por último, dos dimensiones adicionales de los factores de riesgo de despersonalización (7 ítems) y complicaciones (5 ítems), con escala nominal dicotómica Si y No.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Los datos una vez recolectados se pasarán a una matriz de Excel para su organización y cálculo de frecuencias y porcentajes.

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Se solicita la aprobación del tema y anteproyecto a la comisión de investigación de la Carrera de Enfermería, se solicitará la autorización de la institución donde se recogerá la información y por último se solicitará consentimiento informado a los participantes

3.8. Operacionalización de variables

Variable general: Despersonalización en trabajadores de la salud.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Dimensiones	Indicadores	Escala
Perfil sociodemográfico	Edad	Nº edad
	Sexo	Mujer Hombre
	Estado civil	Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/a Viudo/a
	Horas por turno de trabajo	6 8 12 24
	Antigüedad laboral	Nº de años
	Función	Enfermera/o Interno rotativo Auxiliar Médico
Despersonalización	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al mes 4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días
	Siento que me he hecho más insensible con la gente	
	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Factores de riesgo	Tiene problemas para afrontar situaciones difíciles personales/laborales	Si No
	Tiene un pariente cercano con algún trastorno psicosocial o intelectual	
	Ha sufrido de manera inesperada la muerte de un familiar	
	Ha tenido un trauma grave durante la infancia o adultez como abuso o accidente personal/laboral	
	Está expuesto frecuentemente a estrés personal/laboral	
	Tiene episodios de tristeza o ataques de pánico extendidos	
	Tiene tendencia a consumo de drogas o fármacos ansiolíticos/antidepresivos	
	Complicaciones	
Sufre pérdida de memoria de corto o largo plazo		
Tiene problemas en la relación con su familia y/o compañeros de trabajo		
Tiene ansiedad/depresión		
Tiene una sensación de desesperanza		

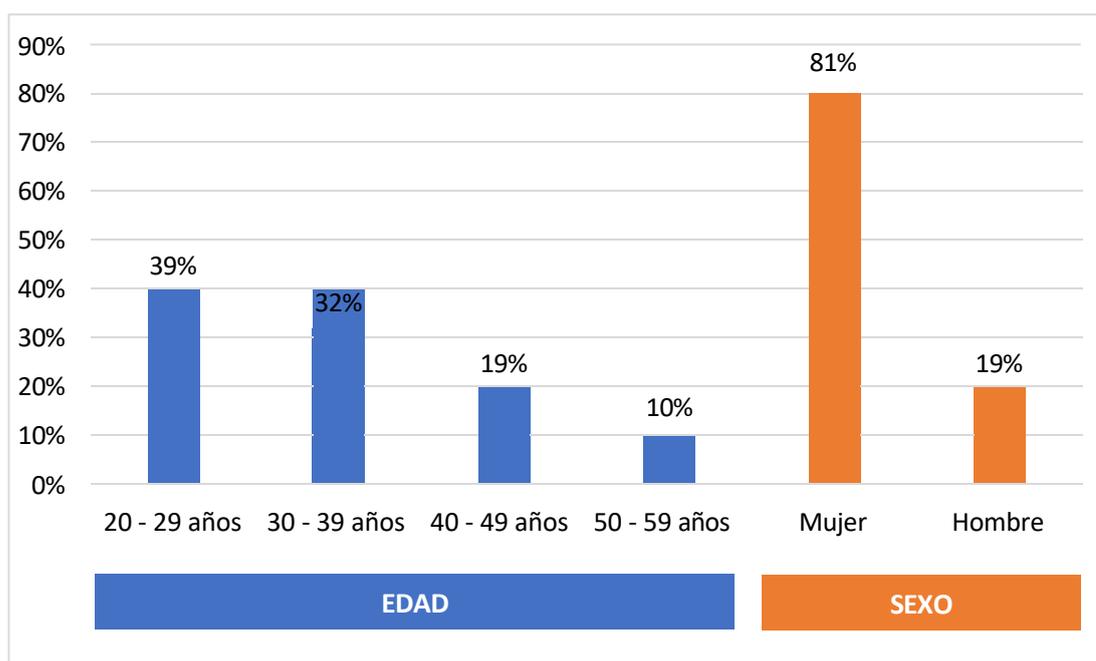
Elaborado por: Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

CAPITULO IV

4. Presentación y análisis de resultados

Para dar respuesta al primer objetivo específico, que consistió en identificar el perfil sociodemográfico más afectado de despersonalización en los trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024, se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 1. Distribución por edad y sexo



Nota. Encuesta realizada a profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil. Elaborado por Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

La figura 1 revela que la mayoría del personal sanitario son jóvenes, con un 39% en el rango de 20 a 29 años y un 32% entre 30 y 39 años. Este predominio de personal joven podría influir en la experiencia y manejo del estrés laboral. Además, la distribución por sexo muestra un 81% de mujeres y solo un 19% de hombres, lo que es típico en la enfermería, pero puede acarrear desafíos específicos relacionados con el equilibrio entre vida laboral y personal.

La tabla 2 exhibe los números estadísticos pertenecientes a la variable "Edad", la media es de 35.1 años, y su rango de mediana es de 34, esto supone que la edad promedio de los individuos es de treinta años. La brecha de edad es

de diez años, seis meses y nueve días, y representa una igualdad de género ligeramente superior en el grupo de edad de los entrevistados. Los puntos inferiores y superiores son 22 y 58, esto denota la diversidad de décadas que posee. El espacio intercuartílico de 16 representa la extensión de la mitad central de los intervalos de edad, insinúa una diversidad grande en la edad de quienes ejercen como enfermeros.

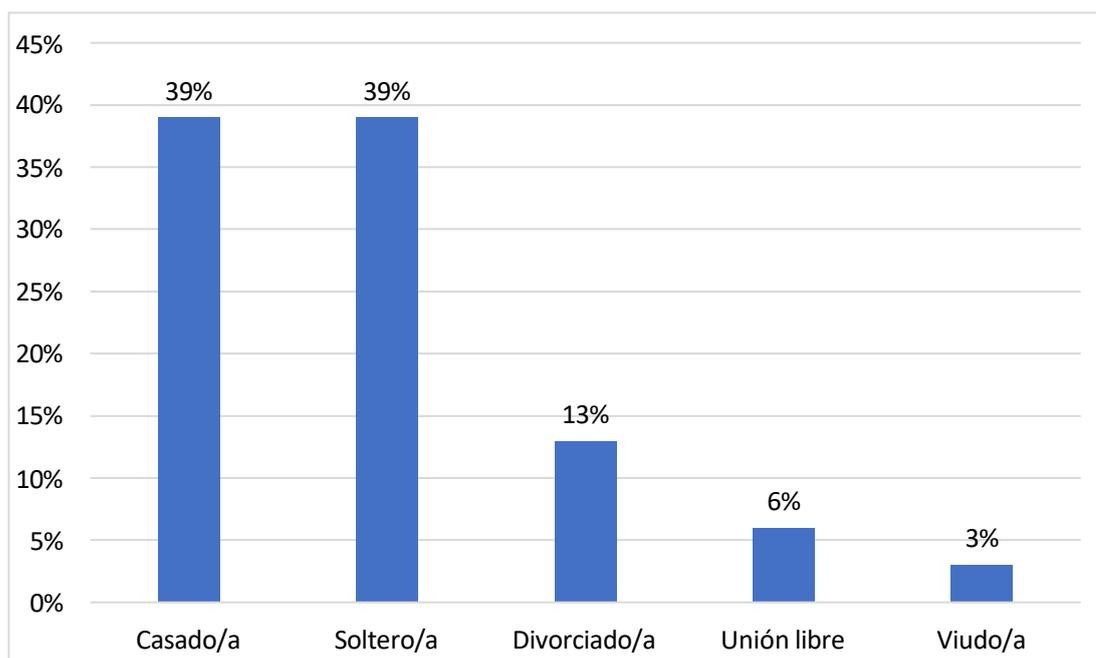
Este predominio del género femenino es usual en el ámbito de la enfermería, no obstante, este hecho puede poseer dificultades específicas en el ámbito del equilibrio entre la vida laboral y personal, particularmente en una circunstancia de mucha presión como la que tiene lugar en el ámbito de la sanidad. Las consecuencias de esta información demográfica en la despersonalización son posible que sean importantes; los individuos más jóvenes podrían tener dificultades adicionales al adecuarse al estrés y las exigencias emocionales de la labor, en tanto que la alta proporción de mujeres podría requerir métodos particulares de sustento que contemplen sus roles en el hogar y la escuela.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de edad

Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango intercuartílico
Edad	35.1	34	10.6	22	58	16

Nota. Encuesta realizada a profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil. Elaborado por Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

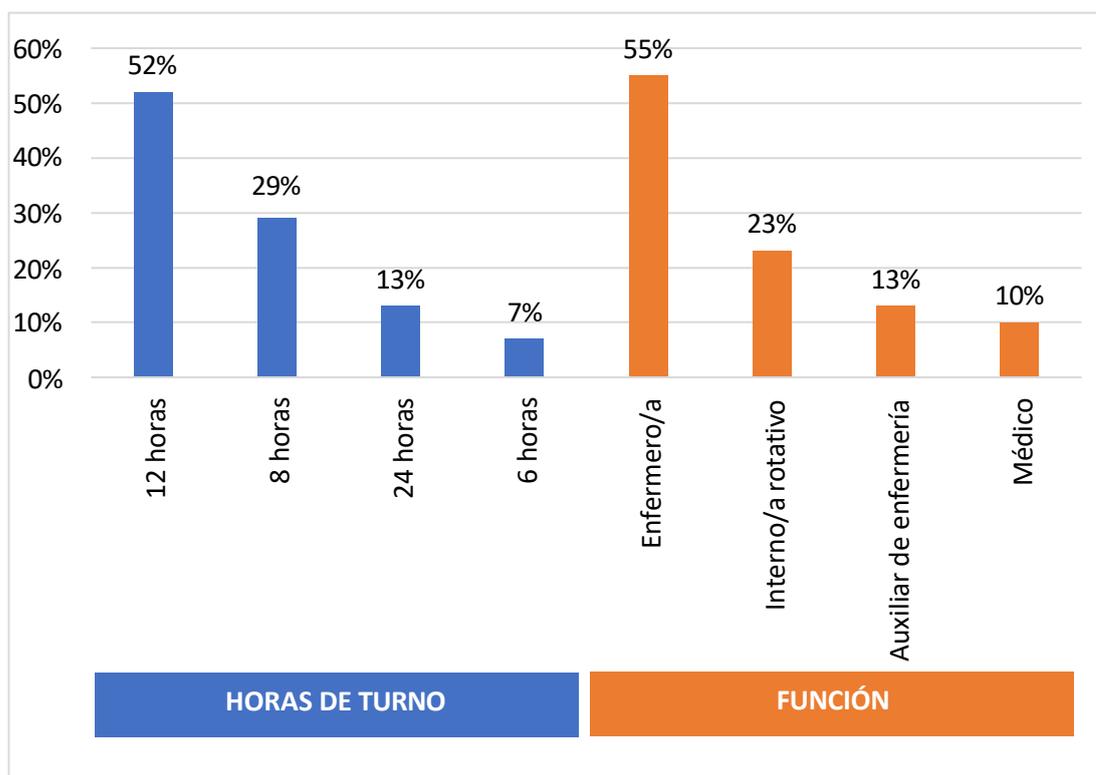
Figura 2. Distribución por estado civil



Nota. Encuesta realizada a profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil. Elaborado por Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

La mayoría de los encuestados están casados (39%) o solteros (39%), indicando una distribución equitativa entre ambos estados civiles. Un 13% está divorciado, mientras que un 6% vive en unión libre y un 3% es viudo; las responsabilidades y el apoyo emocional varían considerablemente entre individuos casados, solteros y aquellos con otras situaciones familiares. Los profesionales casados y en unión libre pueden tener un sistema de apoyo más conciso en casa, pero también enfrentan la presión adicional de equilibrar responsabilidades familiares con las laborales. Por otro lado, los solteros y divorciados pueden experimentar mayores niveles de soledad o falta de apoyo emocional, lo que podría aumentar la susceptibilidad a la despersonalización.

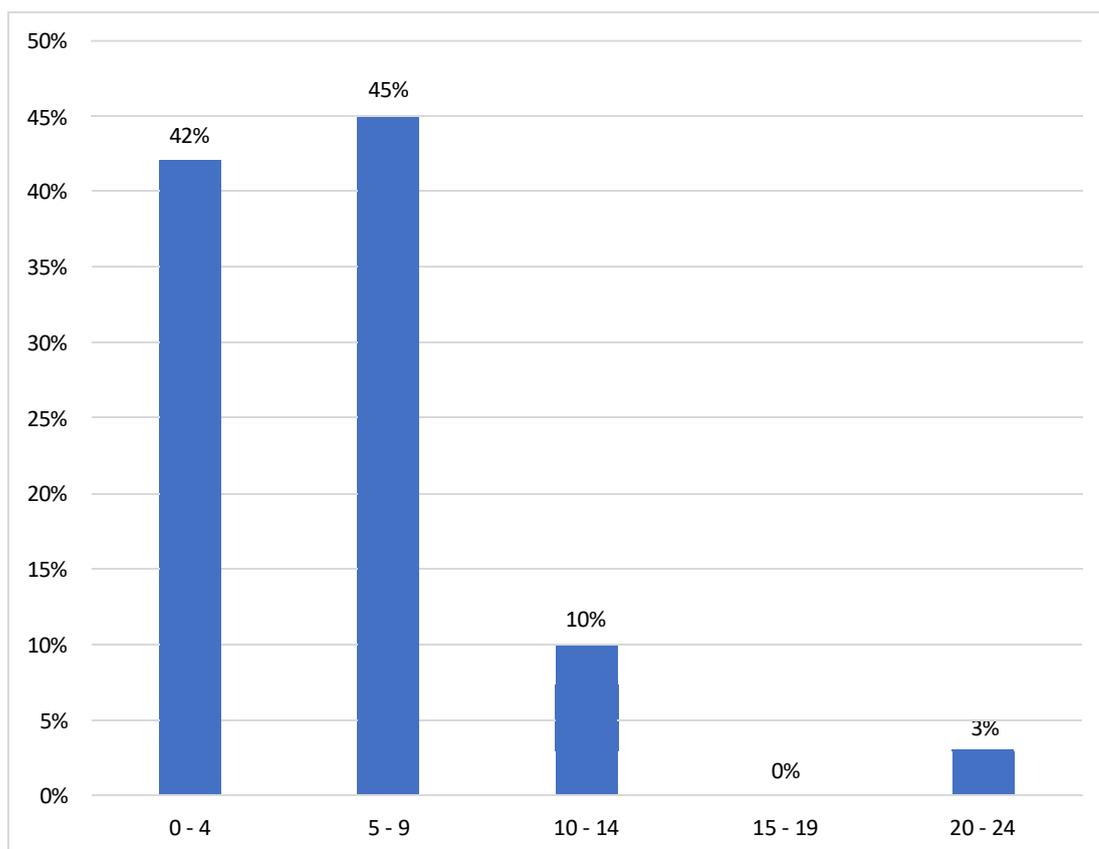
Figura 3. Distribución por horas de turno de trabajo y función



Nota. Encuesta realizada a profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil. Elaborado por Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

La mayoría trabaja turnos de 12 horas (52%), seguidos por turnos de 8 horas (29%), lo que sugiere largas jornadas laborales que pueden contribuir al agotamiento y la despersonalización. Un 13% trabaja turnos de 24 horas, lo cual es especialmente preocupante debido al alto riesgo de desgaste emocional y físico. En cuanto a las funciones, un 55% son enfermeros/as, mientras que el 23% son internos/as rotativos, y el 13% auxiliares de enfermería. Los médicos representan solo el 10%. La alta proporción de enfermeros/as y el considerable número de internos/as rotativos indican una presión significativa sobre estos grupos, quienes probablemente enfrentan las mayores cargas de trabajo y estrés.

Figura 4. Distribución por antigüedad laboral



Nota. Encuesta.

La mayor parte del personal tiene entre 0 y 9 años de historia, con un 42% que tiene entre 0 y 4 años y un 45% que tiene entre 5 y 9 años. La elevada concentración de trabajadores con poca antigüedad insinúa una fuerza obrera que es relativamente nueva y que tiene menos experiencia, esto puede generar una mayor propensión al estrés y a la despersonalización debido a la falta de conocimiento y adecuación a las necesidades del contexto hospitalario. Solo un 10% tiene entre diez y catorce años de labor, y un tres por ciento tiene veinte y cuatro años, esto señala una posible alta rotación o una menor atracción a corto plazo por parte de la empresa. La ausencia de trabajadores en el rango de 15 a 19 años destaca aún más esta tendencia.

La Tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos de la antigüedad laboral, la media es de 5.35 años, con una mediana de 5 años, lo que indica que la mitad

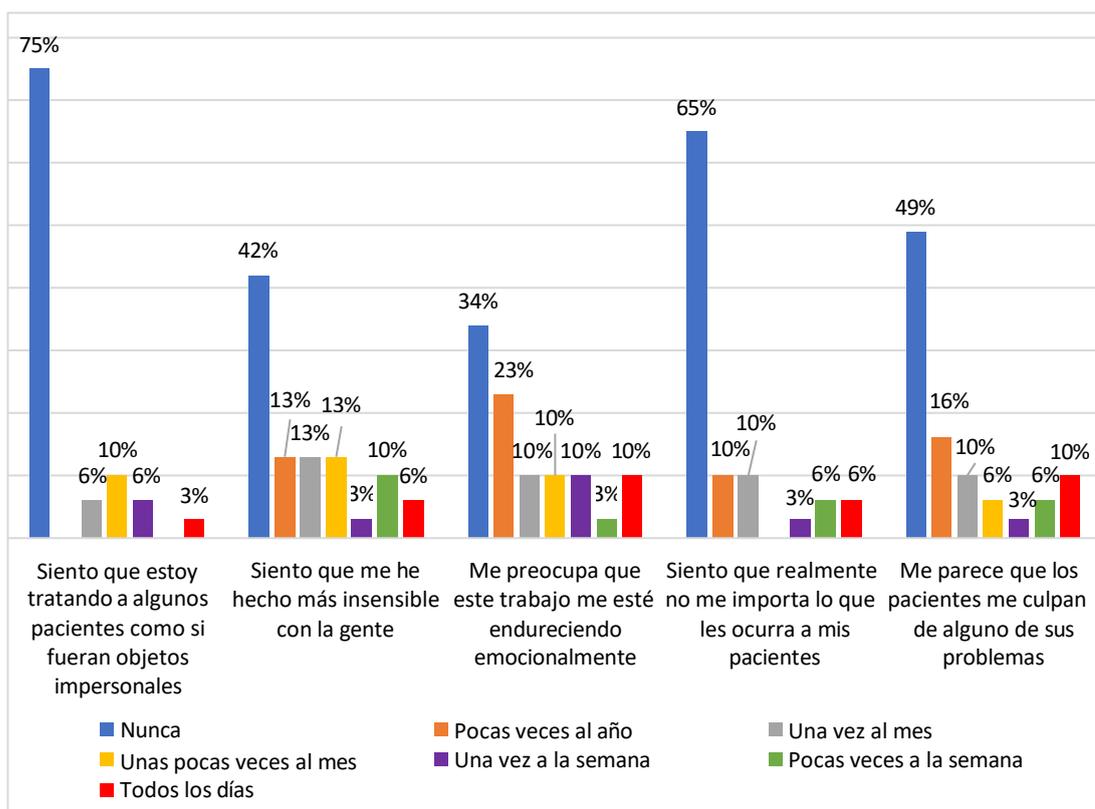
del personal tiene cinco años o menos de experiencia laboral en el hospital. La desviación estándar de 5.67 refleja una variabilidad considerable en los años de servicio entre los empleados. Los valores mínimo y máximo son 0 y 20, respectivamente, mostrando un amplio rango de antigüedad. El rango intercuartílico de 6.5 indica la dispersión de la mitad central de los datos, lo que sugiere diferencias significativas en la experiencia laboral entre los profesionales.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de antigüedad laboral

Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango intercuartílico
Antigüedad laboral	5.35	5	5.67	0	20	6.5

Nota. Encuesta realizada a profesionales de enfermería de un hospital de Guayaquil. Elaborado por Álvarez Espinoza Dayana y Caguana Rocha María.

Figura 5. Manifestaciones de despersonalización



Nota. Encuesta.

Los números más altos en la categoría "Nunca" corresponden a que el 75% de los entrevistados cree que jamás trata a los pacientes como objetos que no son personalizados, esto es beneficioso y sugiere que la mayoría de los entrevistados tienen un elevado nivel de empatía y profesionalismo. Además, el 65% indica que les importa lo que les ocurra a sus pacientes, y el 49% no ven la necesidad de culparse a causa de sus dificultades, esto es alentador y manifiesta que la gran mayoría mantiene su humanidad pese a las condiciones de trabajo.

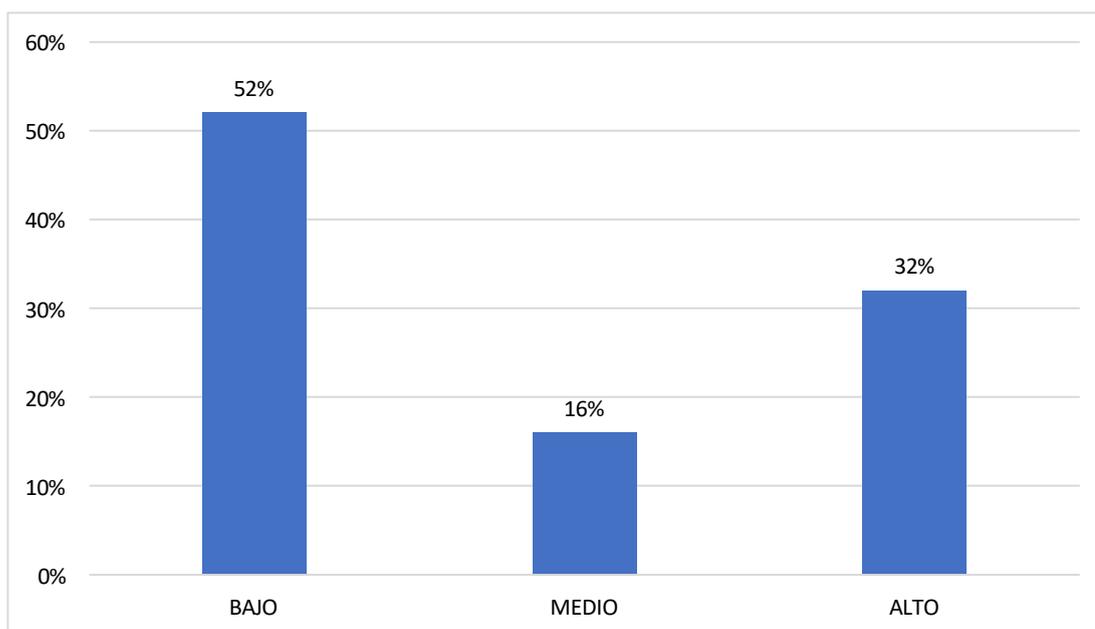
En el grupo de "Pocas veces al año", los índices más elevados muestran que un 23 por ciento se preocupa por amoldarse emocionalmente en su oficio, un 16 por ciento afirma que sus pacientes le causan sus dificultades y un 13 por ciento afirma que es menos indiferente hacia las personas.

Estos indicios indican que, aunque la cantidad es baja, existe una inquietud importante acerca del efecto psicológico del oficio que tienen los profesionales de la enfermería. Estas manifestaciones pueden estar vinculadas a causas

como la ansiedad por el trabajo constante y la deficiencia de acompañamiento emocional en el ámbito laboral.

Por último, en las categorías "Pocas veces a la semana" y "Todos los días", los porcentajes revelan aspectos complejos del entorno laboral. Un 10% de los encuestados experimenta diariamente la preocupación por endurecerse emocionalmente, lo cual es un signo de alerta sobre el desgaste emocional constante. Similarmente, el 10% reporta que trata a los pacientes como objetos impersonales pocas veces a la semana, lo que podría indicar episodios intermitentes de despersonalización. Estas problemáticas pueden llevar a consecuencias severas tanto para los profesionales de la salud como para la calidad del cuidado que brindan.

Figura 6. Niveles de despersonalización



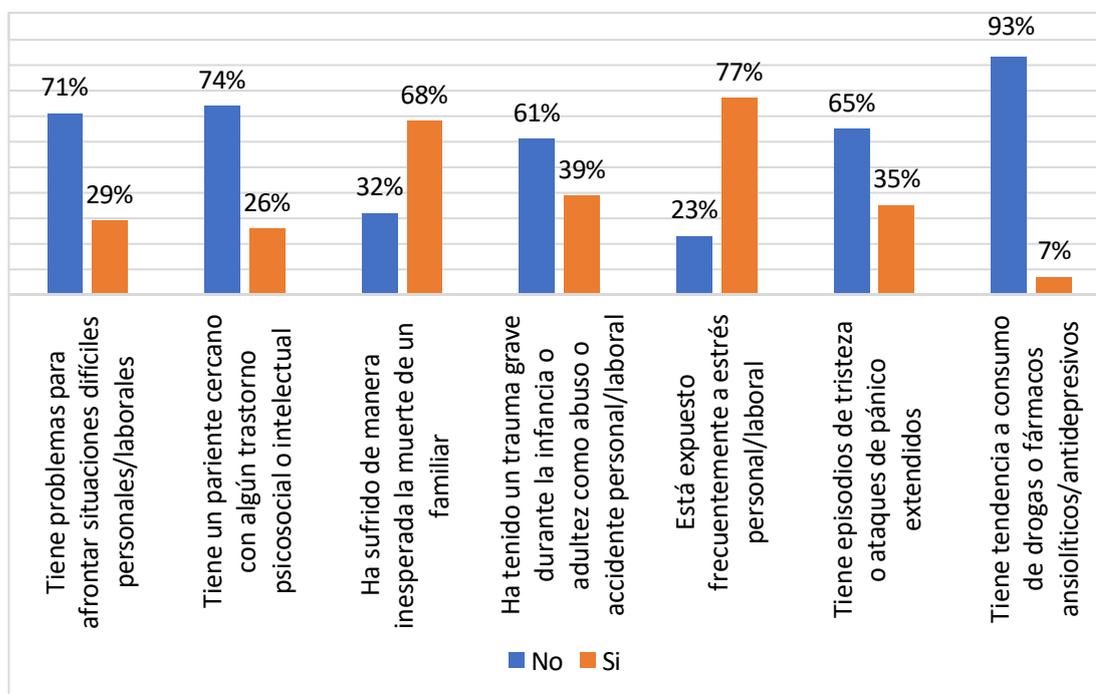
Nota. Encuesta.

El 52% de los encuestados reporta niveles bajos de despersonalización, sin embargo, el 32% indica niveles altos y 16% niveles medios de despersonalización, lo que es alarmante y revela que casi un tercio del personal está experimentando una desconexión emocional significativa. Las causas inherentes a estos niveles altos de despersonalización pueden estar relacionadas con las largas horas de trabajo, alta carga laboral, y la naturaleza emocionalmente demandante del trabajo de enfermería.

La despersonalización no sólo tiene efectos sobre la comodidad del personal, sino que además puede influir en la calidad del cuidado al paciente, en la cantidad de errores médicos y en la satisfacción del paciente. De modo que, es fundamental ejecutar acciones que aborden estos problemas, como, por ejemplo: realizar prácticas de apoyo emocional, disminuir la carga de trabajo de forma excesiva y aprender maneras de lidiar con el estrés.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico que consistió en describir los factores que aumentan el riesgo de despersonalización en los trabajadores de la salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 7. Factores de riesgo de despersonalización



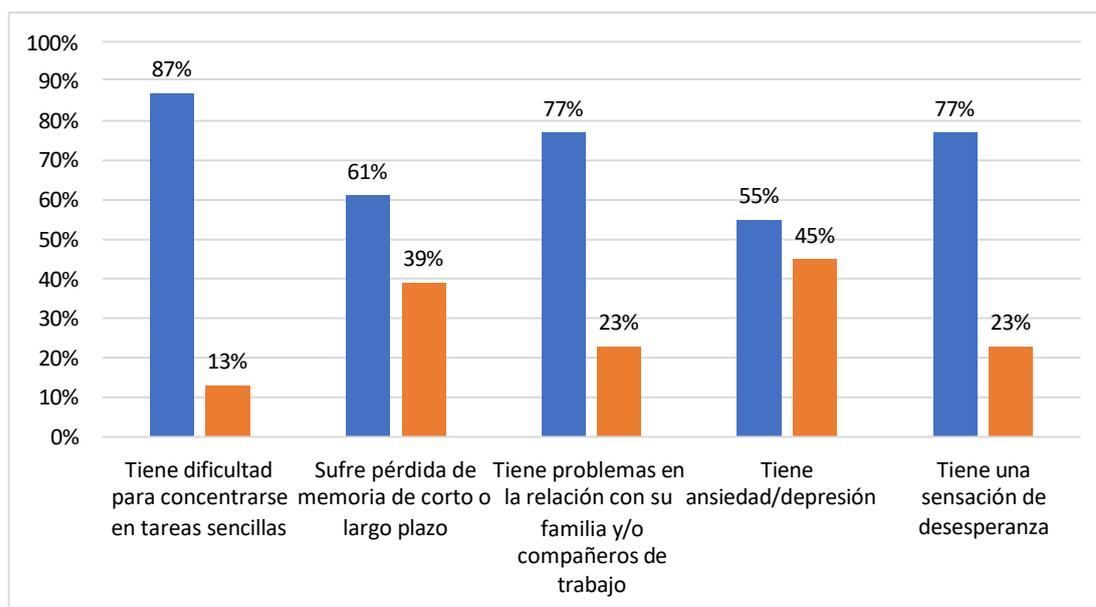
Nota. Encuesta.

El 77% de los profesionales de enfermería están expuestos frecuentemente a estrés personal/laboral, lo que refleja una presión constante que puede conducir al desgaste emocional y a la despersonalización. El 68% ha sufrido de manera inesperada la muerte de un familiar, una experiencia traumática que puede aumentar la vulnerabilidad al estrés y afectar negativamente su bienestar emocional.

El 39% ha tenido un trauma grave durante la infancia o adultez, como abuso o accidente personal/laboral, lo que sugiere una historia de experiencias adversas que podrían exacerbar los efectos del estrés laboral. Esto indica problemas significativos de salud mental que requieren atención y apoyo, destacando la necesidad de desarrollar habilidades de afrontamiento más efectivas para manejar las demandas tanto personales como profesionales.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que consistió en establecer las complicaciones de la despersonalización en el personal de salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 8. Complicaciones de despersonalización



Nota. Encuesta.

Un 45% de los encuestados reporta tener ansiedad o depresión, lo que indica un problema significativo de salud mental que puede derivarse del estrés laboral crónico y la falta de apoyo emocional adecuado. El 39% sufre de pérdida de memoria de corto o largo plazo, lo cual puede ser una consecuencia del agotamiento y la sobrecarga cognitiva constante en el entorno hospitalario.

tiene dificultades con su vínculo con su familia y/ o colegas, manifestando la manera en la que la ansiedad laboral afecta negativamente las relaciones entre personas de igual género, y esto es posible que genere sentimientos de distanciamiento y deshumanización. Otro 23% siente una percepción de desesperación, esto es una señal muy grave de desgaste psicológico y emocional, que puede influir en la motivación y las labores del día a día.

5. Discusión

Para explicar y delimitar la caracterización sociodemográfica más perjudicada por la deshumanización en los empleados de la salud. La gran parte del personal de enfermería está compuesta por jóvenes, al 39% pertenece al rango de edad de 20 a 29 años, y al 32% le pertenece el de 30 a 39 años. En comparación con el análisis de Vera (30) en el país peruano, en el que se evidenció que los individuos más jóvenes fueron quienes más padecieron despersonalización, especialmente a raíz de la pandemia, debido a su falta de experiencia y la presión para preservar la vida. En los dos escenarios, el grupo de edad del personal se ve como un elemento enraizado como causa de estrés y despersonalización.

También, la distribución por género muestra que son mayoría las mujeres (81%) y que son pocos los hombres (19%), que es algo usual en el ámbito de la enfermería. Este predominio femenino, similar al hallado por Spinelli (31) en Brasil, puede implicar desafíos específicos relacionados con el equilibrio entre vida laboral y personal, especialmente en un entorno de alto estrés. Las mujeres pueden enfrentar una doble carga al manejar responsabilidades tanto en el hogar como en el trabajo, aumentando su riesgo de despersonalización. Las similitudes entre estos estudios resaltan la necesidad de políticas de apoyo específicas para las mujeres en el sector salud.

Finalmente, los datos sobre estado civil revelan que el 39% de los encuestados están casados y otro 39% son solteros, con un 13% divorciado. Estos datos son comparables a los encontrados por Parrales et al. (33) en Manabí, donde el estado civil influía significativamente en la experiencia de burnout y despersonalización. Los profesionales casados pueden tener un sistema de apoyo más sólido en casa, pero también enfrentar la presión adicional de equilibrar responsabilidades familiares y laborales. Por otro lado, los solteros y divorciados pueden carecer de este apoyo, aumentando su susceptibilidad a la despersonalización. En ambos contextos, el estado civil

emerge como un factor importante que afecta el bienestar emocional de los profesionales de la salud.

Para describir los factores que aumentan el riesgo de despersonalización en los trabajadores de la salud, se identificaron varios elementos clave. El 77% de los profesionales de enfermería en Guayaquil están expuestos frecuentemente a estrés personal/laboral, un factor que coincide con los hallazgos de Castro et al. (32) en Argentina, donde el estrés constante en el entorno hospitalario fue un factor principal de burnout. La alta exposición al estrés en ambos estudios subraya la necesidad de implementar estrategias de manejo del estrés y apoyo emocional para mitigar estos efectos negativos.

El 68% de los encuestados ha sufrido de manera inesperada la muerte de un familiar, lo cual puede aumentar la vulnerabilidad al estrés y afectar negativamente su bienestar emocional. Este factor traumático es comparable a lo encontrado por Serna y Martínez (29) en Colombia, quienes destacaron la importancia de los factores personales y su impacto en el bienestar laboral. La experiencia de pérdidas traumáticas puede exacerbar los síntomas de despersonalización, haciendo crucial el apoyo psicológico y la intervención temprana.

Otro factor significativo es que el 39% de los encuestados ha tenido un trauma grave durante la infancia o adultez, como abuso o accidente personal/laboral. Esto sugiere una historia de experiencias adversas que podrían exacerbar los efectos del estrés laboral, similar a los hallazgos de Aguagüña y Villarroel (34) en Ambato, quienes observaron que los traumas personales eran un factor determinante en la aparición de burnout. Ambos análisis resaltan la necesidad de atender los problemas emocionales del personal de salud con el fin de evitar la despersonalización y aumentar su bienestar psicológico.

Con el fin de delimitar las dificultades de la deshumanización en los trabajadores de la salud, se hallaron varios problemas importantes. Un 45% de participantes indicaron tener ansiedad o depresión, esto señala un problema significativo de sanidad psicológica causado por el cansancio

crónico y la deficiencia de asistencia emocional correcta. Este descubrimiento se acopla con el análisis de Ávila et al. (35) en la ciudad de Cuenca, donde se evidenció que el 50% del personal de salud manifestaba tener poca personalización y un desgaste emocional grande, resaltando la necesidad de acciones para mejorar la salud mental del personal.

El 39% tiene problemas para acordarse de cosas de corto o largo plazo, una complicación que es posible que se deba a la fatiga y al sobreesfuerzo mental constante en el contexto de la salud. Estos resultados son similares a los de Spinelli (31) en Brasil, quien encontró que la despersonalización y el cansancio emocional estaban asociados con un bajo rendimiento profesional. Ambos estudios indican que las complicaciones cognitivas y emocionales son comunes en el personal de salud bajo alto estrés, afectando su desempeño y bienestar.

Además, el 23% de los encuestados tiene problemas en la relación con su familia y/o compañeros de trabajo, reflejando cómo el estrés laboral afecta negativamente las relaciones personales y profesionales. Otro 23% experimenta una sensación de desesperanza, un indicativo grave de desgaste emocional y mental. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Parrales et al. (33) en Manabí, donde se observó una amplia repercusión social y laboral de la despersonalización. Ambos contextos subrayan la necesidad de un enfoque integral que no solo aborde los síntomas de despersonalización, sino también sus causas subyacentes, para mejorar el bienestar general del personal de salud.

El conocimiento adquirido en este análisis es importante para la creación de intervenciones que beneficien la salud mental y la calidez del cuidado en los ambientes de la salud. No obstante, se detectaron varias dificultades en el método que es posible que se mejoren en investigaciones subsecuentes. Una restricción importante fue la dependencia de cuestionarios auto informados, los cuales pueden estar influenciados por sesgos de respuesta y no representar completamente la magnitud de la deshumanización. Además, la muestra se restringió a una sola institución hospitalaria, esto que puede influir en la generalidad de los provechos. Los estudios futuros

deben considerar enfoques que incluyan tanto métodos cualitativos como de observación directa, estos enfoques ampliarán el alcance geográfico y poblacional, respectivamente, con el fin de tener un panorama más completo y representativo del fenómeno.

6. Conclusiones

Los resultados indican que la mayoría del personal sanitario son jóvenes y predominantemente mujeres. Estos grupos parecen ser los más vulnerables a la despersonalización, probablemente debido a su inexperiencia y las presiones adicionales derivadas de los roles duales en el hogar y el trabajo. La distribución equitativa entre casados y solteros también sugiere que tanto las responsabilidades familiares como la falta de apoyo emocional pueden contribuir significativamente a la despersonalización.

La frecuente exposición al estrés que tiene el ámbito personal y el laboral, además de las traumáticas experiencias, como el fallecimiento inesperado de un familiar o los daños graves durante la niñez o la adultez, resaltan la importancia de la terapia psicológica y el desarrollo de habilidades para enfrentar la circunstancia. La elevada frecuencia de este tipo de experiencias traumáticas y estresantes entre los especialistas en salud evidencia la importancia de las intervenciones para mitigar su efecto en la salud mental y laboral.

Finalmente, los resultados revelaron que la ansiedad, la depresión, y la pérdida de memoria son complicaciones comunes. Además, problemas en las relaciones personales y una sensación de desesperanza son indicativos de un desgaste emocional profundo. Estas complicaciones subrayan las graves consecuencias de la despersonalización, no solo para el bienestar mental de los profesionales de salud, sino también para su rendimiento y relaciones personales. Estos hallazgos insinúan la necesidad de un enfoque holístico para tratar la despersonalización, esto implica no sólo la terapia específica dentro del ámbito de la salud mental, sino también las mejoras en las condiciones de trabajo y el sustento social.

7. Recomendaciones

Debido a que la mayoría de los individuos están entre 20 y 40 años y con una predominancia femenina, estos son más propensos a la deshumanización en los cuidados, se sugiere la creación de planes de educación y mentoría específicos para este grupo. Estos proyectos tendrían que centrarse en el incremento de habilidades para lidiar con el estrés, la administración del tiempo y la equidad entre la vida laboral y personal. También, poseer educadores con experiencia que puedan proveer sustento emocional y profesional puede colaborar a los nuevos empleados a adecuarse fácilmente a las necesidades del ámbito hospitalario.

Para solucionar los riesgos encontrados, como la constante exposición al estrés y las vivencias traumáticas es fundamental aumentar y perfeccionar las asistencias psicológicas dentro del hospital. Esto implica la posibilidad de acceso a consejerías por parte de un profesional y a grupos de ayuda, además de realizar procedimientos para controlar la ansiedad y la resiliencia, y de asistir a clases sobre intervención psicológica. Implementar un programa de monitoreo constante de la salud mental del personal puede permitir hallar y solucionar dificultades previamente a que se volvieran en dificultades crónicas.

Con el fin de reducir las posibilidades de distanciamiento, como la ansiedad, la depresión y la deficiencia de memoria, es importante mejorar los ambientes de trabajo. Esto puede incluir la comprobación de las labores para evitar la autocracia, incentivos, y la creación de un contexto de labor más colaborativo. Promover una cultura de la organización que priorice y apoye la salud mental y el bienestar de los empleados es necesario para evitar el efecto nocivo de la deshumanización en la labor y las relaciones con los otros.

8. Referencias

1. Blanca J, Arias A. Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*. 2018 Marzo; 15(1).
2. Torres F, Irigoyen V, Moreno A, Ruilova E, Casares J, Mendoza M. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2021 Marzo; 8(1).
3. Balbuena M. Descripción de las dimensiones de burnout en el personal del médico y enfermero. *Universciencia Revista de divulgación científica*. 2022 Agosto; 20(60).
4. Boulier S, Baumann C, Rousseau H, Horrach P, Bourion S. Burnout profiles among French workers in health units for inmates: results of the EHCAU study. *BMC Health Serv Res*. 2021 Junio; 21(1).
5. Médicos y Pacientes.com. La OMS reconoce como enfermedad el burnout o “síndrome de estar quemado”. [Online].; 2019 [cited 2024 junio]. Available from: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado/>.
6. Castillo D, Bravo M, Esquivel J, Esquivel M, Salgado F. Síndrome de Burnout y compromiso organizacional en un hospital público – Perú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Diciembre; 6(6).
7. Linares G, Guedez Y. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *PubMed*. 2021 mayo; 53(5).
8. Da Cruz J, Zanin L, Gomes A, Martão F. Burnout syndrome in higher education health professionals working in indigenous health in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2023 Enero; 28(1).

9. Koopmann A, Cantillano V, Alessandri C. Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021 Febrero; 32(1).
10. Rendón M, Peralta S, Hernández E, Hernández R, Vargas M, Favela M. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*. 2020 Agosto; 19(59).
11. Jun J, Ojemeni M, Kalamani R, Tong J, Crecelius M. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Julio;(119).
12. Kamali M, Azizi M, Moosazadeh M, Mehravaran H, Ghasemian R, Hasannezhad M, et al. Occupational burnout in Iranian health care workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2022 Mayo; 22(365).
13. Benítez M, Glavinich N. El desafío de la virtualidad vs el síndrome de burnout en profesionales de la educación. *Revista Científica de la UCSA*. 2022 Diciembre; 9(3).
14. Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Pino D, Tapia E, Vinueza M. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Scielo Preprints*. 2020 Junio; 20.
15. Vásquez B, Neto D, Franco S, Quijije V. Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos del Hospital IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2023 Enero; 4(1).
16. Osório F, Waldo A, Silveira I, Crippa J, Cecílio J, Pereira K, et al. Monitoring the Mental Health and Professional Overload of Health Workers in Brazil: A Longitudinal Study Considering the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2022 Abril; 8(13).

17. Paulés I, Montoro M, Fuego R. Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en un hospital universitario de España. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2023 Octubre; 49(7).
18. Quiroz K, Anzules J. Agotamiento emocional y factores ocupacionales en enfermeras ecuatorianas durante la pandemia de covid-19: una revisión sistemática. Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud. 2023; 8(3).
19. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>.
20. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2022. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierte-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>.
21. Yupari I, Díaz J, Azabache K, Bardales L. Modelo logístico de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud. Enfermería Global. 2022 Noviembre; 21(68).
22. Vinueza V, Aldaz P, Mera S, Tapia V, Vinueza V. Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. Correo Científico Médico de Holguín. 2021; 25(2).
23. Talaee N, Varahram M, Jamaati H, Salimi A, Attarchi M, M. K, et al. Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. Journal of Public Health. 2020 Junio; 30.
24. Brady K, Ni P, Sheldrik C, Trockel M, Shanafelt T, Rowe S, et al. Descripción de los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal asociados con las puntuaciones de las subescalas del Inventario de Burnout de Maslach en médicos estadounidenses: un análisis de la teoría de respuesta al. Revista de resultados informados por los pacientes. 2020 Junio; 4(42).

25. Zamora R, Badano S, Aufiero M, Martínez P, Marconi A. Burnout en trabajadores de la salud. Una comparación entre médicos, enfermeras, cargos administrativos y técnicos. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 2022; 12(1).
26. Gago F, Mendoza M, Moreno E, Arbinaga F, Segura A. Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Mental Health in Nurses from Huelva: A Cross-Cutting Study during the SARS-CoV-2 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Julio; 18(15).
27. Ancco R, Calderón D, Quispe G, Pacompia J, Quispe J. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el sector salud del Perú. *Vive Revista de Salud*. 2023 mayo; 6(17).
28. Alharbi J, Pont S, Tee S, Maxwell S. The role of human resource management and governance in addressing bullying, burnout and the depersonalization of junior and senior psychiatric nurses in Saudi Arabia. *Int J Ment Health Nurs*. 2023 Agosto; 32(4).
29. Serna D, Martínez L. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Universidad Pontificia Bolivariana*. 2020; 24(1).
30. Vera O. Síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios como consecuencia del Covid-19. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2024 marzo; 8(15).
31. Spinelli L. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en un escenario pandémico Covid-19: análisis de un hospital universitario. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Del Conocimiento*. 2021 agosto; 6(27-44).
32. Castro H, Prieto M, Muñoz A. Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores

- asociados. Estudio de corte transversal. Medicina (Buenos Aires). 2022 septiembre; 82(4).
33. Parrales N, Chilán C, Macias G. Síndrome de burnout, problema latente en trabajadores de la salud. MQRInvestigar. 2024 febrero; 8(1).
34. Aguagüiña S, Villarroel J. Síndrome de Burnout en personal de salud de atención primaria en el Centro de Salud Tipo C Quero. Dialnet. 2020 noviembre; 6(4).
35. Ávila G, Ramírez A, Mesa I, Serrano K. Síndrome de burnout en los profesionales de salud: revisión sistemática. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación. 2021 julio; 5(40).
36. Naranjo M, Álvarez M, Montenegro G. Análisis del síndrome de burnout para mejorar el rendimiento laboral en los trabajadores del área de la salud en el hospital básico Miguel León Bermeo de Chunchi. Dominio De Las Ciencias. 2023 septiembre; 9(4).
37. Torres L, Taboada R. Enfrentado el Burnout en Enfermería, Mejorando la Calidad del Cuidado. Modelo de Intervención para Aliviar Desgaste en Hospital de Tarapoto. Ciencia Latina Internacional. 2023 Diciembre; 7(6).
38. Quiroz E, Muñoz J, Salazar A, Ocampo F, Vanegas N. Engagement y burnout en profesionales de la salud colombianos. Salud(i)Ciencia. 2020 octubre; 24(4).
39. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [Online].; 2022 [cited 2024 junio. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
40. Mayo Clinic Health Letter. Trastorno de despersonalización-desrealización. [Online].; 2024 [cited 2024 junio. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depersonalization-derealization-disorder/symptoms-causes/syc-20352911>.

41. Rea J, Morillo J, Flores D. El burnout en los profesionales de la salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Central Loja durante la pandemia: factores sociodemográficos y laborales. Revista de Investigación Talentos. 2023 junio; 10(1).
42. Luengo , Paravic , Burgos. Influencia de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad del cuidado de profesionales de enfermería. Index de Enfermería. 2022 Abril; 30(2).
43. Ramírez M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2020 Junio; 9(1).
44. Ruiz , Tamariz , Méndez , Torres , Duran. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. Sanus. 2020;(14).
45. Martínez , Segura. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2019 Mayo; 41(3).
46. Baidal M, Reyes C. Cuidados de enfermería en la atención de niños menores de 4 años con gastroenteritis aguda en la sala de emergencia del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde en la Ciudad de Guayaquil. Periodo Noviembre 2014 - Febrero 2015. 2015. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
47. Beltrán , Velasco. Calidad del cuidado enfermero en personas con discapacidad en el contexto de America Latina. Enfermería Investiga. 2021; 6(5).
48. Pérez , Báez , Flores , Nava , Morales , Zenteno. El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. Sanus. 2021 Agosto; 5(16).

49. Miranda , Rodríguez , Cajachagua. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería universitaria. 2020 Abril; 16(4).
50. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Ene. 2020 Noviembre; 14(1).
51. Araújo E, Tércio T, Alves I, Assis C, Rêgo A, Paiva R. Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. Enfermería Global. 2022 noviembre; 21(68).
52. Peñuela L, Parra N, Benjumea J. Aproximación al Autocuidado: Un estudio desde la cartografía conceptual. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023 julio; 7(3).
53. Neighbors' Consejo. Autocuidarse: Una forma de cuidar el cuerpo y la mente que vela por el bienestar integral. [Online].; 2023 [cited 2024 junio. Available from: <https://neighborsc.org/una-forma-de-cuidar-el-cuerpo-y-la-mente/?lang=es>.
54. Yang , Millman , David , Cazador. La prevalencia del trastorno de despersonalización-desrealización: una revisión sistemática. J Disociación traumática. 2023 Febrero; 24(1).
55. Oleichik , Moreva , Baranov. Depresión despersonalizada en pacientes jóvenes. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2023 Junio; 123(2).
56. Levin , Gornish , Quigley. Mindfulness y despersonalización: una relación matizada. Mindfulness (N Y). 2022 Abril; 13(6).
57. Wang , Zheng , Zhang , Ma , Feng , Mingkang , et al. El tratamiento del trastorno de despersonalización-desrealización: una revisión sistemática. J Disociación traumática. 2023 Febrero; 25(1).

58. Watson. Encarnando la (Des)encarnación: Narrando el Trastorno de Despersonalización-Desrealización. *Qual Health Res.* 2022 Octubre; 32(12).
59. Woźniak , McEllin , Hohwy , Cianica. La despersonalización afecta a la autopriorización de la información corporal, pero no abstracta relacionada con uno mismo. *J Exp Psychol Hum Percept Realizar.* 2023 Noviembre; 49(11).
60. Yini , Coltisor , Jacobson , Roberts. Estudio de caso: Despersonalización y discapacidad vestibular. *J Am Acad Audiol.* 2021 Mayo; 32(5).
61. Murphy. Trastorno de despersonalización/desrealización y correlatos neuronales de la patología relacionada con el trauma: una revisión crítica. *Innov Clin Neurosci.* 2023 Marzo; 20(1).
62. Saini , Ponzo , Silvestrin , Fotopoulou , David. Trastorno de despersonalización como regulación sistemática a la baja de las señales interoceptivas. *Sci Rep.* 2022 Diciembre; 12(1).
63. Krylov , Demeneva , Retyunsky. La fenomenología de la despersonalización en los trastornos depresivos. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2020 Marzo; 120(12).
64. Barreda , Hartmann. Experiencias de despersonalización/desrealización entre usuarios de aplicaciones de realidad virtual: una encuesta transversal. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2023 Enero; 26(1).
65. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. ; 2008.
66. Ley de ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. Ley de ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. ; 2009.

67. Caminotti M, Toppi H. Metodología de la investigación social: Caja de herramientas Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba; 2020.
68. Guerrero G, Guerrero C. Metodología de la investigación Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
69. Hernández , Mendoza. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.
70. Mar , Barbosa , Molar. Metodología de la Investigación. Métodos y técnicas Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
71. Pereyra L. Metodología de la Investigación: Klik; 2022.
72. Zacarías H. Metodología de la Investigación Científica: Amazon Digital Services LLC - Kdp; 2020.

Anexos

Anexo 1. Autorización de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



CARRERAS:
Medicina
a
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética Terapia
Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu
.ec Apartado
09-01-4671
Guayaquil-
Ecuador

Guayaquil, 14 de febrero del 2024

Sr/Srta.:

Álvarez Espinoza Dayana
Caguana Rocha Maria
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: **"Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024"**, ha sido aprobado por Dirección y Comisión Académica de la Carrera, y su tutor asignado es: Lcda. Sylvia Hidalgo Jurado.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

Autorización de la institución



Oficio N. HGGNGC-SDI-20240829-1

Guayaquil, 29 de Agosto del 2024

CERTIFICADO

La subdirección de Docencia e Investigación del Hospital General del norte de Guayaquil Los Ceibos. **CERTIFICA** que se ha revisado y aprobado su proyecto final de titulación realizado por los estudiantes, **ALVAREZ ESPINOZA DAYANA, CAGUANA ROCHA MARÍA, INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL** con el tema: "Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024".

Particular que se certificó para fines pertinentes.

Atentamente,

Dr. Moisés Castro Carrasco
Subdirector de Docencia
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos

Formulario de encuesta /matriz de recolección de datos

Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024

INSTRUCCIONES:

- Seleccionar una respuesta por pregunta de acuerdo con su realidad
- Responder todas las interrogantes

* Indica que la pregunta es obligatoria

DIMENSIÓN: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Edad ***

2. **Sexo ***

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

3. **Estado civil ***

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Unión libre
- Viudo/a

4. **Horas de turno de trabajo ***

Marca solo un óvalo.

- 6 horas
- 8 horas
- 12 horas
- 24 horas

5. **Antigüedad laboral ***

6. **Función ***

Marca solo un óvalo.

- Enfermero/a
- Interno Rotativo
- Médico
- Obstetriz
- Especialista
- Auxiliar de enfermería

DIMENSIÓN: DESPERSONALIZACIÓN

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia de estas situaciones.

0 (Nunca); 1 (Pocas veces al año); 2 (Una vez al mes); 3 (Unas pocas veces al mes); 4 (Una vez a la semana); 5 (Pocas veces a la semana); 6 (Todos los días).

7. **Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales** *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Nun Todos los días

8. **Siento que me he hecho más insensible con la gente ***

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Nun Todos los días

9. **Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente ***

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6
Nun Todos los días

10. **Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes ***

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6
Nun Todos los días

11. **Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas ***

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6
Nun Todos los días

DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO

12. **Tiene problemas para afrontar situaciones difíciles personales/laborales ***

Marca solo un óvalo.

Si
 No

13. **Tiene un pariente cercano con algún trastorno psicosocial o intelectual ***

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

14. **Ha sufrido de manera inesperada la muerte de un familiar ***

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

15. **Ha tenido un trauma grave durante la infancia o adultez como abuso o accidente personal/laboral ***

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

16. **Está expuesto frecuentemente a estrés personal/laboral ***

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

17. **Tiene episodios de tristeza o ataques de pánico extendidos ***

Marca solo un óvalo.

Si

No

18. **Tiene tendencia a consumo de drogas o fármacos ansiolíticos/antidepresivos ***

Marca solo un óvalo.

Si

No

DIMENSIÓN: COMPLICACIONES

19. **Tiene dificultad para concentrarse en tareas sencillas ***

Marca solo un óvalo.

Si

No

20. **Sufre pérdida de memoria de corto o largo plazo ***

Marca solo un óvalo.

Si

No

21.

*

Tiene problemas en la relación con su familia y/o compañeros de trabajo

Marca solo un óvalo.

Sí

No

22.

*

Tiene ansiedad/depresión

Marca solo un óvalo.

Sí

No

23.

*

Tiene una sensación de desesperanza

Marca solo un óvalo.

Sí

No



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli**, con C.C: # **0941292120** autora del trabajo de titulación: **“Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024”** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de septiembre de 2024



Firmado electrónicamente por:
**DAYANA NAYELI
ALVAREZ ESPINOZA**

f.

Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli

C.C: 0941292120



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Caguana Rocha, María Rosa**, con C.C: # **0930203104** autora del trabajo de titulación: **“Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024”** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de septiembre de 2024



firmado electrónicamente por:
MARIA ROSA CAGUANA
ROCHA

f. _____

Caguana Rocha, María Rosa

C.C: 0930203104



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024		
AUTOR(ES)	Alvarez Espinoza, Dayana Nayeli y Caguana Rocha, María Rosa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Hidalgo Jurado, Sylvia Azucena		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciadas en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de septiembre del 2024	No. DE PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Publica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Despersonalización, emociones, estrés, personal de salud sensibilidad, trastornos.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Introducción: La despersonalización es una consecuencia de una exposición prolongada a estrés, donde se evidencian anomalías en el comportamiento y conducta del personal de salud, entre los cuales está la pérdida de sensibilidad hacia uno mismo y otros. Objetivo: Determinar la recurrencia de despersonalización en trabajadores de la salud, en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024.</p> <p>Metodología: Cuantitativa, descriptiva, observacional, transversal y prospectivo; la muestra fue de 51 trabajadores de la salud. Resultados: Un 81% de los profesionales de enfermería son mujeres, y la mayoría son jóvenes, con un 39% en el rango de 20 a 29 años y un 32% entre 30 y 39 años. 32% tuvieron un nivel alto de despersonalización; 77% de los encuestados está frecuentemente expuesto a estrés personal y laboral, y un 68% ha sufrido la muerte inesperada de un familiar. Además, un 45% reporta tener ansiedad o depresión, y un 39% sufre de pérdida de memoria. Conclusiones: Este estudio ha identificado que los profesionales de enfermería jóvenes y predominantemente mujeres en un hospital de Guayaquil son los más afectados por la despersonalización, debido a factores de riesgo como la alta exposición al estrés y experiencias traumáticas.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-998488375 +593-990734805	E-mail: nayely272009@hotmail.com mariarosacaguana16@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena, Mgs. Teléfono: +593-93142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			