PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE PEDIATRÍA

"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA / NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO, EN PERIODO 2021"

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO PEDIATRA

AUTORA:
SAMIA ANDREA ANBOUSI CALDERÓN

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JORGE HERNÁN CHALCO NAVAS

DIRECTOR METODOLÓGICO:
DR. PABLO FRANCISCO ENDARA DÁVILA

QUITO – ECUADOR, 2021

AGRADECIMIENTO

A Dios, primero, por la vida, y por todo cuanto he recibido por Él, ahora por brindarme la oportunidad y la capacidad de llevar a cabo esta tesis; y culminar mi carrera.

Al Hospital San Francisco, por admitirme como médico posgradista y ser morada de la presente investigación.

A todas las personas que colaboraron en este estudio: médicos, enfermeras, auxiliares, amigos y compañeros.

A mis tutores de tesis: Dr. Pablo Endara y Dr. Jorge Chalco, por la guía y por brindarme la oportunidad de crecer académicamente.

Finalmente al Dr. Jonathan Lozada, de igual manera por la guía y el apoyo incondicional durante toda la fase de culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, por la vida y la familia.

A mi familia:

A mis padres quienes me han dado todo lo que ha sido necesario para ahora ser el adulto que soy.

A mis hermanos, mis mejores amigos, por quienes todo ha sido posible y por el apoyo incondicional siempre.

ÍNDICE DE TEMAS

AGRADECIMIENTO....2
DEDICATORIA....3
ÍNDICE DE TEMAS....4
ÍNDICE DE TABLAS....7
GLOSARIO DE ABREVIATURAS....8
RESUMEN....9
ABSTRACT....11
CAPÍTULO 1....13
1.1. INTRODUCCIÓN....13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA....14
1.2.1. Pregunta....17
1.2. JUSTIFICACIÓN....17
CAPÍTULO 2....21
2.1. OBJETIVO GENERAL....21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS....21
2.3. HIPÓTESIS....21
CAPÍTULO 3....22
3.1. MARCO TEÓRICO....22
3.2. MARCO HISTÓRICO....22
3.3. MARCO REFERENCIAL....24
3.3.1. EFECTO DE LA PANDEMIA EN EL BURNOUT....27
3.3.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS....29
3.3.3. ETIOLOGÍA....31
3.3.4. ¿CÓMO SE DETECTA?....32
3.3.5. EVALUACIÓN DEL BURNOUT....34
3.3.6. TEST ESTANDARIZADO....35
3.3.7. A QUIENES AFECTA EL SÍNDROME DE BURNOUT....35
3.3.8. FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT....36
3.3.9. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT....40
3.3.10. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT....42
3.3.11. ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR EL BURNOUT?....44
3.3.12. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MEDIACIÓN FRENTE AL BURNOUT....47
3.4. MARCO CONCEPTUAL....51

3.4.1. SÍNDROME DE BURNOUT 51
3.4.2. POSGRADO 52
3.4.3. ESPECIALIDAD 52
3.4.4. SUBESPECIALIDAD 52
3.4.5. ENFERMERÍA 53
3.4.6. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 53
3.4.7. PEDIATRÍA 54
3.4.8. NEONATOLOGÍA 54
3.4.9. CARGA LABORAL 55
CAPÍTULO 4 56
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO 56
4.1.1. TIPO DE ESTUDIO 56
4.1.2. UNIVERSO Y MUESTRA 56
4.1.3. POBLACIÓN Y MUESTRA 57
4.1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 57
4.1.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 58
4.1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 58
4.1.7. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 59
4.1.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 64
CAPÍTULO 5 65
5.1. ASPECTOS BIOÉTICOS 65
5.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES 65
5.3. RIESGOS 65
5.4. BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES 66
5.5. APORTES A LA SOCIEDAD 66
5.6. DERECHOS Y OPCIONES DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO 66
5.7. SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS 66
5.8. CONSENTIMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO/SITIO DE LA INVESTIGACIÓN 67
5.9. CONSENTIMIENTO INFORMADO 67
5.10. CRONOGRAMA 67
CAPÍTULO 6 68
6.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO 68
6.1.1 Análisis Descriptivo 68
6.2. FACTORES ASOCIADOS A PUNTAJES SUPERIORES AL PERCENTIL 70 DEL SCORE DE MASLACH PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT 73

6.2.1. Asociación entre variables sociodemográficas y puntajes superiores al p70 de SB. 73

6.2.2. Asociación entre score superior a p70 y variables laborales 74

6.2.3. Análisis Multivariado controlado por confusores 76

CAPÍTULO 7 77

7.1. DISCUSIÓN 77

CAPÍTULO 8 89

8.1. CONCLUSIONES 89

8.2. RECOMENDACIONES 89

CAPÍTULO 9 92

9.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

CAPÍTULO 10 97

10.1. ANEXOS 97

10.1.1. ANEXO 1: ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 97

10.1.2. ANEXO 2: MASLACH BURNOUT INVENTARY HUMAN SERVICE SURVEY 97

10.1.3. ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO 99

"Prevalencia y factores asociados del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el área de Pediatría / Neonatología del Hospital General San Francisco, en periodo 2021". 99

Consentimiento Informado 99

10.1.4. ANEXO 4: APROBACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN POR PARTE DE LA PUCE 100

10.1.5. ANEXO 5: APROBACIÓN DE LA JEFATURA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA POR PARTE DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO 101

ÍNDICE DE TABLAS

1. **Tabla N° 1: Variables y Conceptos Sociodemográficos**……58
2. **Tabla N° 2: Resumen de los Ítems del MBI – HSS**……61
3. **Tabla N° 3: Escala de Likert**……63
4. **Tabla N° 4: Puntuación total para valoración del Síndrome de Burnout**……63
5. **Tabla N° 5: Cronograma**……67
6. **Tabla N° 6: Datos Generales del Personal de Salud (Variable: Sociodemográfica)** ……68
7. **Tabla N° 7: Datos Generales del Personal de Salud (Variables: Laborales)**……69
8. **Tabla N° 8: Categorías por Puntajes de las esferas que componen el Síndrome de Burnout**……72
9. **Tabla N° 9: Resultados de las Categorías por Promedios de las esferas que componen el Síndrome de Burnout**……72
10. **Tabla N° 10: Análisis univariado del SB y aspectos sociodemográficos**……74
11. **Tabla N° 11: Análisis univariado del SB y aspectos laborales**……75
12. **Tabla N° 12: Análisis Multivariado de factores asociados a puntajes superiores al p 70 de la escala del Síndrome de Burnout**……76
13. **Tabla N° 13: Encuesta Sociodemográfica**……97
14. **Tabla N° 14: Maslach Burnout Inventory Human Service Survey**……98

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AE: Agotamiento Emocional
BM: Burnout Measure
CBB: Cuestionario breve de Burnout
CDPM: Cuestionario de Desgaste Profesional Médico
D: Despersonalización
DE: Desviación estándar
EPB: Efectos psíquicos del burnout
FRP: Falta de Realización Personal
GNBI: The Gillespie-Numerof Burnout Inventory
IC: Intervalo de confianza
INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
LOSEP: Ley Orgánica del Servidor Público
MBI: Maslach Burnout Inventory
MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (Cuestionario de Servicios Humanos del Inventario de Agotamiento de Maslach)
MBI-ES: Burnout Inventory para profesionales de la educación
MSP: Ministerio de Salud Pública
n= Número
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OLBI: The Oldenburg Burnout Inventory
OMS: Organización Mundial de la Salud
OR: odds ratio
p: p-valor
PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador
RP: Realización Personal
RRHH: Recursos Humanos
SB: Síndrome de Burnout
SBS-HP: The staff burnout scale for Health professional
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TS: Tedium Scale

RESUMEN

El presente estudio se realiza en el Hospital General San Francisco y cuenta con la participación del personal de salud en atención directa de las áreas de Pediatría / Neonatología que se encuentran laborando en el período 2021.

Objetivo: el propósito del estudio es evaluar la asociación entre factores laborales y sociodemográficos con el Síndrome de Burnout.

Metodología de investigación: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, y transversal. La población está conformada por el personal de salud de las áreas de Pediatría y Neonatología, guiada por los criterios de inclusión y exclusión, con un total de 135 personas. Para la recolección de datos, se aplicará un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales y la escala de "Maslach Burnout Inventory Human Services", validado para decretar la presencia o ausencia de Síndrome de Burnout al personal de salud de las áreas estudiadas tras su consentimiento. La base de datos y el análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico de SPSS versión 25 para su procesamiento, en el cual se hallará el análisis de la distribución de frecuencia y porcentaje de las variables; posterior se usará la prueba paramétrica de Chi cuadrado para evaluar si existe o no relación entre el Burnout y las variables categóricas consideradas; con razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$).

Resultados: La prevalencia encontrada del Síndrome de Burnout en este estudio fue del 3.6% (IC 95%: 0.9 – 8.96), y se encontró una tendencia a padecer el Síndrome del 90.09% (IC 95%: 82.83 – 94.49). El 54.05% (IC 95%: 44.3 – 63.6), de los participantes presentaron afectación en la esfera de Falta de Realización Personal al obtenerse niveles bajos en esta subescala.

Conclusiones: La prevalencia descrita en este estudio, según el concepto desarrollado por Maslach, en el personal de salud de las áreas de Pediatría y Neonatología del Hospital General San Francisco resultó alta con un 93.7%, con una implicación de más del 50% en la Dimensión de Falta de Realización Personal. Se realizó además un segundo análisis en base a los

altos puntajes de la escala de Maslach del Burnout tomando como corte puntuaciones sobre el percentil 70 y se encontró que existe asociación estadística entre las puntuaciones sobre este percentil únicamente con la variable de "Carga Horaria" de manera independiente, la misma que aumenta progresivamente según la cantidad de horas laboradas a la semana.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, desgaste profesional médico, atención hospitalaria, personal de salud, prevención del Síndrome de Burnout, Burnout en Ecuador, estrés médico, salud física y mental del médico.

ABSTRACT

The present study is carried out at the San Francisco General Hospital and has the participation of health personnel in direct care of the Pediatric / Neonatology areas that are working in the period 2021.

Objectives: The purpose of the study is to evaluate the association between occupational and sociodemographic factors with Burnout Syndrome.

Research Methodology: An observational, descriptive, and cross-sectional study will be carried out. The population is made up of health personnel from the areas of Pediatrics and Neonatology, guided by the inclusion and exclusion criteria, with a total of 135 people. For data collection, a questionnaire of sociodemographic and labor aspects and the "Maslach Burnout Inventory Human Services" scale will be applied, validated to decree the presence or absence of Burnout Syndrome to the health personnel of the areas studied after their consent. The database and the statistical analysis will be carried out using the SPSS version 25 statistical program for its processing, in which the analysis of the frequency distribution and percentage of the variables will be found; Subsequently, the Chi square parametric test will be used to evaluate whether or not there is a relationship between Burnout and the categorical variables considered; with odds ratio (OR) with 95% confidence ($p \leq 0.05$).

Results: The prevalence of Burnout Syndrome found in this study was 3.6% (95% CI: 0.9 – 8.96), and a tendency to suffer from the Syndrome was found in 90.09% (95% CI: 82.83 – 94.49). 54.05% (95% CI: 44.3 – 63.6), of the participants, presented affectation in the area of Lack of Personal Accomplishment when obtaining low levels in this subscale.

Conclusions: The prevalence described in this study, according to the concept developed by Maslach, in the health personnel of the Pediatrics and Neonatology areas of the San Francisco General Hospital was high with 93.7%, with an implication of more than 50% in the Dimension of Lack of Personal Fulfillment. A second analysis was also carried out based on the high scores on the Maslach Burnout scale, taking scores above the 70th percentile as a cut-off, and it was

found that there is a statistical association between the scores above this percentile only with the "Hour Load" variable of independently, which increases progressively according to the number of hours worked per week.

Key words: Burnout Syndrome, medical professional burnout, hospital care, health personnel, prevention of Burnout Syndrome, Burnout in Ecuador, medical stress, physical and mental health of the doctor.

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

El término Síndrome de Burnout (SB), hace mención al desgaste o deterioro profesional progresivo de pérdida paulatina, y considerable de la responsabilidad de una persona en la realización de alguna tarea (Rodríguez, 2011).

Este término fue aplicado por *Herbert Freudenberger*, un psicólogo clínico, en 1970, en un grupo de voluntarios quienes demostraron escaso interés y desmotivación hacia la labor que realizaban. Posteriormente, *Christina Maslach* socializa el término "Síndrome de Burnout" en 1977 en un congreso de la Asociación Americana de Psicólogos (Rodríguez, 2011).

Andueza en el 2015 lo atribuye como un tipo de estrés dado por el trabajo, en que el trabajador se encuentra en "relación directa con usuarios y/o pacientes, particularmente, profesionales que brindan servicio en atención directa como: maestros, policías, enfermeras, médicos, etc". (Andueza, 2015)

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada, el Síndrome de Burnout se define como una condición psicológica que se manifiesta posterior a un lapso prologado de tiempo con exposición a factores de riesgo, sean estos sociales o laborales, caracterizándose por un estado de desgaste mental, emocional, físico y cognitivo físico, emocional, cognitivo hacia los usuarios; y bajos logros personales o tendencia a evaluar de manera negativa el propio trabajo. (Rodríguez, 2011).

Se señala que este síndrome afecta tanto al bienestar mental cuanto a la moral de la persona implicada, consecuentemente afectando a la calidad del cuidado y tratamiento que provee a los pacientes atendidos, teniendo una implicación importante en las funciones

administrativas, lo que hace a este síndrome un problema de salud mental con necesidad de prevenirlo y/o tratarlo. (Rodríguez, 2011).

Maslach impulsó un formulario tomando los resultados de los participantes que se encontraron ante variadas situaciones en su vida, sea esta, laboral o cotidiana, valorando 3 dimensiones básicas del síndrome estudiado, por tanto obtuvo como resultados: la Falta De Realización Personal (FRP) la Despersonalización (D) o Inhumanización y el Agotamiento Emocional (AE); es decir, tratándose como un conglomerado tridimensional de conductas (al encontrarse con situaciones como la disminución del rendimiento intelectual y físico, la evasión de la responsabilidad, conductas pasivo-agresivas con los usuarios de la prestación profesional y una notable pérdida de la motivación), que abarcan características tanto internas (valores sociales, individuales y atributos de la personalidad) cuanto externas (laborales, grupales integrativas y organizacionales). (Martínez, 2010)

En el Ecuador existen algunas investigaciones en las que la prevalencia es el principal estudio, y sus variables categóricas entre las que se toman en cuentan los factores sociodemográficos y laborales, realizados en varios hospitales tanto de la capital como hospitales provinciales, que con frecuencia se asocian a unidades críticas como la Unidad de Cuidado Intensivo y Emergencia, mismos que se encuentran en relación directa con pacientes y sus familiares, en las que se ha determinado que existe un grupo importante de promotores de la salud que padecen de agotamiento.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, OMS, reconoce el acceso a la salud como "un derecho universal y fundamental de todo ser humano, el cual debe ofrecer una atención integral con calidad y calidez y que abarque a todos los grupos etarios". Define como salud, a "una

condición global de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", y lo describe, por lo tanto, como un "esencial elemento en la salud de las personas". (Organización Mundial de la Salud, Plan de Acción de la salud mental 2020)

El personal laboral activo constituye alrededor de tres mil millones de individuos que son los cooperadores mayúsculos del Desarrollo social y económico del mundo. De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, el estado laboral en el que se desarrolla la mayoría de trabajadores, "no satisfacen los estándares decretados por estos organismos en áreas de implicación como la seguridad, la protección social, la salud ocupacional, entre otras, lo que ocasiona que exista aproximadamente 2 millones de muertes por año relacionadas al trabajo, 271 millones den incidentes laborales, 160 millones de afecciones ocupacionales"; no obstante, la salud de los trabajadores no está condicionada solamente al ambiente laboral, sino además a componentes individuales, sociales y al acceso a los servicios de salud. (Organización Mundial de la Salud; Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, 2007).

Las condiciones de trabajo han generado importantes riesgos a la pérdida de la salud y han propiciado incidentes y padecimientos de cualquier tipo a través de todos los tiempos. La preocupación por este constante peligro se ha enfocado primordialmente en las inseguridades ambientales y riesgos físicos. Actualmente se ha instaurado una notable atención que abarca ya los riesgos psicosociales, definidos por dañar la salud en las personas que laboran de manera importante, aunque en cada individuo los efectos puedan presentarse de diversas maneras, sin embargo; acarrean una alta probabilidad de alterar la salud mental, física o social del empleado. Las repercusiones de estos riesgos presentan altas posibilidades no solo de aparecer sino de ser graves. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010)

El riesgo psicosocial más conocido es el Estrés Laboral, siendo uno de los ocasionantes primordiales para el daño de la salud del gremio laboral y por tanto del correcto funcionamiento del trabajo. (Organización Internacional del Trabajo, 2016). Por esta razón, la OMS lo catalogó como una “epidemia debido a ser el único riesgo laboral con capacidad de alterar al 100% de la colectividad”.

En nuestro país podemos encontrar diferentes tesis que han centrado sus estudios en el estrés laboral o Síndrome del Quemado, con prevalencias de varios programas que alcanzan hasta un 85%, pero la mayoría de estos han dirigido su atención a grupos específicos de área administrativas, educativas y en salud en áreas de cuidado intensivo, sin intervención en el ámbito pediátrico específico, constituyendo un problema que concierne tanto a las entidades de educación superior como a las áreas administrativas. (Gonzáles & Luzuriaga, 2013)

El grupo profesional que brinda servicios en las áreas de Pediatría / Neonatología enfrentan también situaciones relacionadas con estrés, como turnos de sobrepasan las 24 horas de trabajo, las mismas que pueden ser en áreas críticas, carga horaria que impide descansos apropiados, actividades docentes, escasez de personal, responsabilidad hasta completar el trabajo correspondiente a cada jornada de trabajo, impedimentos a la autonomía, relación con familiares y pacientes jóvenes con enfermedades graves y/o de riesgo vital, ausencia de recursos materiales o medicamentos adecuados, estrés académico, situación económica compleja, cargas familiares, en algunas ocasiones vivir alejado de la familia, entre otras. Estas condiciones pueden mediar como factores de riesgo para desarrollar un SB

Podemos añadir, además, que existe una situación social que se ha presentado como nuevo factor de riesgo, siendo ésta, la pandemia actual de COVID – 19, la cual ha ocasionado desequilibrio socio-económico, impactando la población en general, y vulnerabilizando además

al sistema de trabajo sanitario, ya que el mismo se ha ido desabastecido al punto de llegar al límite de su capacidad. *Juárez* refiere que "esta pandemia ha implicado un extraordinario reto mundial para la economía y la salud, con mayor aplicación para la salud mental ocasionado por la grave situación actual". (Valencia, Correa & Pazmiño, 2021) (Juárez, 2020)

Desde las primeras etapas, por tanto; el personal de salud se ha visto vulnerable por las emergencias sanitarias, la falta de recursos insumos, falta de espacio físico, carencia de medicación, exposición a la dolencia humana, horarios laborales sobre-extendidos, insumos limitados, cansancio, estrés, miedo al contagio, agotamiento mental y físico, desesperanza, abatimiento, generando sentimientos de incapacidad, frustración e impotencia, desde el origen de la pandemia. (Velázquez, 2020)

1.2.1. Pregunta

¿Existe prevalencia y factores asociados del Síndrome de Burnout en el personal de salud en el área de Pediatría/Neonatología del Hospital General San Francisco, en el período transcurrido en el 2021?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los promotores de la salud (personal médico, gremio de enfermería y el grupo auxiliar), integran un gremio que se halla en contacto constante con individuos con complicaciones de salud o desencadenantes de padecimiento. En ocasiones sus responsabilidades laborales con altas demandas generan agotamiento mental y físico, lo que ocasiona ineficiencia en el desempeño de sus actividades laborales e ineficacia con sentimientos de impotencia, cumpliendo con horarios laborales extenuantes e irregulares, en áreas físicas con espacios

limitados, dando servicios a colectividades con padecimientos emergentes, enfermedades degenerativas, severas, o con pronósticos desfavorables.

Es un motivo importante de investigación, pues en el estudio realizado por *Mejía y colaboradores*; se encontró que en seis países de Latinoamérica (Colombia, Ecuador, El Salvador, México y Perú) este síndrome afectó hasta al 63% de los trabajadores en general, siendo el Ecuador el segundo país con el 54% con más estrés laboral, además, se presentaron prevalencias que fluctúan entre el 2.5 y cerca del 6%, con predominancia en la especialidad médica de hasta el 12.1%, sucedido por Enfermería con el 7.2%. Las demás profesiones con implicación en promoción de salud como Odontología y demás, presentaron una prevalencia menor al 6%. (Mejía et al, 2009)

Asimismo, en un estudio guiado por *Grau y colaboradores*; se halló una prevalencia elevada del Síndrome del Quemado en el gremio médico que presta servicios en las áreas de Emergencias (17%) y Medicina Interna (15.5%) y prevalencias más bajas como Dermatología (5.3%) y Anestesiología (5%) lo que representa, sin embargo, una alta prevalencia que esta enfermedad, constituyéndose en múltiples problemas asociados. (Grau et al., 2017)

Un estudio realizado en nuestro país por *Ramírez y colaboradores* sobre la prevalencia del Burnout en el profesional de la salud, examinó la relación con sus características personales y organizacionales, en el que se determinó que existe un grupo importante correspondiente al personal sanitario en trabajo activo que experimenta agotamiento. (Ramírez et al., 2018). Este síndrome produce, por tanto; el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

La Unidad Hospitalaria en la que se efectuará la investigación, pese a contar con el área de Salud Ocupacional y con la Unidad de Seguridad conformada por dos médicos ocupacionales, un Técnico de Seguridad, un Ingeniero Ambiental y una Auxiliar de Oficina; no cuenta con control a riesgos psicosociales como una valoración psicológica previa al ingreso a la Institución y /o al finalizar la contratación de trabajo, o una evaluación anual para determinar su existencia. En el año 2018 se realizó una evaluación en esta Unidad de Salud con el fin de diagnosticar el Burnout en los trabajadores, la misma que no se realizó seguimiento y menos aún se han llevado a cabo planes de intervención para mitigar la presentación del síndrome.

Por tanto, surge, el alto interés personal por exponer el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad, y la determinación de los factores asociados, sociodemográficos y laborales, en el personal de salud que labora en el Hospital General San Francisco.

La determinación de este síndrome en los profesionales de salud es de gran importancia ya que genera un importante compromiso del bienestar mental, social y laboral, al desempeñar labores que conllevan a un desgaste y deterioro progresivo, para poder implementar futuras campañas a nivel primero individual y posterior del personal de salud, enfocándose en la actitud durante sus ciclos laborales, el compromiso en la atención al paciente y su familia.

Además, de solicitar apoyo y motivación para el bienestar de los trabajadores, mediante la organización de Recursos Humanos del Hospital, fomentando estrategias psicoterapéuticas eficientes para quienes padecen el síndrome y considerar posibles programas de prevención para aquellas personas que todavía no han presentado este síndrome con el fin de disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

El siguiente trabajo dará como aporte las bases del conocimiento sobre el Síndrome de Burnout, su prevalencia, los factores asociados en el personal de salud, que presta servicio en la atención directa, que labora en las áreas de Pediatría / Neonatología que trabajan en el Hospital General San Francisco y su relación con las variables sociodemográficas y laborales expuestas en esta investigación, sentándose un fundamento emprendedor de futuras estrategias de diagnóstico y prevención para disminuir la prevalencia de esta enfermedad, así como los desencadenantes que conlleva.

CAPÍTULO 2

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Distinguir los factores asociados al Síndrome de Burnout en el profesional sanitario que presta servicios en las áreas de Pediatría / Neonatología que se encuentran en el Hospital General San Francisco.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Registrar los casos de Síndrome de Burnout para determinar la prevalencia en el personal de salud que labora en el área de Pediatría / Neonatología del que se encuentran en el Hospital General San Francisco.
- Comparar factores laborales y características sociodemográficas entre el personal con y sin Síndrome de Burnout, que labora en el área de Pediatría que se encuentran en el Hospital General San Francisco.
- Establecer los factores laborales y características sociodemográficas en el que prevalece en la manifestación del Síndrome de Burnout entre las diferentes profesiones del personal de salud encuestado.

2.3. HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia en los trabajadores de la salud que laboran en una unidad de salud de segundo nivel en áreas Pediátricas o Neonatales que tienen más riesgo de presentar un nivel moderado o alto de Síndrome de Burnout pues existen múltiples factores que pueden evolucionar y desencadenar este síndrome.

CAPÍTULO 3

3.1. MARCO TEÓRICO

Durante varias décadas, múltiples autores han enfocado su interés en el Síndrome de Burnout, dirigiendo sus estudios a acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, factores de riesgo psicosocial, técnicas e incluso programas de prevención, y lo describen como una cuestión cada vez más preocupante que advierte intervención apropiada y oportuna.

Se puede atribuir que este trastorno ha ido en aumento por el estilo de vida apresurado impuesto por la sociedad, tanto por los factores de riesgo psicosocial, así como las patologías causadas por los mismos, aunque no han sido objeto del enfoque que realmente requieren.

3.2. MARCO HISTÓRICO

El término Staff Burnout fue acuñado por primera vez en 1969 por *H. B. Bradley* quien lo detalla como un "fenómeno psicosocial, evidenciando un tipo particular de comportamiento en oficiales encargados de supervisar la libertad condicional, dado por el contacto que mantenían con reclusos". (Bradley, 1969).

En la década de los 70, el Psiquiatra germano-estadounidense, *Herbert Freudenberger* efectuando sus labores como voluntario asistencial en la "Free Clinic de Nueva York para toxicómanos", nota este fenómeno en su grupo de trabajo dado por pérdida paulatina de energía, de motivación y del interés en el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con síntomas de ansiedad y depresión, posterior a permanecer un período de tiempo (no mayor a un año), tornando el trato hacia los pacientes más limitado, agresivo y con tendencia a culparlos de los problemas que padecían. (Rodríguez, 2011).

Según *Leiter* (1991), la labor de estos individuos estuvo determinada por horarios indeterminados y extendidos, escasa remuneración y altos niveles de compromiso social y laboral y situaciones de ámbito tenso. (Rodríguez, 2011)

A fin de describir este modelo de conducta, *Freudenberger* opta por el término "Burnout" que hace referencia a "estar quemado", término que además utilizó para hacer referencias a las alteraciones que experimentaban los usuarios crónicos de sustancias tóxicas y estupefacientes. (Rodríguez, 2011)

Leiter conceptualiza al Burnout desde un enfoque organizacional. Sugiere que "la conducta de las personas que lo experimentan surge de sensaciones de cansancio extremo y sentimientos de frustración, provocados por una sobre demanda laboral y un desequilibrio resultante de la pobre retribución a las exigencias impuestas". (Leiter, 1991)

Posteriormente, la doctora especialista en Psicología estadounidense *Christina Maslach* expuso el término "Burnout" en el año 1977 ante la Asociación Americana de Psicólogos y da a conocer el término, conceptualizando este síndrome como "desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores". (Martínez, 2010)

En 1988, *Pines y Aronson* atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantearon que "cualquier tipo de profesional podía padecerlo, aunque no brinde ayuda o servicio a otras personas" (como los profesionales de la salud). (Borda et al., 2007)

Atence describe la prevalencia de este Síndrome en múltiples profesiones, concluyendo que "el Burnout no es exclusivo de personal del área de la Salud y la Educación, sino de

profesiones destinadas a brindar servicios a usuarios", situación que se justifica por el contacto constante con personas que requieren de un determinado servicio y buscan satisfacer una necesidad y demandan un servicio de atención. (Atence, 2009)

El Burnout entonces se expresaría como el desencadenante final a una serie de estímulos y factores que se expresan constantemente ocasionando efectos de índole personal, pero que implicaciones sociales y organizacionales. (Martínez, 2010)

3.3. MARCO REFERENCIAL

Para describir al Burnout, en general, múltiples autores admiten que es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. Surge como respuesta a niveles excesivos de estrés crónico en la labor que desempeña de manera constante un individuo, a través de un lapso de tiempo extendido, con consecuencias perjudiciales para el trabajador, a nivel individual, como para la colectividad en la que se desenvuelve, a nivel global, y que se expresa en mayor proporción en áreas de trabajo que involucran un trato personalizado y directo con el usuario, independientemente de la profesión que desempeñen, aunque se produzcan con mayor aparición en algunas entidades en comparación con otras. (Schaufeli, 2009)

En una publicación del 2019 se rescata que el Síndrome de Burnout, no se cataloga como una alteración mental, pues no encuentra contenido en el DMS V. No obstante, en este mismo año, la Organización Mundial de la Salud lo incorporó en el CIE 11 como un "síndrome resultante del estrés crónico en el trabajo no manejado exitosamente", Z56.3, y "un fenómeno de interés para la Organización Mundial de la Salud". (Browning, 2019)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce al accedo a la salud como "un derecho universal y fundamental de todo ser humano, el cual debe ofrecer una atención integral con calidad y calidez, y que abarque a todos los grupos etarios". Define como salud, a "un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", y lo describe, de esta manera, como un "componente esencial de la salud de las personas". (OMS, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020).

La salud mental es comprendida como "un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus actividades y trabaja para su comunidad de forma productiva, superando el estrés normal que pueda ocasionar, siendo éste un elemento primordial para el bienestar de las personas". (OMS, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020).

El personal laboral activo constituye alrededor de tres mil millones de individuos que son los cooperadores mayúsculos del Desarrollo social y económico del mundo. De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, el estado laboral en el que se desarrolla la mayoría de trabajadores, "no satisfacen los estándares decretados por estos organismos en áreas de implicación como la seguridad, la protección social, la salud ocupacional, entre otras, lo que ocasiona que exista aproximadamente 2 millones de muertes por año relacionadas al trabajo, 271 millones den incidentes laborales, 160 millones de afecciones ocupacionales"; no obstante, la salud de los trabajadores no está condicionada solamente al ambiente laboral, sino además a componentes individuales, sociales y al acceso a los servicios de salud. (Organización Mundial de la Salud; Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, 2007).

Las condiciones de trabajo han generado importantes riesgos a la pérdida de la salud y han propiciado incidentes y padecimientos de cualquier tipo a través de todos los tiempos. La preocupación por este constante peligro se ha enfocado primordialmente en las inseguridades

ambientales y riesgos físicos. Actualmente se ha instaurado una notable atención que abarca ya los riesgos psicosociales, definidos por dañar la salud en las personas que laboran de manera importante, aunque en cada individuo los efectos puedan presentarse de diversas maneras, sin embargo; acarrean una alta probabilidad de alterar la salud mental, física o social del empleado. Las repercusiones de estos riesgos presentan altas posibilidades no solo de aparecer sino de ser graves. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010)

El riesgo psicosocial más conocido es el Estrés Laboral, siendo uno de los ocasionantes primordiales para el daño de la salud del gremio laboral y por tanto del correcto funcionamiento del trabajo. (Organización Internacional del Trabajo, 2016). Por esta razón, la OMS lo catalogó como una "epidemia debido a ser el único riesgo laboral con capacidad de alterar al 100% de la colectividad".

En México, el Síndrome de Burnout es el causante del 75% de los infartos inscritos anualmente. Esta cifra ubicó a México en el primer lugar de países a nivel mundial con mayor estrés por trabajo. Seguida de China y los Estados Unidos de Norteamérica, con el 73% y 59% respectivamente. Se ha demostrado que existe un descenso del 4 al 6% del Producto Interno Bruto (PIB) estrechamente relacionado con el aumento de enfermedades laborales. El presupuesto para cubrir la asistencia sanitaria básica a enfermedades ocupacionales, supone una media de entre 18 y 60 dólares por trabajador. (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004)

En Holanda, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se evalúa pérdidas aproximadamente 1.7 billones de euros por enfermedades relacionadas al estrés; siendo las profesiones que ofertan asistencia sanitaria las que presentan mayores posibilidades de experimentarla. (Saborío e Hidalgo, 2015).

Los efectos que se derivan de una prologada exposición a altos niveles de estrés constante son múltiples, entre ellos se presentan: malos hábitos, alteración del sistema inmunitario, cardiopatías, astenia neurocirculatoria, afectaciones mentales, y uno de los esenciales: el Síndrome del Quemado o Síndrome de Burnout. (Saborío e Hidalgo, 2015).

El dolor de cabeza, los trastornos del sueño, trastornos alimentarios, los problemas de salud, los trastornos neurovegetativos y funcionales, el cansancio, la irritabilidad de las relaciones sociales, la falta de la energía y la inestabilidad emocional, son varios signos asociados al Síndrome de Burnout. (Organización Internacional del Trabajo, 2016)

Podemos añadir, además, que existe una situación social que se ha presentado como nuevo factor de riesgo, siendo éste, la pandemia actual de COVID- 19, la cual ha ocasionado afectación social general y crisis mundial, afectaciones a toda la población en general, siendo el más vulnerable el sistema de trabajo sanitario, ya que el mismo se ha ido desabastecido al punto de llegar al límite de su capacidad. (Valencia, Correa & Pazmiño, 2021). *Juárez* refiere que "esta pandemia se ha convertido en uno de los retos mundiales más grandes para la economía y la salud, pero sobre todo para la salud mental debido a la grave situación actual". (Juárez, 2020)

3.3.1. EFECTO DE LA PANDEMIA EN EL BURNOUT

La Organización Mundial de la Salud, resuelve que la existencia de este nuevo virus, el SARS COV-2, causante la de pandemia del COVID-19, se extenderá por muchos años en la humanidad, por lo cual tendremos que afrontar la nueva realidad en la que no encontramos envueltos y los efectos que dejará la misma, como cuarentenas, confinamientos, restricciones y pérdidas. (OMS, 2020)

Se describen que estas situaciones producen afectación psicológica, altibajos emocionales o conductuales, ocasionados por un agobio familiar, de índole económica, social o de salud. (Balluerka et al., 2020).

Desde las primeras etapas, el personal de salud se ha visto vulnerable por las emergencias sanitarias, la falta de insumos, falta de espacio físico, carencia de medicación, exposición al padecimiento humano, horarios sobre extendidos, requerimientos limitados, agotamiento, miedo al contagio, estrés, depresión, lo que ha generado sensaciones de incapacidad y frustración. (Velázquez, 2020)

Urgilés en el 2020, agrega que el ambiente laboral es un ente influyente en la persona dado por: los riesgos a los que se encuentran expuestos constantemente, la sobrecarga de trabajo y los distintos factores que generarían un ambiente hostil, el cual pone en peligro el equilibrio psíquico y fisiológico del trabajador, atentando contra el rendimiento esperado del profesional (Urgilés, 2020). En la publicación realizada por *Pereza,* agrega que pertenecer a este gremio de trabajo significa tener un "alto nivel de responsabilidad, lo que desencadenaría la probabilidad de incidencias de depresión, desesperanza u otras perturbaciones psicológicas de mayor severidad". (Pereza, 2020)

Por tanto, los efectos resultantes que ocasionen el Covid-19 integran aspectos emocionales, biológicos, psicologías además del componente económico, requiriendo una metodología multidisciplinaria, con componentes que alivien los requerimientos del individuo como: incentivación, estimulación, positivismo, terapia, voluntariedad, o recursos tangibles.

Estas afecciones pueden presentar cualquier clase de funcionario, independiente de su ocupación, grupo etario, género, no obstante, esta situación ha sido reportada con mayor

frecuencia en el gremio profesional de la salud, resultando en niveles sumamente elevados de estrés e influyendo negativamente sobre la salud, su aspecto físico y emocional.

En el Ecuador se garantiza la salud de los trabajadores a través de derechos laborales como enfatiza el Artículo 33, el que se hace alusión a la obligación que tiene el Estado de "garantizar un trabajo justo y un ambiente de trabajo saludable, que no constituya un riesgo para la salud física o mental del individuo", y el Artículo 326 de la Constitución recalca que: "Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar". (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

No obstante, aunque el Ecuador no disponga de un estudio que arroje cifras estadísticas sobre la afectación del Burnout en profesionales, existe una investigación realizada a nivel hispano que reveló prevalencias en nuestro país entre el 2.5 y al 5.9%. (Grau et al., 2009)

3.3.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia del Burnout puede fluctuar extensamente entre países de un mismo continente e inclusive entre ciudades de un mismo territorio nacional. Es así que en un estudio realizado por *Mejía y colaboradores*; se encontró que en seis países de Latinoamérica (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Perú) este síndrome afectó hasta al 63% de los trabajadores en general, posicionando al Ecuador al segundo país con el 54% con más estrés laboral. (Mejía et al., 2009)

Acorde a las características con que opera un sistema de salud nacional, además de programas organizacionales propios de cada establecimiento de salud y del gremio profesional en el que se realice un estudio, la investigación realizada por *Mejía y colaboradores* describió

prevalencias que fluctuaron entre el 2.5 y el 5.9% con predominancia en la especialidad médica de hasta el 12.1%, sucedido por la licenciatura en Enfermería con el 7.2%. Las demás profesiones con implicación en promoción de salud como Odontología, presentaron una prevalencia menor al 6%. (Mejía et al., 2009)

La prevalencia mundial de este síndrome es fluctuante en el grupo que brinda atención ocupacional, varía entre el 17% de prevalencia informada en enfermeras españolas hasta un 71.4% en médicos asistenciales en la misma ciudad. Se agrega que la prevalencia en las diferentes esferas de presentación del Burnout también puede variar; es así que una investigación llevada a cabo en Colombia, determinó que los especialistas médicos presentaron una prevalencia del 51%; 20.6% para la dimensión de Agotamiento Emocional, 7.6% en baja realización personal y 16.8% de Despersonalización. (Aguirre et al., 2015)

Asimismo, en un estudio guiado por *Grau y colaboradores*; se halló una prevalencia elevada del "Síndrome del Quemado" en el gremio médico que presta servicios en las áreas de Emergencias (17%) y Medicina Interna (15.5%) y prevalencias más bajas como Dermatología (5.3%) y Anestesiología (5%) lo que representa, una alta prevalencia que esta enfermedad, constituyéndose en múltiples problemas asociados. (Grau et al., 2017)

En nuestro país existen pocos estudios sobre la prevalencia en Ecuador. Ramírez y colaboradores realizaron una investigación enfocada en el síndrome de Burnout en el personal de salud ecuatoriano, y examinaron la relación con sus características personales y organizacionales, en el que se determinó que existe un número significativo de profesionales de la salud en activo que sufren de agotamiento. (Ramírez et al., 2018)

3.3.3. ETIOLOGÍA

Se sugiere tres teorías que intentan aclarar la etiología del Burnout:

La primera hipótesis determina como noción a un aspecto asociado la personalidad del individuo, que desencadenaría el origen del Burnout. Esta teoría ha sido acogida por aquellos que aceptan la Psiquiatría tradicional, explicada por *Freudenberger*, quien expone que el Burnout se manifiesta en "individuos comprometidos y dedicados con su trabajo, con personalidades perfeccionistas y perspectivas elevadas en comparación con las perspectivas del grupo en el que se desenvuelven". (Martínez, 2010)

La segunda teoría envuelve el panorama existencial, el mismo que se fundamenta en los principios existenciales. *Pines*, principal expositor de esta teoría, afirma que "la sensación de competencia y autoeficacia asignan una significación existencial. Los individuos identifican éxito laboral como un éxito personal". Sin embargo, un individuo con escasa motivación podría experimentar algunos síntomas como el estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará punto de sentirse quemado. (Martínez, 2010)

Y la tercera corriente es la biopsicosocial, corriente explicada principalmente por *Maslach* como postura multidimensional. *Maslach* explica que algunos "factores estresores y mecanismos interaccionan desencadenando al Burnout". Entre estos la autora considera a factores individuales (rasgos de la personalidad), los de interacción (diálogo abierto, obligaciones compartidas) y los organizacionales (políticas del sistema, amparo social, tecnología). (Martínez, 2010)

Existen otros modelos que intentan explicar el desarrollo del SB como la "Teoría del Intercambio Social" que plantea que el sujeto cuando establece relaciones interpersonales pone

en marcha el proceso de comparación social, a partir de la cual puede generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout. Sin embargo; estos modelos intentan explicar de manera multidiversa la etiología del Burnout tomando en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales de manera integral, basándose en los modelos transaccionales. Estos modelos proponen que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto, lo que desencadena en insatisfacción personal. (Martínez, 2010)

3.3.4. ¿CÓMO SE DETECTA?

El Síndrome de Burnout se caracteriza tres dimensiones correlacionadas:

- **Cansancio Emocional:** su condición está dada por descenso paulatino de la energía y del entusiasmo con que se efectúa una tarea y la propia apreciación del desgaste de los recursos emocionales; se expone como agotamiento a las exigencias de labor y la carencia de atracción para la realización del mismo.

Conjuntamente se ha constatado en relación a experiencias emocionales negativas como la aflicción, dado por la ausencia de compensación o retribución a la labor o a una propia satisfacción de que su trabajo realizado no logra amparar a quien solicita atención en la medida necesaria. (Rafferty, 2001)

- **Despersonalización:** se describe como "la atención deshumanizada, indiferente o distante hacia el medio en el que rodea". El término se ha emitido como una deficiente demanda de calidez, comprensión y amabilidad, hacia una persona en

una condición vulnerable, que supone una conducta de rechazo, brindándoles el mismo trato que se les diese a los objetos.

Algunos autores consideran a éste como "el componente principal del Síndrome", pues asignan por esta respuesta defensiva quienes experimentan Burnout con el fin de disimular sus sentimientos de desacierto procedentes de la labor que ejercen. (Rafferty, 2001)

- **Baja Realización Personal:** hace mención a la predisposición a "autoevaluarse de manera negativa, con percepciones propias de incapacidad profesional y fracaso al valorar el cumplimiento de sus expectaciones planificadas a corto y largo plazo". Se detalla una actitud pesimista tanto hacia la actividad que desempeña cuanto hacia sí mismo. El afecto inicial por la ejecución de sus labores se deteriora gradualmente, manifestándose con disforia, improductividad, disminución de la autoestima, depresión y evitación de interrelaciones personales. (Ferrel, 2010)

La despersonalización se hace presente según *Ewers* en la fase inicial del síndrome, asumiendo a los usuarios de los servicios que se ofrecen, como los "culpables" de sus dificultades propias, afectando la calidad de la asistencia y apoyo que se les brinda; posteriormente, la persona que presenta el síndrome presume que su función no es la mejor efectuada y por lo tanto evade cuanto le es posible, las relaciones que puedan ponerle en evidencia, desencadenando su apartamiento. A continuación, haciéndose evidente el acentuado agotamiento emocional debido a la fatiga que conlleva atender y dar solución a las condiciones previo descritas, el individuo resuelve que no existe acción que pueda efectuar exitosamente, y mejorar las circunstancias. A esta última fase a se la considera como un "Burnout avanzado". (Ewers, 2002),

Antagónico al manifiesto anterior, *Leiter* lo describe como un "fenómeno secuencial" en el que vendría iniciado por el Cansancio Emocional derivados del esfuerzo diario, producido por la sobre exigencia de los trabajos, al cual el individuo responde retrayéndose, a través de la Despersonalización; respondiendo con una desmotivada atención hacia el cliente y la carencia de compromiso con el trabajo, lo que a su vez repercutiría en el Agotamiento Emocional, y acarrearía al trabajador a una Falta De Realización Personal, por a la percepción de escasos resultados dando como resultado al síndrome "Burnout". (Leiter, 1991)

De esto podemos destacar que, el Burnout se manifiesta en una relación en proporción directa a la gravedad de los factores de riesgo a los que un trabajador se ha expuesto. La demanda y responsabilidad propia a las tareas realizadas en el puesto de trabajo, así como al lapso de tiempo expuesto, decretan la velocidad y la gravedad de aparición y al progreso evolutivo del Burnout. (Ferrel, 2010)

3.3.5. EVALUACIÓN DEL BURNOUT

Existen varios elementos que facilitan la valoración del Síndrome del Quemado, entre los que encontramos al: The Staff Burnout Scale for Health Professional (o cuestionario SBS-HP de Jones), The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (o cuestionario GNBI), The Tedium Scales (o cuestionario TS de Pines), El BM "Burnout Measure" (Pines & Aronson), The Oldenburg Burnout Inventory (o cuestionario OLBI), entre otros; sin embargo estos cuestionarios no son usados para profesionales de la salud pues no establecen asociaciones con las esferas del síndrome abarcando sus dimensiones de forma completa. (Martínez, 2010)

3.3.6. TEST ESTANDARIZADO

El test estandarizado utilizado con mayor frecuencia es el Maslach Burnout Inventory para el personal sanitario. (Martínez, 2010). En su forma original, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, está divididos en tres escalas y mide tres esferas de este Síndrome:

- El Agotamiento Emocional (AE) (9 Items)
- La Despersonalización (D) (5 Items)
- La Realización Personal (RP) (8 Items)

Se subdividen en tres niveles: alto, medio y bajo.

Además, se lo califica según el nivel de riesgo de presentación:

- Riesgo Bajo,
- Riesgo Moderado
- Riesgo Alto

3.3.7. A QUIENES AFECTA EL SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout, es considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales de todas las profesiones, por ello; es considerado también como síndrome de desgaste profesional, sobre todo de aquellas profesiones que suponen un alto grado de motivación, especialmente las vinculadas a servicios como son la asistencia sanitaria, profesiones asistenciales, trabajadores sociales, animadores socioculturales, policías, asistencia psicológica, la enseñanza y otras formas de servicio a personas con necesidades físicas, emocionales y normativas. (Ferrel, 2010)

Andueza lo atribuye como un tipo de "estrés laboral, desencadenado primordialmente en aquellas profesiones que mantienen un contacto directo con los usuarios", concretamente, ocupaciones que brindan ayuda, tales como: policías, maestros, enfermeras, médicos, etc. y que se encuentran en relación directa con usuarios y/o pacientes (Andueza, 2015).

Grau y colaboradores asocian esta variabilidad según los contextos sociales, culturales, económicos y políticos en los que se hayan desarrollado, pese a que los individuos pertenezcan a una misma profesión. Algunos autores han determinado que la sociedad occidental predispone con mayor frecuencia a experimentar Burnout, debido a la competitividad y materialismo; otros autores consideran que es un problema transnacional y transcultural. (Grau et al., 2009)

3.3.8. FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Schaufeli estableció elementos y situaciones en asociación a su aparición y desarrollo, y las categorizó en: los factores socio-demográficos (edad, género, estado civil, etc.), variables psicológicas, las que hacen mención a los rasgos de la personalidad, y variables laborales (función profesional, antigüedad en el puesto laboral, tipo de horario, entre otras). (Schaufeli, 2009)

Cañadas de la Fuente y colaboradores subrayan otro tipo de variables como son las variables organizacionales importantes, que abarcan (carga laboral, ambiente laboral, recompensa, control, igualdad, valores) debido a que el Burnout focaliza su atención en el grado de comodidad e incomodidad entre el trabajador y su área organizacional. (Cañadas de la Fuente et al., 2015)

De esta manera la clasificación de las variables queda descrita en organizacionales, sociales e individuales tomando en cuenta la vasta clasificación descrita.

a) ORGANIZACIONALES: son descritas por dar lugar a la aparición de condiciones negativas para un trabajador, o a su vez juegan un papel esencial en la interrelación entre el individuo que presta sus servicios y su ocupación laboral. (Hidalgo, 1994).

En este grupo se incluyen:

- **Exceso de trabajo:** están en relación con las demandas propias del trabajo y se consideran por sobre lo permisible y tolerable, por lo general se acompañan de tareas extra añadidas a la labor ya impuesta.
- **Disposición del trabajo:** carencia de una directriz clara del papel que debe cumplir cada individuo, prepotencia por parte de la autoridad inspectora, mala comunicación o exageración en trámites burocráticos para conceder accesos hacia la supervisión.
- **Inadaptación profesional:** carencia de adecuación de la figura profesional a la plaza de trabajo en el que se desarrolla un individuo.
- **Volumen de trabajo:** se describe como la variabilidad de tarea que debe realizar un mismo trabajador, o problemas en el esclarecimiento del procedimiento de ejecución de una tarea o identificación de inconvenientes en su realización. (Hidalgo, 1994).
- **Ambiente físico de trabajo:** existen desencadenantes de estrés agregados que suponen una fuente importante de estrés laboral como el volumen constante de ruido que soporta un individuo en su área de trabajo, además del nivel, su control, periodicidad, etc. de la misma.

- **Jornada de trabajo:** existe un riesgo elevado instituido por la jornada nocturna, dado a los desencadenantes negativos por el descanso insuficiente y el distanciamiento del ambiente familiar.

- **Indeterminación y Contraposición de rol:** hace referencia a la falta de equilibrio y oscilación entre las peticiones demandantes y las expectaciones que se esperan del trabajador a quien se le delega determinadas tareas.

- **Estresores tecnológicos:** el progreso tecnológico puede facilitar o entorpecer el desempeño de un trabajador en relación con otro, y se vincula directamente a su habilidad en el campo tecnológico.

- **Estructura organizacional:** se enlaza a constituciones con estrictos procedimientos definidos, en donde no existe o es muy limitada la probabilidad de negociación.

- **Estresores económicos:** bajo la categoría de “contrato por servicios ocasionales” y mucho más por “prestación de servicios profesionales” incrementa el nerviosismo entre los empleados por temor a renunciar o perder su estabilidad laboral. (Hidalgo, 1994).

- **Estabilidad laboral:** suele producir angustia entre los empleados cuando se imputan recortes del personal, principalmente afecta a los prestadores de servicios de edades avanzadas, los que en ocasiones poseen contratos de prueba o contratos por servicios ocasionales. (Hidalgo, 1994).

b) SOCIALES: se relaciona con el ambiente externo al trabajo, e incorpora la interrelación del sujeto con sus compañeros, aliados, parientes, amigos y demás. (Grau, 2005)

- **Apoyo social:** compromete el apoyo que posee un individuo por parte de sus familiares o cercanos.
- **Comunicación:** este factor desempeña un papel esencial en su presentación y evolución del Síndrome, pues su deterioro aumentara su progreso al Burnout.
- **Conflictos familiares:** integra un elemento potenciador del aturdimiento emocional del empleado.

c) INDIVIDUALES: conciernen a las cualidades propias de cada persona que hace referencia a rasgos de su personalidad. (Grau, 2005)

- **Patrón de personalidad:** el carácter persistente o tipo "hardiness" admite las complicaciones diarias como un desafío con referencia laboral o no. Las personas con este tipo de personalidad son competidores potenciales, inquietos y buscan continuamente alcanzar el éxito y el reconocimiento del mismo, lo que implica una relación directamente proporcional a la aparición del Burnout. (Naisberg-Fennig et al., 1991)

- **Género:** los resultados con esta variable no son completamente concluyentes, se considera al género femenino más vulnerable a este síndrome dado por el rol que cumple en el trabajo y complementa en el hogar, justificando puntuaciones mayores en la esfera de Agotamiento Emocional. En cuanto al género masculino generalmente presenta mayor puntuación en la Despersonalización. (Paredes, 2008)

- **Edad:** esta variante combina la experticia con la madurez en que un trabajador esté capacitado de soportar tensiones y dar solución efectiva ante las mismas. La edad y experiencia contribuye a obtener una Alta Realización Personal. (Paredes, 2008)

- **Estado civil:** múltiples investigaciones señalan que las personas casadas experimenten menores niveles de Burnout debido al equilibrio emocional que genera la convivencia, aunque no de forma concluyente, y considerando la ausencia de conflictos familiares importantes que desequilibren estos niveles. (Paredes, 2008)

- **Técnicas de afrontamiento:** son cualidades propias de cada individuo ligados a su personalidad y carácter, así como a sus acciones frente a los percances.

- **Expectativas personales:** al proyectarse metas que no han sido satisfechas, el trabajador experimenta sensaciones de incapacidad y frustración que, acompañado al tipo de personalidad de cada individuo, incrementaría niveles de Burnout con puntuaciones más altas en Falta de Realización Personal. (Paredes, 2008)

3.3.9. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Cherniss (1980), especifica al Síndrome de Burnout como un "evento evolutivo e identifica cinco fases":

- **Fase 1: "de entusiasmo",** el individuo divisa los desafíos laborales como un incentivo, con entusiasmo y perspectivas favorables, no le afectan jornadas laborables extendidas, pues inicialmente dispone de mucha energía.

- **Fase 2: "de estancamiento",** el trabajador advierte falta de equilibrio ante la demanda aboral y el agradecimiento obtenidos, reflexiona los logros alcanzados y reformula sus objetivos. En esta fase se hace la presencia inicial de conducta negativa ante la sensación de atascamiento, pues experimenta incapacidad de un desempeño laboral eficaz. Los primeros síntomas comprenden: cefaleas, incomodidades gastrointestinales, alteraciones emocionales. (Cherniss, 1980)

- **Fase 3: "de frustración",** la decepción y la desmotivación se hacen notorios, el empleado distingue el ambiente como adversos, adopta una actitud irritable lo que le ocasiona perjuicios a la salud con origen psicosomático. En esta etapa se hacen presentes las discordancias y las disputas laborales.

- **Fase 4: "de apatía",** el cambio de actitud y conducta se hace evidente en el trabajador, pues éste acoge una posición pesimista, con reacciones defensivas y/o de cinismo con una atención áspera y fría ante los usuarios. En esta fase se aprecia constantemente el absentismo laboral. Se priorizan las exigencias propias a las demandas del cliente o del trabajo. (Cherniss, 1980)

- **Fase 5: "de quemado",** sobreviene el desmoronamiento mental y físico del individuo, con afectación grave a su salud, presentándose de forma acentuada. (Cherniss, 1980).

En el 2004 un estudio realizado por *Abaladejo* refiere que el Burnout "se hace presente posterior al primer semestre de antigüedad en el trabajo y se reafirma después de 10 años", cuando los objetivos personales no han llegado a cumplirse según lo anhelado por el trabajador. (Abaladejo, 2004)

Sin embargo, la frecuencia y magnitud con la que acontecen estas fases no suceden del mismo modo en todos los casos, y no existe una secuencia de aparición de los signos y síntomas, por lo cual no siempre es factible la identificación de la fase que se puede encontrar experimentando un individuo, generalmente se acepta que el cansancio es lo primero que aparece y que el último en aparecer es el sentimiento de inadecuación personal, siendo la "despersonalización" el elemento clave del Síndrome. (Abaladejo, 2004)

3.3.10. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

El desarrollo de un trastorno psicofisiológico, según *Labrador y Crespo*, no dependerá únicamente de una eventualidad, sino que acontecerán múltiples componentes tanto mentales, psicológicos y físicos. Cabe resaltar el influjo que ejerce la personalidad y la capacidad de resolución ante las adversidades, por lo que en las mismas situaciones no resultarán mismas consecuencias para todos, debido a que la vulnerabilidad de cada persona es un factor importante. (Labrador y Crespo, 1993)

Entre las principales patologías físicas y psicoemocionales observamos:

- **Trastornos cardiovasculares:** encontramos como las más frecuentes arritmias cardiacas episódicas, cefaleas tensionales, enfermedad coronaria, enfermedad de Raynaud, hipertensión taquicardias, migrañas, etc.
- **Trastornos cognitivos:** como la ausencia de la creatividad, cinismo, distracción, pérdida de expectativas
- **Trastornos conductuales:** actitud defensiva, agresividad, ausentismo laboral, hostilidad.
- **Trastornos dermatológicos:** pueden producir acné, eccema, prurito, hasta desencadenar psoriasis.

- **Trastornos emocionales:** ansiedad, apatía, desilusión, depresión, irritabilidad.
- **Trastornos endocrinos**: inducen a la aparición de hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing.
- **Trastornos gastrointestinales:** generan dispepsias, ulceras pépticas, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa.
- **Trastornos inmunológicos:** suscitan inhibición del sistema inmunológico.
- **Trastornos musculares:** como las contracturas frecuentes, cambios en los reflejos musculares, lumbalgias persistentes, temblores, tics
- **Trastornos respiratorios:** comúnmente encontramos alergias, alteraciones respiratorias, asma bronquial, hiperventilación.
- **Trastornos sexuales:** entre los más referidos se presentan coitos dolorosos, disminución del deseo, eyaculación precoz, impotencia.
- **Trastornos sociales:** aislamiento, evasión, malas relaciones interpersonales, problemas familiares.

Si un individuo busca estrategias para superar las situaciones estresoras, podrá recuperarse de manera eficaz imposibilitando la evolución a estos trastornos, aunque estas situaciones hayan sido frecuentes y extensas.

Por el contrario, de no disponer de estrategias que limiten el desarrollo de estos trastornos, impidiendo de esta manera una terapia rehabilitante, puede conllevar mayores patologías. Además de la necesidad de querer acabar con estas sensaciones, los sujetos caen en consumo de alcohol o de estupefacientes, para aliviar los procesos negativos generados por la ansiedad. (Labrador y Crespo, 1993)

3.3.11. ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR EL BURNOUT?

En el estudio realizado por *Carrillo y colaboradores*, se menciona que "la prevención debe guiarse por la gravedad del síndrome", de acuerdo con lo que *Hillert y Marwitz* mencionan en su obra "La epidemia del agotamiento: ¿o se está quemando la sociedad del espectáculo?", si el riesgo es bajo, la precaución debe ser el cambio de habitualidades y estilos de vida. (Carrillo et al., 2012), concentrándose en tres factores:

- Alivio del estrés.
- Recuperación, mediante técnicas de relajación y práctica de alguna actividad física.
- Vuelta a la realidad, con compromiso de abandono de idealización de perfeccionamiento.

Si el riesgo es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas es la psicoterapia en combinación de antidepresivos. (Carrillo et al., 2012)

Para evitar el SB existen además medidas relativas a la promoción de la salud, introducción de modelos de tiempo de trabajo y sesiones de supervisión. Esto trae a colación un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios laborales en términos de la humanización. (Carrillo et al., 2012)

Carrillo y colaboradores continúan en su estudio planteando diferentes estrategias para la reducción de los efectos de tensión y prevención del Síndrome Burnout, a través de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados:

- Identificación del Burnout
- Comunicación

- Relajación
- Programas de afrontamiento.

Estos factores implicarían identificar la existencia del SB y de elementos y situaciones asociados. Para esto se formula como requisito la aplicación del cuestionario de Maslach para personal de salud, por lo menos de manera anual en el control pre vocacional, con el afán de distinguirlo y encontrar sus causas ya que es poco común que el trabajador acuda voluntariamente a solicitar asistencia, teniendo como causa al desconocimiento de padecer de Burnout y/o los prejuicios que supone presentar este Síndrome.

El cuestionario de Maslach para personal de salud, mide los niveles del Síndrome en: "ausente, leve, moderado y severo", facilitando la oportunidad de terapia y permitiendo planificar programas de prevención en el equipo sanitario.

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el Burnout, como lo menciona *Carrillo y colaboradores* en su estudio "Síndrome de Burnout en la práctica médica", porque esta práctica laboral está sujeto a una alta demanda laboral, elevadas auto exigencias, frustración, depresión, agotamiento, consumo de sustancias ilícitas, y demás, para alivianar la aflicción mental. (Carrillo et al., 2012)

Por tanto, deben buscarse herramientas de intervención para prevenir el SB, éstas son de carácter individual y las de intervención grupal. Las de carácter individual o personal ofrecen mecanismos y habilidades para hacer frente a las demandas laborales manteniendo el bienestar. Contamos con estrategias: de relajación, de cuidado personal, de higiene emocional, de restablecimiento y fortalecimiento de vínculos amigables con compañeros de trabajo. (Giberti, 2006)

Las técnicas de intervención grupal, según el estudio de *Bermann* se centran en mejorar la comunicación entre el personal de trabajo, ya que las tareas se centran en problemas comunes que afrontan todos, lo que fomenta la capacitación grupal sobre programas para la resolución de los mismos. Esto fortalece los cimientos emocionales y sociales enseñando a cada miembro estrategias cognitivas de afrontamiento. (Bermann, 1990)

Otras medidas organizacionales, mencionadas por *Martínez y colaboradores*, mejoran los recursos y disminuyen los efectos del Burnout, incidiendo en las condiciones ambientales para optimizarlas desarrollando programas de mejoras sobre el estilo de liderazgo, redefiniendo el desarrollo grupal al prescribir "aprender a trabajar en equipo" y al redistribuir el puesto de trabajo, lo que ocasiona satisfacción y cohesión para los miembros del grupo y resulta enriquecedor. (Martínez et al., 1998)

En este mismo estudio se explica, según *House*, que existen riesgos en el contexto cultural social y económico, por lo que describe los tipos de apoyo mediante los siguientes mecanismos de prevención:

1. **Apoyo emocional:** se relaciona con el afecto, la confianza y la preocupación que experimenta el individuo proveniente de otro.
2. **Apoyo instrumental:** se refiere a los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
3. **Apoyo informativo:** permite a un individuo conocer una situación y poseer instrumentos para afrontarlo.
4. **Apoyo evaluativo:** es una retroalimentación de las acciones que una persona va emprendiendo, permitiéndole procesar su efectividad.

Por otro lado, *Cairo* en el 2002, menciona 10 puntos clave para la previsión del Síndrome de Burnout propuestos en la obra "Stress and Burnout in the Human Services Professions". (Cairo, 2002)

1. Proceso personal de adaptación de expectativa a la realizad cotidiana.
2. Formación en las emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, descansos y trabajo, aficiones.
4. Formación de una adecuada atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con mejoras en la disponibilidad de recursos materiales y mejorar la remuneración.
8. Formación continua dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con otros miembros de la misma especialidad, objetivos compartidos espacios comunes.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.

3.3.12. TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MEDIACIÓN FRENTE AL BURNOUT

3.3.12.1. ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO

Se orientan a la mejora de las formas de afrontamiento. Es esencial afrontar al SB, a través de reorganización cognitiva, esto permitirá combatir pensamientos aversivos y superar su situación. (Carrillo, 2012) Se dividen en dos tipos de programación preventiva:

1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, como la adquisición de habilidades de solución de problemas, organización y manejo del tiempo, optimización de esta manera la comunicación, las relaciones sociales y el estilo de vida.

2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, con el objetivo de adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, manejo de sentimientos de culpabilidad y manejo de la ira.

Manassero y colaboradores complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. (Manassero et al., 2005)

Entre ellas destacan:

1. **Ejercicio Físico:** por su efecto tranquilizante y ansiolítico.
2. **Técnicas de Relajación:** la relajación muscular induce a la relajación mental.
3. **Biofeedback:** técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
4. **Técnicas Cognitivas**: cuyo objetivo es la reevaluación y afrontamiento ante situaciones estresantes.
5. **Inoculación del estrés:** capacita al individuo, a través de ejercicios simulados, para superar circunstancias estresantes.
6. **Desensibilización Sistemática:** tiene como prioridad el manejo de la ansiedad a través de acercamiento gradual al estímulo estresor hasta la superación completa a la misma. (Manassero et al., 2005)

Existe el recurso, mencionado por *Grau y colaboradores*, como última instancia de alternar de labor dentro o fuera de la Institución con el fin de evitar la frustración profesional. (Grau et al., 2009).

Por lo tanto, las estrategias individuales recomendadas son: el aumento de la competencia profesional (formación continua), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extra laboral: ejercicios, relajación, entretenimiento), toma de pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación.

3.3.12.2. ESTRATEGIAS SOCIALES

En el estudio de *Rodríguez* hay además una proposición universal en la necesidad del apoyo psicosocial, la percepción del ambiente y las estrategias de relación del trabajador, por lo cual, una recomendación en la actuación es fortalecer el apoyo de los grupos sociales con los que el sujeto tiene relación, de manera que sea consciente de la existencia de apoyo y comprensión en su ámbito laboral en que se da valor al trabajo. (Rodríguez, 2011)

3.3.12.3. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

Existe una perspectiva integrativa según el estudio de López y colaboradores guiadas según el estándar de *Gil Monte y Peiró*, en el que se explica varias maneras de afrontar un problema, de estos se resaltan componentes indispensables para tomar en consideración: las disconformidades entre los recursos y los requerimientos, la estimación del estrés, técnicas de afrontamiento y las deducciones individuales y organizacionales. (López et al., 2000)

Por lo cual se integran:

1. **Variables cognitivas:** las que se encuentran en relación al desempeño laboral, es decir; la resistencia al estrés, la autoeficacia y la autoconfianza desarrollada por el individuo.
2. **Variables de contexto organizacional:** en esta intervienen el papel de los estresores sobre las relaciones sociales (apoyo en la interrelación laboral).
3. La función de las **estrategias de afrontamiento**.

En conformidad con las estrategias de afrontamiento, existe el programa "Trabajando sobre tu Carrera", el que busca cambios intervinientes del individuo a nivel cognitivo evaluando la percepción que éste tenga del desarrollo del SB y su afrontamiento. De esta manera el individuo accione sobre su condición laboral. Es importante según el estándar de *Gil Monte y Peiró*, la percepción de las relaciones interpersonales en el trabajo como mediadoras en el proceso. (López et al., 2000)

Sin embargo; este no es un programa de prevención del Burnout o intervención en recaídas, por lo cual se sugieren técnicas de relajación, biofeedback, organización del tiempo y realización de actividades físicas saludables.

López y colaboradores también sugieren el programa "Control del Estrés Laboral" en las que de igual manera intervienen varias proposiciones del estándar de *Gil Monte y Peiró*, con intervención de reestructuración cognitiva desarrollando técnicas para combatir al estrés, estrategias de fortalecimiento en las interrelaciones, prácticas de relajación y manejo emocional. (López et al., 2000).

Estas técnicas no solo mejoran el tratamiento, sino también son útiles en la prevención de este Síndrome.

Sin embargo; *Hatinen y colaboradores*, mencionan que un elemento desafiante entre estos programas es la extensión del tiempo que conllevan, ya que tanto para el período de recuperación cuanto para la evolución de los requerimientos y destrezas en el ámbito laboral, radican en la frecuencia y la duración de estas sesiones. El tiempo se desarrolla en períodos de 12 a 13 días continuos los que engloban actividades mediante distintos profesionales especializados. El programa "Trabajando sobre tu Carrera" consiste en cinco sesiones las que se distribuyen diariamente, y en la programación de "Control del Estrés Laboral" consiste en 14 sesiones semanales. (Hatinen et al., 2004)

Por tanto, determinar 14 semanas (14 sesiones) para dar rehabilitación a un individuo que está presentando el SB en el programa "control del estrés laboral", no resulta excesivo en terapias que no son intensivas (diarias) como es el caso del programa "Trabajando sobre tu Carrera", sino resultando adecuado. Pero esta deducción se valida únicamente en los resultados concluidos en la adaptación de estos programas. (Hatinen at al., 2004)

3.4. MARCO CONCEPTUAL

3.4.1. SÍNDROME DE BURNOUT

Síndrome del Quemado o de Agotamiento Profesional fue expuesto en el 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un componente de riesgo laboral, dado por su implicación potencial para afectar la calidad de vida, salud física y mental e inclusive poner en riesgo la vida de la persona que lo experimenta. (Aceves, 2006)

3.4.2. POSGRADO

Ciclo de estudios de especialización posterior a la graduación o licenciatura. (Real Academia Española, 2020)

Para acceder a un posgrado, es necesario haber completado los estudios de pregrado y, de esta forma, conseguir la titulación de grado. Sin embargo, algunas universidades contemplan excepciones. Los doctorados y las maestrías son parte de los ciclos de posgrado. (Pérez y Merino, 2014)

Como cualquier tipo de estudio, el posgrado puede satisfacer un deseo personal de incrementar la erudición. Sin embargo, se trata de una herramienta especialmente importante en el ámbito laboral, ya que resulta muy útil para alcanzar puestos ejecutivos o jerárquicos. (Pérez y Merino, 2014)

3.4.3. ESPECIALIDAD

Del lat. tardío specialĭtas, -ātis.

"Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan". (Real Academia Española, 2020)

3.4.4. SUBESPECIALIDAD

O especialidad pediátrica, "es la consecuencia de una actividad médica organizada en torno a unos focos de interés". Además de estos focos de interés, debe ser analizada, estudiada y conformada desde un punto de vista sociológico. (Asociación Española de Pediatría, 2011)

La elección de la especialización o subespecialización es de gran importancia debido al impacto que produce en la fuerza de trabajo del Sistema de Salud de cada país, presentando una brecha entre la oferta y demanda de aquella rama. Uno factor influyente en la selección de la especialidad o subespecialidad es la percepción del profesional sobre el efecto que produce en su estilo de vida (Vargas, Muggenburg, Palacios, Heinze, 2012)

3.4.5. ENFERMERÍA

Se enfila como la profesión que brinda atención y cuidado de las necesidades de la persona que presenta una dolencia, así como a otras tareas sanitarias, bajo criterios clínicos. (Real Academia Española, 2020).

La licenciatura en Enfermería engloba el cuidado personal y cooperativo en todos los grupos etarios, comunidades, poblados, familias, individuos sanos o enfermos y en diferentes entornos. El gremio de enfermería desempeña un papel de gran importancia en la atención centrada del paciente, pues están en la prestación de servicios directos hacia los usuarios.

Para muchos países la meta de acceso denominada Cobertura Universal de Salud, se logra gracias al apoyo, labor y fuerza de este grupo de trabajadores, pues el papel de Enfermería en este ambiente es la clave multi e interdisciplinaria, garantizando así la calidad y acceso a una gama amplia de servicios en todos los niveles del Sistema de Salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

3.4.6. AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Se conoce como auxiliar de enfermería a la persona que tiene una titulación técnica en cuidados de enfermería. Es la profesión sanitaria encomendada de promocionar de cuidados

auxiliares al paciente y accionar sobre las condiciones sanitarias del ambiente bajo la supervisión del personal de enfermería y/o médico. Su principal ocupación es asistencial, la magnitud de esta profesión varía según el país, pues el concepto se usa para nombrar diversos grados de capacitación, pues también tiene una implicación administrativa, docente o incluso investigadora. (Pérez y Merino, 2014)

3.4.7. PEDIATRÍA

Es una rama de la medicina que se centra en la salud, el manejo y la supervisión del crecimiento y desarrollo de los bebes, niños y adolescentes. Es la especialidad encargada de la salud física, mental y emocional de los niños, así como el tratamiento de sus patologías. La infancia es un período evolutivo desde el marco biológico, científico y práctico que se caracteriza por el crecimiento y la maduración de un individuo hasta alcanzar la adultez. (Asociación Española de Pediatría, 2011).

Por tanto, la Pediatría aborda de manera global la atención de un ser humano desde su concepción hasta el final de su adolescencia en el ambiente en el cual se desarrolla sea este: social, escolar, familiar. Compromete las cualidades tanto biológicas, médicas y sociales que diferencian la Especialidad Pediátrica de las demás Especialidades Médicas "transversales" con una formación cualificada en este grupo etario. (Asociación Española de Pediatría, 2011).

3.4.8. NEONATOLOGÍA

Se considera "neonato" al tiempo abarcado entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida, por lo que la Neonatología es una subespecialidad de la Medicina significativa e importante que se especializa en la asistencia, protección, manejo y tratamientos necesarios de un recién nacido, es decir; se hace cargo desde los primeros minutos del mismo, supervisando

las horas cruciales de posibles complicaciones, para que el recién nacido lleve adelante una vida plena.

Estos cuidados son de vital importancia para el crecimiento y desarrollo idóneo de un bebé, por lo son adaptados inmediatamente al nacimiento. Esta rama es adjudicada a la Pediatría, pues la que ejercen la Neonatología son, en definitiva, pediatras especializados en el cuidado y el estudio de complicaciones y patologías de los recién nacidos. (Bembibre, 2011)

3.4.9. CARGA LABORAL

Es "el conjunto de requerimientos psico-físicos a los que el trabajador se ve sometido a lo largo de la jornada laboral".

En toda actividad laboral, el trabajo mental coexiste con el trabajo físico, en variable proporción dependiendo de la tarea.

Laurell (1993) define que la carga laboral puede ser: física, química, biológica, mecánica, fisiológicas y psíquicas o mentales. Y coincide con en el concepto de *Neffa* (1988) como carga laboral mental a los requerimientos y exigencias del puesto de trabajo en cuanto a actividades de tipo cognitivo, así como a los aspectos afectivos y relacionales. (Rocha, 2005)

CAPÍTULO 4

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal.

- **Observacional:** al ser un estudio de carácter estadístico y demográfico, en los que no hay intervención por parte del investigador, y este se limita a medir las variables que se presentan en su contexto natural, que define en el estudio.

- **Descriptivo:** restringe su intervención a medir la presencia, características o disposición de un fenómeno que puede presentar una población, en un lapso de tiempo, pero referido a un momento concreto y limitándose a describir uno o múltiples acontecimientos, sin intención de establecer vínculos ocasionantes con otros factores.

- **Transversal:** diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. No implica seguimiento.

4.1.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Personal de salud que labora en el Servicio de Pediatría y Neonatología; Médicos Subespecialistas, Médicos Pediatras, Médicos Posgradistas, Médicos Asistenciales, Enfermera/os y Auxiliares de Enfermería, con un total de 135 personas, en el período 2021.

4.1.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se realizó un conteo del personal de salud próximo a entrevistarse y se concluyó que forman parte 135 personas.

Personal contabilizado de las áreas de: Pediatría / Neonatología

- 6 médicos asistenciales
- 18 posgradistas
- 35 enfermeras de neonatología
- 18 enfermeras de pediatría
- 14 auxiliares de enfermería de neonatología
- 13 auxiliares de enfermería de pediatría
- 11 pediatras de neonatología
- 6 pediatras de emergencia
- 6 pediatras de hospitalización
- 1 pediatra que realiza atención directa por Consulta Externa y labor administrativa
- 7 subespecialistas
    - 3 neonatólogos
    - 2 cirujanas pediatras
    - 1 neurólogo pediatra
    - 1 dermatóloga pediatra

4.1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Trabajadores de la salud (médicos, enfermera/os y auxiliares de Enfermería) que se encuentra laborando bajo contrato o nombramiento en las áreas de Pediatría / Neonatología durante el período 2021 en el Hospital General San Francisco.

4.1.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos de otras áreas que no correspondan a Pediatría y Neonatología.
- Estudiantes de pregrado en áreas de salud.
- Personal de salud que durante este período realizó teletrabajo.
- Personal de nutrición, trabajo social, fisiatras, ya que este grupo no pertenece exclusivamente al área pediátrica o neonatal.

4.1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

***4.1.6.1. Variable dependiente*:** Síndrome de Burnout

4.1.6.2. Variable independiente: este estudio recoge información principal como variable independiente a la profesión (médicos, enfermeras, auxiliares) pero también se recoge con factores sociodemográficos (edad, género, estado civil, carga familiar) y laborales (número de trabajos, carga horaria semanal, actividad)

Tabla N° 1: Variables y conceptos sociodemográficos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN/ES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
SÍNDROME DE BURNOUT	Presencia de porcentajes altos en las esferas de agotamiento emocional, despersonalización con puntaje bajo de realización personal	Ninguna	Puntaje alcanzado por el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey	Escala de Likert: Agotamiento Emocional (≥28 puntos) Despersonalización (≥11) y Realización Personal (≤33). Puntuación global de la escala un puntaje > 88 indica SB severo, entre 44 y 88 moderado y < 44 leve.
EDAD (EN AÑOS)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Cuantitativa	Rango de edad en años cumplidos	1. 25 – 35 2. 36 – 45 3. 46 – 55 4. 56 – 65 5. > 65
GÉNERO (AUTORREFERIDO)	Sexo fenotípico, características físicas que determinan fenotipo sexual	Cualitativa: porcentaje	Autorreferido	1. Femenino 2. Masculino 3. Otro (autorreferido)
ESTADO CIVIL (AUTORREFERIDO)	Condición según el registro civil si una persona tiene o no pareja y su situación legal	Cualitativa: porcentaje	Autorreferido	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Divorciado/a 5. Viudo/a
PROFESIÓN (AUTORREFERIDO)	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona	Cualitativa: porcentaje	Autorreferido	Médicos Subespecialistas Médicos especialistas Médicos posgradistas Médicos asistenciales Enfermeros / as Auxiliares de enfermería

NÚMERO DE TRABAJOS EXTRA	Hace referencia al trabajo adicional a su jornada de trabajo habitual o contractual.	Cuantitativa: ordinal	Trabajo en otra institución o adicional al trabajo del Hospital.	1 trabajo extra 2 trabajos extra 3 trabajos extra
CARGA FAMILIAR	Familiares bajo dependencia	Cualitativa: porcentaje	Existencia de familiares dependientes	1. Sí 2. No
ACTIVIDAD	Quehacer o el proceso vinculado a un cierto sector o ámbito.	Cualitativa: porcentaje	Actividad a la que dedica predominantemente su tiempo en el Hospital	1. Técnico operativo 2. Administrativo 3. Ambos
SERVICIO DE PEDIATRÍA	Unidad de atención y asistencia hospitalaria en el que desarrolla mayormente su trabajo.	Cualitativa: porcentaje	Autorreferido	1. Neonatología 2. Emergencia pediátrica 3. Hospitalización pediátrica 4. Consulta externa 5. 2 servicios de los antes mencionados
CARGA HORARIA SEMANAL (TOTAL)	Horas asignadas o contratadas para la realización de un trabajo.	Cuantitativa: ordinal	Total de horas asignadas o contratadas para el desarrollo del trabajo, incluyendo trabajo/s extra/s.	1. 40 horas semanal 2. 41 – 50 horas 3. 51 – 60 horas 4. 61 – 70 horas 5. > 70 horas

Fuente: Encuesta sociodemográfica y laboral modificada por: Md. Samia Anbousi
Realizado por: la autora. Noviembre 2021

4.1.7. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información será recogida usando dos encuestas diferentes, la primera es una encuesta personalizada auto – llenada por los participantes, que contiene datos sociodemográficos y laborales del participante. **(Anexo 1)**

Previo a la aplicación de la encuesta se ejecutó una prueba piloto con cinco trabajadores de salud, extra a las personas con criterios de inclusión del presente estudio, quienes colaboraron voluntariamente y comentaron no haber hallado inconvenientes durante el llenado del formulario; de esta manera se verificó que las preguntas son claras y las opciones de múltiple selección son concretas.

La segunda encuesta es del cuestionario "Maslach Burnout Inventory Human Services Survey" o "Maslach Burnout Inventory para el personal sanitario" (MBI-HSS) por sus siglas en

inglés, el que permite valuar la presencia o ausencia de Burnout en el personal que labora en salud. (Martínez, 2010). **(Anexo 2)**

El cuestionario MBI-HSS fue traducido al castellano y validado en Chile por Sandoval y colaboradores en el 2007, registrado como última actualización, pues el cuestionario contó con dos traducciones previas en 1995 y 1997. (Restrepo et al., 2006) (Arias et al., 2016)

En su forma original, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, es un objeto que determina la presencia del Síndrome y analiza acerca de sensaciones, sentimientos, actitudes y conductas del profesional en su labor. El test está constituido por 22 preguntas, validados mediante una escala de frecuencia tipo Likert, que califica 7 grados, de 0 (nunca) a 6 (siempre) permitiendo evaluar la intensidad con la que el encuestado se presenta en cada uno de las situaciones. (Arias et al, 2016)

Los resultados pueden variar entre 0 a 132 puntos y el resultado es directamente proporcional a la presencia (alta o media) o ausencia del Burnout. El Maslach Burnout Inventory para el personal sanitario se complementa entre 5 y 10 minutos y además mide las tres dimensiones del síndrome:

- Esfera: Agotamiento emocional (AE),
- Esfera: Despersonalización (D) y
- Esfera: Realización personal (RP).

Estas dimensiones también son clasificadas en tres niveles: bajo, medio y alto.

a) Agotamiento Emocional (AE): conformada por nueve de las preguntas del MBI-HSS, abarcando la percepción de sentirse cansado o agotado, ocasionado por el trabajo. Los ítems correspondientes a esta dimensión son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. (Martínez, 2010)

La puntuación máxima es de 54 puntos. El resultado es directamente proporcional al nivel de Burnout experimentado por el sujeto en relación a esta esfera.

b) Despersonalización (D): conformada por cinco preguntas del MBI-HSS (5, 10, 11, 15 y 22). Estas preguntas están en relación a la indagación de una postura impersonal e indiferente por parte del trabajador, demostrando insensibilidad y distanciamiento hacia el usuario / cliente. (Martínez, 2010)

La puntuación máxima es de 30 puntos, de igual manera su nivel de puntuaciones proporcional al Burnout experimentado en esta dimensión.

c) Realización Personal (RP): conformada por ocho preguntas que evalúan la propia descripción de la labor realizada, pero con concepto negativo y la propia percepción de inutilidad de quien padece el síndrome. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. (Martínez, 2010). (Tabla 1).

Tabla 2. Tabla de resumen de los ítems del MBI-HSS

SUBESCALA	ITEMS
Agotamiento Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22.
Falta de Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Fuente: El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.
Realizado por: la autora. Noviembre 2021

La puntuación máxima es de 48 puntos. En esta puntuación, la valoración es contraria a las puntuaciones en las dos esferas anteriores, es decir; es inversamente proporcional a la

presentación de Burnout. A mayor puntaje alcanzado menor realización personal presentara un individuo en esta dimensión.

Cada una de las dimensiones del Burnout debe ser evaluada y valorada de forma individual, por lo que no se puede obtener un valor promedio, pues como se mencionó previamente, las puntuaciones tanto para Agotamiento Emocional cuanto para Despersonalización son valuadas de distinta manera a la esfera de Realización Personal, en las dos primeras esferas la presencia del Burnout se reflejará en puntuaciones altas mientras que en la Despersonalización lo hará un bajo puntaje. (Martínez, 2010)

Para fines de interpretación de resultados, y poder diagnosticar al Síndrome de Burnout, se utilizó el criterio establecido por Maslach por: altas puntuaciones en las esferas de Agotamiento Emocional (≥ 27 puntos) y Despersonalización (≥ 10) y puntuaciones bajas en la esfera de Realización Personal (≤ 31 puntos). (Martínez, 2010). **(Tabla 3)**

En la evaluación de las esferas se determina de manera individual, por lo cual: las puntuaciones del Agotamiento Emocional ≥ 27 o superiores indicaran un Alto Nivel en esta esfera, el intervalo comprendido con un resultado entre 19 y 26 puntos, son indicativas de puntuaciones Intermedias en Agotamiento Emocional y los valores por debajo de 19 puntos corresponderán a bajo nivel de afectación en esta dimensión. **(Tabla 3)**

Las puntuaciones correspondientes a la dimensión de Despersonalización ≥ a 10 puntos, indicarían un Alto nivel de afectación en esta esfera, puntuaciones entre 6 y 9 corresponderán a un Nivel Intermedio de afectación, y ≤ de 5, riesgo bajo de Despersonalización.

Las puntuaciones en la esfera de Realización Personal son validadas en sentido contrario; de esta manera una puntuación entre 0 y 31 puntos corresponde a una Baja Realización Personal en un individuo, puntuaciones entre 32 y 38 una afectación Intermedia y valores superiores a 39 puntos indicarán a Alta Realización Personal, es decir una persona sin afectación en esta esfera. **(Tabla 3)**

En la tabla 3 se clasificó las puntuaciones de las esferas con los puntos de corte establecidos por Maslach y Jackson:

Tabla 3. Escala de Likert

	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	≤ 18	19 – 26	≥ 27
DESPERSONALIZACIÓN	≤ 5	6 – 9	≥ 10
FALTA REALIZACIÓN PERSONAL	≥ 39	32 – 38	0 – 31

Fuente: El Síndrome de Burnout. Instrumentos de Medición.
Elaborado por: la autora. Noviembre 2021

Se tomó como punto de corte para el Burnout valores registrados por Sandoval y colaboradores lo expuesto en el XII Congreso Nacional del Colegio de Médicos de Chile en el 2007 de 0 a 43 puntos como "no presenta Burnout" o nivel bajo, de 44 a 87 puntos como "una Tendencia del Burnout" o nivel medio e igual o más de 88 puntos para "existe una marcada presencia del Síndrome" o nivel alto. (Arias et al., 2016)

Tabla 4. Puntuación total para valoración del Síndrome de Burnout

	NO PRESENCIA DEL SB O NIVEL BAJO	TENDENCIA AL SB O NIVEL MEDIO	MARCADA PRESENCIA DEL SB O NIVEL ALTO
VALORES	0 – 43 puntos	44 – 87 puntos	≥ 88 puntos

Fuente: Sandoval et al. XII Congreso Nacional del Colegio de Médicos de Chile. 2007
Elaborado por: la autora. Noviembre 2021

Para el presente estudio un individuo que haya participado y que se encuentre en los resultados de: niveles altos y medios del total de la valoración será un sujeto con Síndrome de Burnout positivo.

4.1.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los cuestionarios serán aplicados de manera virtual a través de la encuesta realizada a través de Google Formularios y enviada directamente a los teléfonos personales de los participantes. Se realizarán visitas a la Unidad Hospitalaria en estudio hasta acceder a la de autorización y obtención de los números de teléfonos de todos los participantes de las áreas de Pediatría y Neonatología y se enviará la encuesta a los 135 participantes.

Posteriormente se realizará una estadística descriptiva con el objetivo de pormenorizar el comportamiento de las variables consideradas y establecer su relación el Síndrome de Burnout y con la Prevalencia el mismo en el personal sanitario de Pediatría y Neonatología del Hospital General San Francisco.

4.1.8.1. Análisis descriptivo de variables: las variables *cualitativas* se expresarán frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables *cuantitativas* se expresarán con medidas de tendencia central y dispersión, se van a trabajar con porcentajes, promedios, moda, desviación estándar, mínimo y máximo.

La información de las encuestas, se procederá a ingresar los datos al software estadístico, el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25 de Windows y el programa estadístico STATA para su procesamiento, en el cual se detallará el análisis de la distribución de frecuencia y porcentaje de las variables; posterior se usará la prueba paramétrica de Chi cuadrado con su respectiva variante Prueba Exacta de Fisher, según el número de observaciones por casilla, para evaluar si existe o no relación entre el Burnout y las variables categóricas consideradas; con razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Se realizará un análisis descriptivo univariado de cada una de las variables y posteriormente un análisis multivariado para estudiar las relaciones entre las variables estudiadas.

CAPÍTULO 5

5.1. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio se realizó previa autorización del Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Dirección de Docencia del Hospital General San Francisco y el Coordinador del posgrado de Pediatría de la misma Universidad. **(Anexos 4 y 5)**

Se solicita la participación del personal de salud que conforman las áreas de Pediatría / Neonatología del Hospital General San Francisco mediante un consentimiento informado donde se explicará los propósitos del estudio y se asegurará la confidencialidad de los datos recolectados mediante una encuesta la que es anónima y no se solicitan datos de identificación como nombre o número de cédula. **(Anexo 3)**

5.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Se tomarán lo datos del personal de salud de las áreas de pediatría previa autorización por consentimiento informado. La información será obtenida por la investigadora mediante un test digital, respetando la confidencialidad de los participantes, sin opción a exponer los nombres pues el test será anónimo.

5.3. RIESGOS

Al participar en esta investigación el/la participante no está expuesto/a ningún riesgo debido a que obtendremos la información de un test, el mismo que será anónimo.

5.4. BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES

Los participantes no recibirán beneficios.

5.5. APORTES A LA SOCIEDAD

Se espera obtener un resultado que aporte información concluyente sobre los factores asociados al Síndrome de Burnout y su correspondiente prevalencia en el personal sanitario que labora en las áreas de Pediatría y Neonatología, lo que se sentarán bases para emprender futuras estrategias de medidas preventivas para disminuir la prevalencia de esta enfermedad, y de esta manera los desencadenantes que conlleva.

5.6. DERECHOS Y OPCIONES DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Al ser este un estudio basado en un cuestionario contará con consentimiento informado de los participantes, por cuanto; la persona encuestada podrá consentir o rechazar de participar en este estudio.

5.7. SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Se garantizará tanto la confidencialidad en la obtención de la información cuanto el anonimato de los participantes y se guardará la misma tanto durante su selección e implementación ya que la encuesta se realizará por medios electrónicos a través de Google Formularios, la que se aplicará en este estudio.

El acceso a estos resultados será únicamente al e-mail personal de la investigadora. El almacenamiento y procesamiento de los mismos se realizará en el computador personal de la misma, la que cuenta con clave de ingreso, por cuanto el acceso a esta información sólo tendrá

la investigadora. La encuesta digital además será anónima, sin opción a exponer los nombres de los participantes.

5.8. CONSENTIMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO/SITIO DE LA INVESTIGACIÓN

La aprobación ética se obtendrá de la autorización de la Jefatura y Docencia del Hospital General San Francisco y se pasará a revisión del Subcomité de Bioética de la PUCE para la aprobación por parte de la Universidad.

5.9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si contará con el mismo, y será adjudicado al inicio del test digital antes de proceder a la adquisición de la información sociodemográfica y la recolección de todos los datos. **(Anexo 3)**

5.10. CRONOGRAMA

- Fecha de inicio de la investigación: 1 de junio de 2021
- Fecha de término de la investigación: 31 de marzo de 2022

Tabla N° 5: Cronograma

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	FECHAS (MM/AA)									
	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021	Octubre 2021	Noviembre 2021	Diciembre 2021	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	x	x	x	x	x					
RECOLECCIÓN DE INVESTIGACIÓN						x	x	x		
PROCESAMIENTO DE DATOS						x	x	x		
ANÁLISIS DE DATOS								x	x	x
ELABORACIÓN DEL REPORTE FINAL									x	x
PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE TESIS										x

CAPÍTULO 6

6.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO

En el Hospital General San Francisco, en las áreas de Pediatría y Neonatología, se identificó a 135 trabajadores como potenciales elegibles para este estudio. A todo el personal de salud que aceptó de manera voluntaria su colaboración en la presente investigación se les empleó tanto el Cuestionario de Maslach y el cuestionario de datos socio-demográficos y laborales, de los 135 elegibles, se obtuvieron 111 (82.2%) encuestas llenadas de forma correcta. El análisis final está realizado en 111 participantes.

6.1.1 Análisis Descriptivo

6.1.1.1. Características de la población de estudio.

El sexo femenino fue el más prevalente (84%) en la población de estudio. La edad mínima fue de 25 y la edad máxima de 65 años. El grupo de edad donde se encontraron más participantes del personal de salud fue el comprendido entre los 36 a 45 años (39.6%), seguida del grupo entre 25 – 35 años (33.3%). Los casados representaron la mayoría (55.9%) del personal entrevistado. La mayor parte tienen alguna carga familiar (77.5%). **(Tabla N°: 6)**

Tabla N° 6: Datos Generales del Personal de Salud (Variables: sociodemográficas)

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
GÉNERO		
Femenino	94	84.7
Masculino	17	15.3
GRUPO DE EDAD		
25 – 35 años	37	33.3
36 – 45 años	44	39.6
46 – 55 años	26	23.4
56 – 65 años	4	3.6
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	30	27.9
Casado/a	62	55.9
Divorciado/a	10	9
Unión libre	9	8.1

CARGA FAMILIAR		
Sí	86	77.5
No	25	22.5

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

6.1.1.2. Características laborales de la población de estudio.

El 45.9 % de los participantes se encontraban laborando en el Servicio de Neonatología y en las áreas Pediátricas un 54.1 %. Cerca de la mitad (46.8%) labora más de 40 horas semanales y casi un 20%, es decir una quinta parte de los encuestados, laboran más de 60 horas. El grupo de profesionales fue variado, sin embargo, el grupo más ampliamente estudiado fue el de Enfermería (37.8%), seguido de los médicos especialistas (18.8%). El 87.4% del grupo estudiado realiza su labor en la atención directa con el paciente como Técnico Operativo mientras únicamente el 3.6 % se dedica de manera exclusiva a la Administración. Se encontró que el 67.6% no presentaban ningún trabajo extra. El 72.1% atendió a personas que presentaron diagnóstico de Covid-19, no obstante; solamente un 23.4% de los entrevistados presentó diagnóstico de Covid-19 durante el 2021. **(Tabla 7).**

Tabla N° 7: Datos Generales del Personal de Salud (Variables: laborales)

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
CARGA HORARIA SEMANAL		
40 horas	59	53.2
41 – 50 horas	20	18
51 - 60 horas	13	11.7
61 – 70 horas	11	9.9
> 70 horas	8	7.2
PROFESIÓN		
Médico subespecialista	7	6.3
Médico pediatra	21	18.9
Médico posgradista	16	14.4
Médico asistencial	4	3.6
Enfermera/o	42	37.8
Auxiliar de enfermería	21	18.9
SERVICIO		
Neonatología	51	45.9
Emergencia pediátrica	10	9
Hospitalización pediátrica	38	34.2
Consulta externa	2	1.8
Hospitalización y Consulta externa	10	9

FUNCIÓN HOSPITALARIA		
Administrativo	4	3.6
Técnico operativo	97	87.4
Ambos	10	9
TRABAJO EXTRA		
Ninguno	75	67.6
Un trabajo extra	29	26.1
Dos trabajos extra	4	3.6
Tres trabajos extra	3	2.7
TRABAJO CON PACIENTES CON COVID-19		
Sí	80	72.1
No	31	27.9
DIAGNÓSTICO DE COVID-19		
Sí	26	23.4
No	85	76.6
DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO PREVIO		
Sí	14	12.6
No	97	87.4

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

6.1.1.3 Análisis descriptivo del Burnout según el test "Maslach Burnout Inventory Human Services"

Se aplicó el test de "**Maslach Burnout Inventory Human Services"** a quienes colaboraron con la investigación. Se midió el Burnout en base a las categorías originales definidas por Maslach obteniéndose frecuencias de los puntajes alto, medio y bajo de cada una de las esferas que componen el Síndrome de Burnout.

Con fines de análisis inicial según el test de "Maslach Burnout Inventory Human Services" se consideró el diagnóstico positivo de Burnout a aquellos que puntuaron en la categoría de "Alto Riesgo" y "Tendencia al Riesgo" obteniéndose una prevalencia del Síndrome del 93.7% (IC 95%: 82.96 – 94.94); dicha prevalencia está conformada por un porcentaje del 3.6% (IC 95%: 0.9 – 8.96) como personas con Riesgo Alto de Burnout y con un 90.09% (IC 95%: 82.83 – 94.49) como una Tendencia al mismo o Riesgo Medio. Se identificó que 7 de los 111

presentaban Riesgo Bajo para Burnout lo que representa el 6.3% (IC 95%: 2.57 – 12.56) de los participantes.

Sin embargo, debido a que no fue posible obtener una comparación entre el 93.7% de los participantes positivos con el 6.3% de participantes sin Burnout, y tampoco se puede obtener valores adecuados para medir una asociación de los agentes relacionados a la presencia / ausencia de Burnout, se decidió realizar el análisis en base a quienes puntuaron valores del score de Burnout superiores al percentil 70, como dato para categorizar a aquellos participantes con un puntaje superior e inferior al percentil 70 como calificación de "puntajes superiores de la escala de Burnout" y "puntajes inferiores de la escala de Burnout", de esta manera el 29.73% (IC: 21.4 – 39.15) obtuvo una calificación "por encima del percentil 70 de la escala de Burnout".

6.1.1.4 Análisis descriptivo de las categorías del Burnout según el test "Maslach Burnout Inventory Human Services"

En base a las categorías definidas por Maslach y se encontró que existieron prevalencias bajas en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, en relación con las categorías de puntuación altas, es decir, una cuarta parte de los entrevistados (27%) puntúan alto en Agotamiento Emocional, y aproximadamente una quinta parte (22%) puntúan alto en Despersonalización, no obstante se reportó que más de la mitad de los trabajadores presentaron Baja Realización Personal, es decir; que sus metas o expectativas propuestas inicialmente no han sido cumplidas o los participantes consideran las expectativas propuestas en esta Unidad de Salud son más altas que su capacidad personal de resolución. En la **tabla N° 8** se muestran las frecuencias y los porcentajes de las Esferas del Síndrome de Burnout.

Tabla N° 8: Categorías por Puntajes de las esferas que componen el Síndrome de Burnout

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)	INTERVALO DE CONFIANZA (95%)
Alto (≥ 27)	30	27.02	(19.03 – 36.3)
Medio (19-26)	18	16.21	(9.9 – 24.4)
Bajo (≤18)	63	56.75	(47.02 – 66.1)
Total:	111		
DESPERSONALIZACIÓN			
Alto (≥10)	25	22.52	(15.1 – 31.4)
Medio (6-9)	20	18.01	(11.4 – 26.4)
Bajo (≤5)	66	59.45	(49.7 – 68.7)
Total:	111		
REALIZACIÓN PERSONAL			
Alto (0-31)	25	22.52	(15.1 – 31.4)
Medio (32-38)	26	23.42	(15.91 – 32.4)
Bajo (≥39)	60	54.05	(44.3 – 63.6)
Total:	111		

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

También se calculó el puntaje total de las encuestas tanto del score total como de las esferas. En la tabla N° 9 se puede observar los promedios y puntajes de esta medición.

Tabla N° 9: Resultados de las Categorías de las esferas que componen el Síndrome de Burnout

DIMENSIONES DE BURNOUT	PROMEDIO	DS	RANGO
Agotamiento Emocional	17.6	12.3	0-50
Despersonalización	5.5	5.75	0-25
Realización personal	37.3	8.04	15-48
Score total Burnout	59.76	14.7	25-102

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

En los resultados obtenidos de la estimación de los Promedios de las Dimensiones del Burnout se puede apreciar que tanto el Agotamiento Emocional como la Despersonalización, los resultados de estos promedios son bajos, lo que tiene una significancia positiva entre los rangos de estas esferas, es decir que existe una afectación escasa tanto para el Agotamiento Emocional cuanto para la Despersonalización. De esta manera, se puede apreciar que en cuanto a la esfera de Agotamiento Emocional, valorada en nuestros participantes, un promedio bajo ha presentado descenso paulatino de la energía y del entusiasmo con que se efectúa una tarea y la propia apreciación del desgaste de los recursos emocionales, como el disgusto o insatisfacción al trabajo realizado debido a la ausencia de compensación a la labor o a una asimilación propia

de que el trabajo realizado, de igual manera en la esfera de Despersonalización el promedio de trabajadores que ha presentado una atención impersonal, distante e indiferente hacia el medio en el que rodea con la finalidad de disimular sus sentimientos de desacierto procedentes de la labor que ejercen; en contraste con el promedio encontrado en cuanto a la Realización Personal en que el valor del promedio se acerca más al valor superior del rango para esta esfera, lo que quiere decir que un porcentaje alto de personas encuestadas presenta una actitud pesimista tanto hacia la actividad que desempeña cuanto hacia sí mismo. El afecto inicial por la ejecución de sus labores se deteriora gradualmente, manifestándose con disforia, improductividad, disminución de la autoestima, depresión y evitación de interrelaciones personales.

6.2. FACTORES ASOCIADOS A PUNTAJES SUPERIORES AL PERCENTIL 70 DEL SCORE DE MASLACH PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT

6.2.1. Asociación entre variables sociodemográficas y puntajes superiores al p70 de SB.

Se analizó la asociación entre las variables de grupos tomando en consideración la puntuación valorada por el percentil 70 en asociación con los aspectos sociodemográficos. La **Tabla 10** muestra que en el grupo de edad comprendido entre los 25 a 35 años de edad existen la mayor cantidad de casos (15 participantes) (40.54%) del total de participantes que tienen puntaje positivo para valores superiores del percentil 70 para Burnout. En la asociación entre el SB y el género, El 26.4% del sexo femenino y el 47% de los participantes del sexo masculino, tuvieron puntajes de Burnout superiores al p70, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El 40% pertenecen a los participantes que reportan cargas familiares, y un 32.5% pertenece a los participantes que en su estado civil se reportaron fuera de una relación, es decir, solteros y divorciados, sin embargo; todas estas diferencias resultaron no ser estadísticamente significativas. Por lo que no existieron asociaciones entre edad, género, estado civil y carga familiar y los niveles de Burnout superiores al p70.

Tabla N° 10: Análisis univariado del SB y aspectos sociodemográficos

VARIABLE	≤ Percentil 70 (MBI – HSS)	> Percentil 70 (MBI – HSS)			
	(%)	(%)	Valor – p	OR (95% IC)	Valor – p (OR)
EDAD					
25 a 35 años	22 (59.46)	15 (40.54)		1	
36 a 45 años	34 (77.27)	10 (22.73)	0.19	0.43 (0.16-1.13)	0.09
46 a 65 años	22 (73.33)	8 (26.67)		0.53 (0.19-1.5)	0.24
GÉNERO					
Femenino	69 (73.4)	25 (26.6)		1	
Masculino	9 (52.9)	8 (47.06)	0.09	2.45 (0.85-7.06)	0.09
ESTADO CIVIL					
Soltero o Divorciado	27 (67.5)	13 (32.5)		1	
Casado o Unión Libre	51 (71.83)	20 (28.17)	0.63	0.81 (0.35-1.9)	0.63
CARGA FAMILIAR					
Sí	15 (60)	10 (40)		1	
No	63 (73.26)	23 (26.74)	0.20	0.55 (0.21-1-4)	0.21

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

6.2.2. Asociación entre score superior a p70 y variables laborales

En la Tabla N° 11 está demostrado que tanto el Servicio en el que se labora, la función hospitalaria, el haber atendido a pacientes con diagnóstico de Covid-19, haber presentado diagnóstico de Covid-19 o tener el antecedente de un trastorno psicológico previo, no están asociados estadísticamente con los puntajes superiores del percentil 70 de Burnout.

Sin embargo, el grupo de Posgradistas (62.5%) tuvo un incremento estadístico de hasta casi 9 veces más de haber puntuado por encima del percentil 70 en relación con el grupo conformado por Auxiliar de Enfermería y el grupo Asistencial, de manera similar, el ser Especialista/Subespecialista (46.43%) incrementó estadísticamente 4.5 veces presentar puntuaciones sobre el percentil 70 en relación el grupo Asistencial/Auxiliar de Enfermería. De igual forma se encontró asociación estadística en la variable de Carga Horaria, en que los participantes que laboran entre 41 – 60 horas (48.48%) presentaron un incremento significativo de 8.3 veces más posibilidades de puntuar sobre percentil 70 del síndrome que el grupo Asistencial/Auxiliar de Enfermería, y los participantes que laboran más de 60 horas (57.89%)

tienen 12.1 más veces posibilidades de presentar el síndrome que los trabajadores que completan 40 horas semanales.

En la variable de Trabajo Extra se encontró relación con el Burnout que las personas con un trabajo extra (41.3%) presentaban hasta 2.4 probabilidades más de presentar Burnout y las personas con dos o más trabajos extra (57.14%), hasta 4.6 probabilidades, que las personas con un solo trabajo. Sin embargo; aunque son llamativas estas asociaciones, resultaron tener una significancia estadística débil. **(Tabla N° 11)**

Tabla N° 11: Análisis univariado del SB y aspectos laborales

VARIABLE	SCORE DE BURNOUT	SCORE DE BURNOUT			
	≤ percentil 70 (%)	**> percentil 70 (%)**	**Valor – p**	**OR (95% IC)**	**Valor – p (OR)**
PROFESIÓN					
Asistencial / Auxiliar	21 (84)	4 (16)		1	
Enfermería	36 (85.71)	6 (14.29)	<0.0001	0.87 (0.22-3.5)	0.85
Posgradista	6 (37.5)	10 (62.5)		**8.75 (2-38.1)**	**0.004**
Especialista / Subespecialista	15 (53.57)	13 (46.43)		**4.5 (1.24-16.7)**	**0.02**
SERVICIO EN QUE LABORA					
Neonatología	34 (66.67)	17 (33.33)		1	
Resto de servicios pediátricos	44 (73.33)	16 (26.67)	0.44	0.73 (0.32-1.65)	0.45
TRABAJO EXTRA					
Ninguno	58 (77.33)	17 (22.67)		1	
Uno	17 (58.62)	12 (41.38)	0.045	2.4 (0.96-6.01)	0.06
Dos o más trabajos extra	3 (42.86)	4 (57.14)		4.6 (0.93-22.3)	0.06
CARGA HORARIA					
40 horas/semana	53 (89.83)	6 (10.17)		1	
41 – 60 horas/semana	17 (51.52)	16 (48.48)	<0.0001	**8.3 (2.81-24.6)**	**<0.0001**
> 60 horas/semana	8 (42.21)	11 (57.89)		**12.1 (3.51-42.1)**	**<0.0001**
FUNCIÓN HOSPITALARIA					
Administrativo	3 (75)	1 (25)		1	
Técnico Operativo	72 (74.23)	25 (25.77)	0.01	1.04 (0.1-10.5)	0.97
Administrativo y Técnico O.	3 (30)	7 (70)		7 (0.5-97.8)	0.15
ATENCIÓN A PCTES COVID-19					
Sí	20 (64.52)	11 (35.48)		1	
No	58 (72.5)	22 (27.5)	0.41	1.4 (0.53-3.4)	0.53
DIAGNÓSTICO DE COVID 19					
Sí	61 (71.76)	24 (28.24)		1	
No	17 (65.38)	9 (34.62)	0.53	1.34 (0.53-3.43)	0.53
ANTECEDENTE DE TRASTORNO EMOCIONAL					
Sí	66 (68.04)	31 (31.96)		1	
No	12 (85.71)	2 (14.29)	0.18	0.35 (0.07-1.7)	0.2

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

Por tanto, se concluye en el análisis univariado que los componentes asociados estadísticamente a puntajes superiores al percentil 70 del Síndrome de Burnout fueron: la Profesión (si estos fueran Posgradistas y Especialistas/Subespecialistas), y la Carga Horaria Semanal si presentaran una carga laboral que conlleva trabajar entre 40 y 60 horas laborales semanales y sobrepasar las 60 horas laborales por semana.

6.2.3. Análisis Multivariado controlado por confusores

Se realizó el Análisis Multivariado obteniéndose que la Carga Horaria es que el único factor estadístico e independientemente asociado con los puntajes superiores del percentil 70 de Burnout tanto para las personas que laboran entre 41 y 60 horas semanales y los que laboran más de 60 horas semanales. Las otras variables como se aprecia en la **Tabla N° 12**, resultaron no estar estadísticamente asociadas de manera independiente.

Tabla N° 12: Análisis Multivariado de factores asociados a puntajes superiores al p 70 de la Escala del Síndrome de Burnout

	Odds Ratio	**IC 95%**	**P > I z I**
Enfermería	0.692	0.1577 – 3.038	0.626
Posgradista	2.271	0.327 – 15.733	0.406
Especialista/subespecialista	1.432	0.246 – 8.341	0.689
Trabajo extra	1.346	0.352 – 5.141	0.664
2 trabajos extra	1.457	0.189 – 11.194	0.717
41 a 60 horas/semana	**5.516**	1.582 – 19.226	**0.007**
Más de 60 horas/semana	**5.779**	1.041 – 32.066	**0.045**

Fuente: Datos de encuesta realizada en el Hospital General San Francisco
Elaborado por: S. Anbousi. 2021

CAPÍTULO 7

7.1. DISCUSIÓN

El Burnout en salud es uno de los temas más estudiados por la repercusión que trae sobre el personal con alta demanda de responsabilidad, por tanto, la presente investigación estudió la prevalencia de Síndrome de Burnout y analizó la asociación entre los factores laborales y sociodemográficos con puntajes altos de la escala validada del SB en una población específica como lo es los trabajadores de los servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital General San Francisco.

En esta investigación cuando el Síndrome de Burnout se estimó según el test de Maslach Burnout Inventory HSS se analizó desde dos enfoques. El primero en base a los porcentajes analizados de la tradicional Escala de Maslach y se encontró que la prevalencia del SB en el personal de salud de estas áreas fue del 93.7% (IC 95%: 82.96 – 94.94); con un porcentaje del 3.6% (IC 95%: 0.9 – 8.96) como personas con Riesgo Alto de Burnout y con un 90.09% (IC 95%: 82.96 – 94.94) como una Tendencia al mismo o Riesgo Medio.

Un segundo enfoque se realizó en base a las Puntuaciones Altas del score de Burnout según Maslach, considerando a aquellos valores superiores e inferiores al percentil 70, para garantizar un número adecuado de personas para analizar la asociación con las variables estudiadas.

La prevalencia encontrada por este estudio según la escala original de Maslach (93.7%) contrasta con la obtenida en algunas investigaciones, pues en poblaciones pediátricas, varias investigaciones describen una incrementada prevalencia, que difiere entre el 25 y el 70%, interrelacionada con un ámbito específico de la pediatría (es decir se encuentran prevalencias

mayores en la unidad de cuidado intensivo pediátrico o la emergencia pediátrica). *López y colaboradores* mencionan que en España la prevalencia de este síndrome en el personal que colabora en el área pediátrica llegó al 20.8%, donde se pretendió establecer la prevalencia entre el personal asistencial pediátrico (médicos, enfermeras y auxiliares), por lo que se planificó un estudio Transversal y Descriptivo. Se aplicó en este personal el Cuestionario de Servicios Humanos del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS) por sus siglas en inglés, a 127 individuos que trabajan en un Departamento de Pediatría. Según la encuesta aplicada, el 20.8 % de los participantes presentaron un nivel alto de síndrome de Cansancio Profesional, el 19.8 % un riesgo medio del Síndrome y el 59.4 % un bajo riesgo del mismo. (López et al., 2005)

Estas diferencias, en comparación con nuestro análisis donde existe una prevalencia muy alta de Burnout, pueden justificarse debido a que la legislación laboral, como modelo social europeo tiene como finalidad amparar una adecuada condición de vida en el ambiente laboral como un derecho humano al trabajo que repercute en la salud ocupacional de los empleados, en este sentido, la salud ocupacional se refiere al completo estado de bienestar físico, mental y social en relación con el trabajo, no permitiendo el exceso de la carga horaria ni laboral a diferencia del control en la reglamentación laboral en los países latinoamericanos, en donde pese a que existen normativas, legislaciones ministeriales y acuerdos organizacionales la cantidad de horas registradas por persona anualmente sobrepasan a los horarios establecidos, explicados más adelante, sin resultar en mayor producción como lo reporta la revista internacional "La República". (Harremanak. 2010). (La República, 2020)

Una página de estadística en España (estatista.com.es) reportó según un estudio realizado en España de 2006 a 2021 que el número promedio de horas laboradas al año acordadas en convenios colectivos en España, que entraron en vigor en 2021, fue de aproximadamente 1.725 horas por persona, lo que correspondería aproximadamente a 33.1

horas semanales. Desde el inicio del estudio, es decir en el 2006, la cifra ha mostrado una tendencia decreciente. (Fernández. 2021). Esto coincide con el diario español "La Razón" en el que se mencionó que la duración del horario laboral será la pactada en los convenios colectivos de trabajo y la jornada de trabajo afectiva máxima será de 40 horas semanales de promedio en cómputo anual en el ámbito laboral general pero aplicada de igual manera al ámbito laboral de Salud. Según la Encuesta de Población Activa, durante el año 2019 los trabajadores españoles reportaron haber presentado una jornada de 36,6 horas por semana de media.

En la región latinoamericana un documento de la OMS refiere que las reformas laborales han influido en la política de RRHH subordinadas a razones económicas, orientadas a la eficiencia y el incremento de la productividad, lo que ocasiona que en nuestros países sobrepasen la carga horaria semanal y la carga laboral y de esta manera se produzca el incremento de la prevalencia del Síndrome de Burnout. (Brito at al., 2002) En Latinoamérica según la revista internacional "La República" en el 2020 se registró la carga laboral en general, incluido el sector de la Salud Pública, de 2257 horas anuales por persona en México, es decir más de 43 horas semanales, y en Colombia hasta 2496 anuales por persona, o 48 horas semanales, pese a ser países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que en promedio deben trabajar 40 horas según lo acordado por esta Organización. (La República, 2020)

En nuestro país, también miembro de la OCDE, el Ministerio de Salud Pública (MSP) resolvió que el horario de trabajo sea de 8 horas por día, 40 horas por semana, sea aplicado a todo el personal de salud, tanto para unidades hospitalarias cuanto para las unidades de salud operativas que pertenecen al MSP (salud.gob.ec), disposición que se confirma con lo establecido por el Ministerio de Relaciones Laborales y la Ministra de Salud en el artículo 25 de la Ley Orgánica del Servidor Público (LOSEP), donde se establece que: "la Jornada Ordinaria de trabajo es de 8 horas diarias efectivas y continuas". Esta ley es aplicable también a los profesionales de

salud mediante la Resolución N° MRL – 2011 – 000033 emitida por el Ministerio de Relaciones Laborales para la Unidades de Atención Médica, la que dispone que estos también deberán completar la jornada de ocho horas diarias. (LOSEP, 2021)

Sin embargo; el Acuerdo Ministerial N° 00001849 expidió el Reglamento para posibilitar el asentamiento de "Jornadas Especiales de trabajo" en las unidades operativas de la Red Pública de Salud (RPIS) aplicadas a: "áreas de atención crítica y/o de alta demanda con horarios extendidos (12 horas, o de 24 horas los 7 días a la semana) descrita según los requerimientos institucionales, en consideración a los principios de equidad, completando 40 horas semanales o dentro del ámbito de desempeño laboral de 160 horas por mes" (LOSEP, 2021). Estos horarios son sobrepasados por el personal general incluido el personal sanitario pues datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el Informe Ejecutivo de "Indicadores Laborales del 2019" se registró entre 40.03 y 44.32 horas efectivamente trabajadas por semana, valores similares a los reportes de años previos, ocasionando agotamiento, estrés, ansiedad entre otros síntomas propios y descritos como parte del Síndrome de Burnout. (INEC, 2019)

En Paraguay en un estudio transversal, con componente analítico, aplicando el test Maslach Burnout Inventory a 90 trabajadores de Pediatría se encontró que la prevalencia de SB por MBI fue del 36.3% en el año 2015 y del 37% en el 2016. Otro estudio multicéntrico, transversal realizado por la misma autora en 116 residentes de Pediatría en 4 centros de formación de Asunción y Departamento Central encontró como prevalencia global del SB un 33.6%. Para el análisis estadístico de estos estudios se validaron las tres dimensiones del MBI – HSS y se especificó como: "Presencia del Síndrome de Burnout" si el puntaje respectivo de cada participante era: superior a 26 puntos en la esfera de Agotamiento Emocional, superior a 9 puntos en la esfera de Despersonalización e inferior a 34 puntos en la esfera de Realización Personal. En caso de obtener: un nivel Bajo de Agotamiento Emocional, un nivel Bajo de

Despersonalización y Alta Realización Personal en el ámbito laboral se definiría que en ese residente "no existe Síndrome de Burnout". Para los demás casos nos referiríamos a: Casos Positivos para Síndrome de Burnout (es decir "Burnout Alto" en el caso de obtener alto Agotamiento Emocional, alta Despersonalización y baja Realización Personal y "Burnout Moderado" en el resto de los casos). En esta medición, aunque se lo explica de diferente en metodología, el resultado final es igual a la puntuación total utilizada en nuestra metodología. De esta manera se encontró que la prevalencia de estos estudios realizados en Paraguay y Asunción contrastan con la prevalencia encontrada en nuestro estudio, que asciende hasta el 93.7%, lo que puede estar en relación con la cantidad del personal estudiado, es decir, el Universo del estudio, sumado al aumento de la carga laboral encontrado en nuestro estudio, lo que puede constituir un incremento del estrés crónico, y por tanto del Síndrome de Burnout. (Martínez et al; 2017).

Vinueza y colaboradores realizaron una investigación analítica de corte transversal, en Ecuador, en Unidades pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, Unidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Unidades de Salud correspondientes a la Red Integral de Salud, no referida únicamente a un servicio pediátrico, con una muestra de 224 personas, la que estuvo conformada por médicos y enfermeras; 151 personas correspondieron al gremio médico (67.4%) y 73 pertenecieron al grupo de Enfermería (32.59%), a diferencia de nuestro estudio en el que el personal de Enfermería representó el porcentaje más alto de la muestra. La mayoría del Universo correspondió al sexo femenino, dato que concuerda con lo reportado en nuestro estudio. El Nivel de Atención reportado por el personal de médicos fue de 51.6% para Primer Nivel y 48.3% para Segundo Nivel de Atención, a diferencia del grupo de Enfermería en que la mayoría, el 65.7%, reportó prestar servicios al Segundo Nivel de Atención. El resultado que se encontró en el estudio de Vinueza, fue que más del 90% de los participantes padeciera de Burnout moderado y grave, el que estuvo asociado estadísticamente a la variable de Función

Laboral (médico vs enfermería) y género. Las personas pertenecientes al gremio médico revelaron 6.16 puntos más en comparación con el gremio de enfermería (IC 95%: 2.21 – 11.01; p: 0.004), resultados similares a los encontrados en nuestros resultados. (Vinueza et al., 2020).

La similitud del resultado que se encontró con este estudio en relación a la función que desempeñan los participantes, se puede atribuir a que tanto médicos cuanto enfermeras son vulnerables a las secuelas deletéreas que provoca efectuar la profesión sanitaria en el Ecuador bajo condiciones de sobrecarga laboral y horaria, que son excedidos por el personal sanitario en entidades tanto públicas cuanto particulares, agregado a la función que desempeñan los profesionales médicos, el mismo que conlleva mayor responsabilidad si mayor es la complejidad de la Unidad de Salud en la toma de decisiones, exceso de trabajo para completar estas responsabilidades, lo que ocasiona que el porcentaje de Burnout en estos trabajadores aparezca en niveles mayores en nuestro país.

En este mismo estudio realizado por *Vinueza*, en cuanto al género masculino presentó 4.04 puntos menos que el género femenino (IC 95%: -9,29 – -0,134; p: 0.045), no obstante, esta variable no fue estadísticamente asociada en nuestro estudio. La edad y el nivel de atención tampoco resultaron estadísticamente asociados en el estudio realizado por *Vinueza* en similitud a los resultados encontrados en la presente investigación. (Vinueza et al., 2020).

En cuanto a las subescalas en las que encontramos: el Agotamiento Emocional (referida al descenso paulatino de la energía y del entusiasmo con que se efectúa una tarea y la propia apreciación del desgaste de los recursos emocionales tanto a nivel personal como psicológico), la Despersonalización (manifestada como "cinismo", surge ante la carencia de recursos psicológicos y emocionales por parte del individuo para afrontar los desafíos que el medio ofrece) y la Realización Personal (definida como una actitud pesimista de autoevaluación tanto

hacia la actividad laboral que desempeña cuanto hacia sí mismo con posterior deterioro de la atención al cliente / paciente, desencadenando insatisfacción global) (Gómez, et al. 2009), la investigación realizada por *Vinueza y colaboradores*, refiere que el gremio médico es más perjudicado que el gremio de enfermería, tanto en las esferas del Burnout cuanto en la valoración global, con resultados de: Agotamiento Emocional severa en un 78.15% y moderado en un 63%, estos valores contrastan con los referidos en nuestro estudio con valores en Agotamiento Emocional severo y moderado (27.02% vs 16.21% respectivamente), al igual que la subescala de Despersonalización, en el estudio de *Vinueza y colaboradores,* los resultados de Despersonalización severa y moderada se reportaron más altos (72.61% vs. 65.63%, respectivamente), a los encontrados en el presente estudio con afectación severa en un 22.5% y afectación moderada en un 18%. El nivel Bajo y Moderado de Realización Personal encontrada en la investigación de *Vinueza* de igual manera fue alta en ambos grupos de salud, con reporte de 85,4% para los médicos y 78% para enfermería; contrastada con nuestro estudio en el que se reportó a la Realización Personal baja y moderada (54.05% vs 23.41% respectivamente). Estos resultados resultan difíciles de confrontar debido a que no existen criterios homogéneos con respecto al enfoque del tema del estudio, sus variables demográficas los resultados, las asociaciones estadísticas positivas obtenidas que están en correlación con las subescalas del Burnout según Maslach y los sesgos relacionados. (Vinueza et al., 2020).

Teniendo en cuenta a las esferas del Burnout en este estudio, el 27.02% de participantes obtuvieron un nivel "alto" de Agotamiento Emocional, valores que se encontraron más bajos en comparación con el 50% de Alto Agotamiento Emocional que hallaron *Medina y colaboradores* en un estudio descriptivo y transversal en 18 residentes de Pediatría de un Hospital Pediátrico en México. Similares valores encontraron *Martínez y colaboradores* en un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en los 90 participantes de pediatría con respecto a la esfera de "alto" agotamiento emocional en el 66.3% en un estudio multicéntrico en Chile. Mientras que

en España se registró en una muestra estudiada con 127 personas y similares condiciones a nuestro estudio, que una Baja Realización Personal se destacó de los otros componentes del Síndrome con un valor del 67.7 % de los participantes, con un nivel bajo de Realización Personal, similar a la esfera que también se destacó con mayor puntaje obtenida en nuestro estudio pese a que nuestro resultado ascendió únicamente hasta el 54.05%. El 14.5% del estudio español obtuvo puntajes elevados en la esfera de Agotamiento Emocional y en la escala de Despersonalización el 23.9% obtuvo valores altos. (Martínez et al., 2017) (López et al., 2005) (Medina et al., 2017). Estos resultados podrían estar en relación a la posible presencia de actitudes pesimistas hacia el ejercicio laboral y hacia sí mismos, acompañado con disminución del interés en la atención a los niños y decadencia de la autoestima, componentes propios de la esfera del Agotamiento Emocional. (López et al., 2005)

En cuanto a factores demográficos estudiados asociados al Burnout no se encontró significancia estadística como en los estudios de *Martínez y colaboradores* y *Vásquez y colaboradores* en los que sí se reflejó asociación estadística. En este estudio se pudo observar que, personas con Tendencia o valores altos de Burnout son mayores en rangos de edad más jóvenes, en varones, en personas solteras o divorciadas (personas fuera de una relación) y que presenten carga familiar; (Martínez et al, 2016) (Vásquez et al., 2014) pero en contraste con lo considerado, estos factores como: la Edad, el Género, el Estado Civil, el Servicio en el que laboran, haber presentado Covid-19 durante el período del 2021, dar atención a pacientes con diagnóstico de Covid-19, o presentar cualquier tipo de Diagnóstico Psicológico Previo, analizados en nuestro estudio, no resultó estadísticamente asociados con los puntajes superiores del percentil 70 de Burnout, lo que podría deberse al universo pequeño de estudio en nuestra investigación. Pero, similares resultados en comparación con nuestros resultados fueron obtenidos en un estudio realizado en personal médico en España, en un grupo de pediatras de ámbito ambulatorio y hospitalario, en el que se comparó la prevalencia y evolución del Burnout

20 años después de un estudio pionero y se reportó que el Burnout tampoco se asocia a características sociodemográficas. (Peirau et al., 2021)

Con respecto a los factores laborales, se encontró que la profesión médica (médico posgradista, especialista/subespecialista) presentó una asociación positiva con los puntajes sobre el percentil 70 del MBI-HSS siendo estadísticamente significativos únicamente en el análisis univariado, resultados que son análogos a los hallados por *Ramírez y colaboradores*, quienes señalan que la probabilidad de presentar un nivel alto de Agotamiento Emocional es menor en el gremio de Enfermería que en el gremio Médico. Esto podría deberse a que, en el Hospital San Francisco de Quito, un hospital de Segundo Nivel con mayor complejidad en comparación con hospitales básicos o centros y subcentros de salud; el Médico Posgradista, Especialista/Subespecialista presenta mayor responsabilidad de un Servicio que de igual manera maneja casos clínicos de mayor complejidad y severidad, por consiguiente, mayor riesgo de presión en la actividad asistencial y/o sobrecarga laboral por el tipo de pacientes. (Vinueza et al., 2020).

En cuanto a la variable de Trabajo extra, se apreció que, un trabajo extra incrementó a 2.4 veces más el presentar Burnout y el mantener dos o más trabajos extra incrementaba hasta 4.6 veces más, sin embargo, en el análisis univariado resultó ser estadísticamente débil o su asociación fue débil significativamente, sin poder descartar completamente esta asociación. La asociación entre tener uno, dos o más trabajos extra con el Burnout, puede considerarse en co-relación con la carga horaria, la que sí resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, se consideró que un factor relacionado con el Burnout resultó ser el ser "posgradista", quienes no necesariamente presentan trabajos extra sino una carga laborar que completa 256 horas mensuales, por tanto; aunque se consideró el trabajo extra en relación a la carga laboral, se

justifica que la relación fue débil entre el Burnout y los trabajos extra por el precedente del trabajo en un único lugar por parte de la comunidad de posgradistas.

Aunque también se puede considerar que se pudo producir un sesgo durante la encuesta realizada en este estudio como consecuencia del grupo de posgradistas que no contestaron como "Trabajo Extra" al horario invertido en docencia, y de esta manera pudo alterar el resultado final, posiblemente incrementando el porcentaje positivo a esta variable, lo que pudo afectar los resultados de la muestra y su asociación al Burnout.

Sin embargo, al realizar el Análisis Multivariado se obtuvo como resultado que solo la Carga Horaria es el único factor independientemente asociado a puntajes superiores de Burnout, pues se encontró en nuestro estudio que una mayor carga horaria semanal (40 - 60 horas y ≥ 60 horas) presentó una asociación positiva, 8.3 y 12.1 veces más respectivamente, de presentar puntajes del MBI-HSS sobre el percentil 70. Esto se encontró en relación a un estudio transversal multicéntrico efectuado en más de 20 hospitales de China en la ciudad de Shanghái, con 457 participantes, evidenciándose que el personal médico que laboró más de 60 horas semanales presentaron 4.54 veces más probabilidades de padecer Burnout en comparación con los participantes que reportaron trabajar menos de 40 horas semanales, esto resulta similar a nuestro estudio pues se evidencia que el trabajar más horas semanales incrementa el riesgo de presentar Burnout aunque en nuestro estudio este valor se duplicó en comparación con el estudio realizado en Shanghái. (ZhihuiWang et al., 2014).

De manera similar, se ha encontrado en otras investigaciones una interrelación con la carga horaria, la misma que se ha determinado en elevación horaria, de manera particular durante el período en formación profesional, que en el país puede sobrepasar las 30 horas trabajo ininterrumpidamente en una sola guardia o hasta más de 60 horas a la semana. Un

estudio de revisión multisistémica sobre el Burnout en médicos residentes de diversas especialidades, analizado en varios países latinoamericanos demostró que las prolongadas horas de trabajo ocasiones privación del sueño, lo que deteriora el correcto desempeño laboral y aumenta las probabilidades de cometer imprudencias o fallas médicas, lo cual ocasiona al trabajador la predisposición a autoevaluarse de manera negativa, con percepciones propias de inexperticia y desacierto profesional al valorar el desempeño de sus perspectivas planificadas. (Toala, 2019).

Con respecto a las limitaciones del estudio estuvo dada por la muestra relativamente pequeña siendo realizada en un solo centro de estudio, lo que impidió realizar análisis ampliados para encontrar posiblemente varias asociaciones estadísticas entre las variables estudiadas.

Otra importante limitación fue el resultado obtenido inicialmente bajo las categorías establecidas por el Maslach Burnout Inventory con lo que se obtuvo un porcentaje muy pequeño de trabajadores con un puntaje Bajo de Burnout lo que no permitió poder realizar asociaciones estadísticas, motivo por el cual se decidió tomar como punto de corte el percentil 70 de la escala de Maslach para obtener los resultados analizados.

Podemos mencionar además como limitación que, al hacer la elección de las variables sociodemográficas de este estudio, se escogieron las que se consideró apropiadas a desencadenar un Síndrome de Burnout basándose en estudios de la literatura, sin embargo, existen variables que no se analizaron en esta población como: años de experiencia laboral de cada persona en esta Institución, número de pacientes atendidos por día, entre otras, por tanto, los resultados aquí reportados pueden estar afectados por confusión residual de estas variables no estudiadas.

Dentro de las fortalezas del estudio se puede considerar que al reconsiderar los resultados obtenidos inicialmente la escala de Maslach para Burnout y cambiar la metodología a un corte de medición con un percentil, se pudo realizar el estudio de asociación al Burnout de manera independiente, pese a que la investigación se realizó con un universo relativamente pequeño. Igualmente, la escala utilizada es una escala ampliamente validada como instrumento de estudio en Burnout.

CAPÍTULO 8

8.1. CONCLUSIONES

La prevalencia descrita en este estudio, según el concepto desarrollado por Maslach para el Síndrome de Burnout, en el personal sanitario de la Pediatría y la Neonatología del Hospital General San Francisco resultó alta. Se encontró una Tendencia a padecer el Síndrome del 90.09% y un 3.6% como alto nivel de Burnout, con mayor implicación, de más de la mitad, en la Dimensión de Falta de Realización Personal. Se realizó además el análisis en base a los altos puntajes de la escala de Maslach del Burnout, como segundo análisis, tomando como corte puntuaciones sobre el percentil 70 y se encontró que existe asociación estadística entre las puntuaciones sobre este percentil únicamente con la variable de "Carga Horaria" de manera independiente, la misma que aumenta progresivamente según la cantidad de horas laboradas a la semana.

8.2. RECOMENDACIONES

Primero se recomienda dar seguimiento al estudio ya que se obtuvo un porcentaje considerablemente alto de casos positivos para el SB en las áreas de Pediatría y Neonatología en el Hospital pudiendo realizar intervenciones saludables descritas a continuación y/o solicitando revaluaciones de una vez por año por especialistas en Psiquiatría en pesquisaje del contexto patológico del Burnout.

Dentro de las actividades académicas se podría implementar actividades que busquen mejorar el desarrollo personal y la autoconfianza para disminuir la tendencia a la aparición de este Síndrome.

Durante los períodos que el personal de salud no se encuentre en su horario laboral, se recomienda técnicas de relajación, técnicas de autocontrol, higiene emocional como las siguientes:

- Reservar tiempo para realizar alguna actividad física. Esto puede mejorar el estado anímico, mejorar el sueño y mantener un peso saludable.
- Leer algo que no sea médico. Esto distrae nuestra mente del estrés laboral y ayuda a mejorar el estado anímico.
- Concentrase en el tiempo de calidad en familia. Esto puede ayudar a combatir el agotamiento.
- Realizar un pasatiempo, actividades externas, lo que vincula a la satisfacción profesional y/o personal.

En el ámbito laboral, se recomiendan hacer pausas activas las que permiten disminuir la sobrecarga muscular, articular y de los tendones, disminuyen el estrés laboral, estimulan la circulación sanguínea y la respiración, favoreciendo la oxigenación de la sangre y actividad cardiovascular la que puede aumentar la creatividad y la productividad durante dos horas después.

Se recomienda tomar descansos regulares que provoquen un cambio de escena y enfoque, en muchos casos necesarios para su próximo avance en el trabajo, u ofreciéndose una bebida estimulante como un té, café, refrescante o simplemente agua para hacernos sentir mejor y renovados para continuar con la carga laboral.

Planificar una modalidad de atención y valoración a la problemática sanitaria de los trabajadores tales como: periodicidad a exámenes clínicos y diagnósticos lo que ocasionaría

tranquilidad emocional y/o pestizaje de enfermedades que podrían estar en relación con este síndrome y facilitar la accesibilidad a medicamentos y medios de salud física y mental.

Es importante recordar que la mejor solución es la prevención, por lo cual las recomendaciones se basan en actividades y técnicas saludables e integración del cuestionario Maslach Burnout Inventory aplicado al personal de salud, por parte salud ocupacional al ingreso y egreso de un trabajador a la Institución o de manera anual, para medir la presencia o ausencia del Síndrome y el grado de Burnout en los encuestados, para poder aplicar la prevención o la intervención de manera individual y evitar los desencadenantes propios del Síndrome.

Otra recomendación sería ampliar el estudio a diversas especialidades quedando así cubiertas diversas áreas que pueden representar otro importante porcentaje de prevalencia de este síndrome para realizar intervenciones de salud mental y poder evitar la aparición temprana de este síndrome.

Se podría recomendar el desarrollo de proyecto encargados de la vigilancia y el control en el ambiente laboral por parte de las instituciones tanto Hospitalaria cuanto por parte de las Universidades.

También se puede recomendar proyectos dirigidos a fortificar los lazos con los compañeros y colegas de trabajo y comunicación laboral entre los mismos, ya que las tareas se centran en los problemas comunes al ámbito laboral lo que fomentaría el entrenamiento entre los miembros sobre tácticas, estrategias, demandas y recursos hacia el servicio.

CAPÍTULO 9

9.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11 (4); 305-309

2. Aguirre, A., Quijano, A. (2015) Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 44 (4), 198-205. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017

3. Alba, R. (2015) Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 41 (1), 9-14

4. Álvarez, A. (2020). La Historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso. *Pasado Abierto*, 11 (s/n); 215-235. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/114881

5. Andueza, I. (2015) Estrés laboral y burnout. *Trabajo de Titulación de grado.* Pamplona. Disponible en: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11267/andueza69073.pdf?sequence=1

6. Arias, W., Agueda, T. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*. 42 (4), 559 – 575

7. Atance, J. (2009). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71 (3), 293 – 303

8. Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J., & Santed, G. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Informe de investigación. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Disponible en: http://hdl.handle.net/10810/45924

9. Bembibre, C. (2011) Definición ABC; Neonatología. Disponible en: https://www.definicionabc.com/ciencia/neonatologia.php

10. Bermann, S. (1990) ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. *Cuadernos médicos sociales.* 51 (s/n), 23 – 25

11. Brito, P., Galin, P., Novick, M. (2002) Relaciones Laborales, Condiciones de Trabajo y Participación en el Sector Salud. *Opas/Rh*. 1 – 8

12. Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23 (1); 43-51

13. Browning, S. (2019) Burnout in Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 31 (4), 527-536. DOI: 10.1016/j.cnc.2019.07.008

14. Cairo, H. (2002) Burnout o Estrés laboral: un síndrome cada vez más expandido. URL disponible en: http://www.mujeresdeempresa.com/burnout-o-estres-laboral-un-sindrome-cada-vez-mas-expandido/ acceso en Septiembre 2021

15. Cañadas-De la Fuente, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G., De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Elsevier*. 52 (1), 240 – 249

16. Carrillo, R., Gómez, H., Espinoza de los Moneros, I. (2012) Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*; 28 (6), 579-584

17. Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. 6ta edición. New York: Praeger.

18. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449.

19. Demerouti, E., Bakker, A., Schaufeli, W. (2005). Spillover and crossover of exhaustation and life satisfaction among dual-earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67 (2), 265-289.
20. Diccionario. *Asociación de Academias de la Lengua Española*. (2020) Enclave Real Academia Española. Edición del Tricentenario.

21. Durán, S., García, J., Parra, A., García, M. y Hernández-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura. Educación y Sociedad.* 9 (1), 27 – 44. DOI: http://dx.doi.org/10.17981/culteduso c.9.1.2018.02

22. Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce Burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing*. 37(5), 470 – 476. Disponible en: DOI:10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x

23. Ferrel, R., Sierra, E., Rodríguez, M. (2010) Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7 (1), 29-40.

24. Giberti, E. (2006) Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas Burnout. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.* s/n (153), 18 – 21.

25. Gómez, C., Álamo, C., Amador, M., Ceacero, F., Mayor, A., Muñoz, A., Izquierdo, M. (2009) Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 55 (215), 52-62

26. Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*. 83 (2), 215 – 230

27. Harremanak, L. (2010) Las relaciones laborales en Europa. *Dialnet*. 23 (2) 299 – 317. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es

28. Hamson, W. (2005) A social competence model of Burnout. Stress and Burnout in the human services professions. *The New England Journal.* 31 (s/n), 29 – 31

29. Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., Aro, A. (2004) "Burnout Patterns in Rehabilitation: Sort-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources and Health". *Journal of Ocupational Health Psychology.* 9 (3), 220 – 237.

30. Hidalgo, I., Díaz, R. (1994) Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Medicina Clínica*. 103, 408-412.

31. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo. Indicadores laborales. Diciembre 2019.* Ecuador

32. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas practicas.* Madrid, España

33. Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52 (4), 432-439. Recuperado de: https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11528

34. La Razón (2020) *Así es la jornada laboral en España: horas a la semana, duración máxima y días de descanso.* Economía. Consultado: 23/02/2022. Disponible en: https://www.larazon.es/economia/20201204/r7b4are3snfofjk2ur6ksjenfi.html

35. La Republica (2020) *Conozca cuáles son los países miembros de la Ocde que registran la mayor jornada laboral. Actualidad Laboral.* Consultado: 07/03/2022. Disponible en: https://www.larepublica.co/globoeconomia/los-paises-con-mayor-jornada-laboral-en-la-organizacion-para-la-cooperacion-y-el-desarrollo-economicos-3099130

36. Labrador, J., Crespo, M. (1993) Estrés (Psicología clínica. Guías de intervención nº 13), Madrid: Eudema.

37. Laurell, A. Noriega, M. (1993). Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Organización Panamericana de la Salud, México. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000.

38. Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout. The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 80 (12), 123-144. Disponible en: DOI:10.1002/job.4030120205

39. López, C., Martín, C., Fuentes, E., García, R., Ortega, A., Cortés, J., García, P. (2000) El Síndrome de Burnout en el Personal Sanitario. Instrumentos de Medida. *Medicina Paliativa.* 7 (3), 94-100

40. López, M., Rodríguez, A., Fernández, M., Marcos, S., Martinón, F., Martinón, J. (2005) Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales Pediatría*, Barcelona; 62 (3): 248-51. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-desgaste-profesional-el-personal-articulo-13071839

41. Manassero, A., García, E., Torrens, G., Ramis, C., Vázquez, A., Ferrer, V. (2005) Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 21, (1-2), 89-105. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317039006.pdf

42. Martínez, A. (2010) El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia.* (112), 42 – 80. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004

43. Martínez, G., Godoy, L., Brizuela, M., Rodas, N. (2017). Prevalencia de síndrome de burnout en residentes de pediatría. Un estudio multicéntrico. *Elsevier*. 6 (22): 45. DOI: 10.1016/j.riem.2017.01.108

44. Martínez G., Godoy L., Fernández C., Chamorro Z. (2017). Prevalencia y variación del síndrome de Burnout en residentes de Pediatría. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú. *Elsevier*. 6 (22): 27. Doi: 10.1016/j.riem.2017.01.067

45. Medina, M., Medina, M., Guana, N., Molfino, L. y Merino, L. (2017) Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de Pediatría de un hospital. Investigación en Educación Médica. 6 (23): 160 – 168. Disponible: https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.004

46. Mejía, R., Chacón, J., Enamorado, O., Garnica, L., Chacón, S., García, Y. (2019) Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*; 3 (28), 204 – 211

47. Mingote, J., Moreno, B., Gálvez, M. (2004) Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica.* 123 (7), 265 – 270.

48. Ministerio del Trabajo., Pontificia Universidad Javeriana. (2016) *Síndrome de agotamiento laboral - "Burnout",* Protocolo de prevención y actuación. Bogotá - Colombia: JAVEGRAF. Disponible en: http://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf

49. Montes L. (2015). Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal Médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el período octubre-diciembre 2014. Trabajo de Titulación de especialista en Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

50. Naisberg-Fennig, S., Fennig, S., Keinan, G., Elizur, A. (1991) Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists. *Stress Medicine*, 7 (4), 201–205. Disponible en: https://doi.org/10.1002/smi.2460070402

51. Neffa, J. (1988). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? propuesta de una nueva perspectiva.* Buenos Aires: Hvmanitas-Ceil.

52. Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial.

53. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental* 2013 – 2020. Ginebra, Suiza.

54. Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo*. Ginebra, Suiza.

55. Organización Panamericana de la Salud (2020), Datos clave de la fuerza laboral de enfermería en las Américas. (perfiles de país). Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermería

56. Peirau, M., Esquerda, M., Gabarrell, C., Pifarre, J. (2021) Veinte años después: prevalencia y evolución del burnout en Pediatría, de 1998-1999 a 2018-2019. *Revista Pediátrica de Atención Primaria.* 23 (91): 253-60.

57. Pérez, J., Merino, M. (2011). Definición de auxiliar de enfermería. Actualización 2014. Disponible en: https://definicion.de/auxiliar-de-enfermeria/ https://definicion.de/posgrado/

58. Peraza, C. (2020). Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur.* 18 (3); 507-511. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4713

59. Ramírez, A., Graham, J., Richards, M., Cull, A., Gregory, W., Leaning, W., Snashall, D. and Timothy, A. (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*. 71, 1263-1269.

60. Ramírez, M., Otero, P., Blanco, V., Ontaneda, M., Díaz, O., Vázquez, F. (2018) Prevalencia y correlatos de agotamiento en profesionales de la salud en Ecuador. *Psiquiatría integral*. 82 (s/n), 73-83. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X17302626

61. Rafferty, Y., Friend, R., Landsbergis, P. (2001). The association between job skill discretion, decision, authority and Burnout. *Work and Stress*, 15 (1), 73-85.
62. Rocha, R. (2005). Carga mental laboral y psicotrastornos en trabajadores industriales. *Liberabit. Revista de Psicología.* 11 (11); 83-89

63. Rodríguez, R., De Rivas, S. (2011) Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): Diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo (Internet)*. 57. Suplemento 1, 1 – 262.

64. Saborío, L., Hidalgo, L. (2015) Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 32 (1); 1409-1415

65. Schaufeli, W. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International.* 14 (3) 204 – 220. Disponible en: DOI:10.1108/13620430910966406

66. Statista (2021) *Número medio de horas de trabajo al año acordadas en convenios colectivos en España de 2006 a 2021.* Global N° 1 Business Data Platform. Consultado el: 23/02/2022. Disponible en: https://es.statista.com/estadisticas/478441/promedio-de-horas-de-trabajo-al-ano-segun-convenios-colectivos-de-espana/

67. Toala, J. (2019) Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. Revisión sistemática. 33 (2019). DOI: http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i33.966

68. Urgilés, S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia COVID-19 en un hospital de Quito. Tesis. Ecuador: Universidad Internacional SEK. Recuperado de: http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3970

69. Valencia, E., Correa, D., Pazmiño, V. (2021). Síndrome de Burnout en personal de salud que brinda atención a pacientes con COVID-19. *Revista Scientific.* 6 (21), 144-162. Disponible en: https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.21.7.144-162

70. Vargas, I., Muggenburg, M., Palacios, J., Heinze, G. (2012). Preferencias de especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM: ¿En qué lugar se ubica la Psiquiatría? *Salud mental,* 35 (6), 465–473.

71. Velázquez, L. (2020). La COVID-19: reto para la ciencia mundial. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 10 (2); 1-2. Disponible en: http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/763

72. Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Pino, D., Tapia, E., Vinueza, M. (2021) Síndrome de Burnout en médico/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Correo Científico Médico*. (2) 1 – 21

73. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. (2014) Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health*. 56 (1): 73 – 83. doi: 10.1539/joh.13-0108-oa. Epub 2014 Jan 16. PMID: 24430838.

CAPÍTULO 10

10.1. ANEXOS

10.1.1. ANEXO 1: ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario para recolección de datos

Datos sociodemográficos y laborales

A continuación, encontrará una serie de preguntas sobre información general, por favor lea cada una de ellas y coloque o marque la respuesta adecuada, si existieran más de dos respuestas, por favor marque todas sus opciones con una X:

Tabla 13: Encuesta Sociodemográfica

EDAD (EN AÑOS)	**25 – 35**	**36 – 45**	**46 – 55**	**56 – 65**	**> 65**
GÉNERO (AUTORREFERIDO)	Femenino	Masculino	Otro (autorreferido)	Cual:	
ESTADO CIVIL (AUTORREFERIDO)	Soltero / a	Casado / a	Unión libre	Divorciado / a	Viudo / a
PROFESIÓN	Médico subespecialista	Médico especialista	Médico asistencial	Enfermero / a	Auxiliar de enfermería
SERVICIO DE PEDIATRÍA	Neonatología	Emergencia pediátrica	Hospitalización pediátrica	Atención de Consulta externa	Hospitalización y consulta externa
NÚMERO DE TRABAJOS EXTRA	1 trabajo extra	2 trabajos extra	3 trabajos extra	Ninguno	
CARGA FAMILIAR	Sí	No			
CARGA HORARIA SEMANAL TOTAL	40 horas	41 – 50 horas	51 – 60 horas	61 – 70 horas	> 70 horas
ACTIVIDAD (FUNCIÓN HOSPITALARIA)	Técnico operativo (atención directa al paciente)	Administrativo	Ambos		
DURANTE ESTE PERÍODO ATENDIÓ PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID 19 EN ESTE AÑO	Si	No			
HA PRESENTADO DIAGNÓSTICO DE COVID 19 EN ESTE AÑO	Sí	No			

Fuente: Encuesta Sociodemográfica Modificada por: Dra. Samia Anbousi
Elaborada por: la autora. Noviembre 2021

10.1.2. ANEXO 2: MASLACH BURNOUT INVENTARY HUMAN SERVICE SURVEY

A continuación, usted encontrará una serie de preguntas sobre de su trabajo y sus sentimientos sobre él, por favor: marque la respuesta que corresponda a su sentir con sinceridad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa

verídicamente con honestidad su propia existencia. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= Nunca.

1= Pocas veces al año o menos.

2= Una vez al mes o menos.

3= Pocas veces al mes.

4= Una vez a la semana.

5= Pocas veces a la semana.

6= Todos los días.

Tabla 14: Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS)

		0= NUNCA	1= POCAS VECES AL AÑO O1 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
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Elaborada por: la autora. Noviembre 2021

10.1.3. ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Prevalencia y factores asociados del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el área de Pediatría / Neonatología del Hospital General San Francisco, en periodo 2021".

Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado es para el personal de salud que labora en el Hospital General San Francisco, en el área de Pediatría / Neonatología, a quienes les vamos a pedir que participen en esta investigación.

Éste es un proyecto de investigación científica, cuenta con el respaldo del Hospital General San Francisco y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y será realizado por parte de la investigadora: Samia Andrea Anbousi Calderón, Posgradista de Pediatría, quien toma este proyecto como tema de Tesis de Grado.

Este estudio busca: **determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el área de Pediatría / Neonatología que se encuentran en el Hospital General San Francisco,** por cuanto su participación se llevará a cabo en Quito, Hospital San Francisco, y consistirá en responder una encuesta digital que demorará entre 5 - 7 minutos.

La información registrada será confidencial al que solo tendrá acceso la investigadora, además la encuesta es anónima y los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Los datos no serán entregados a los participantes y no habrá retribución por la participación en este estudio, sin embargo; esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, se puede negar su participación de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para el participante.

Yo

_____

declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **"Prevalencia y factores asociados del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el área de pediatría del Hospital General San Francisco, en periodo enero – junio 2021".**

Sí. Acepto voluntariamente participar _____

No acepto voluntariamente participar _____

Fecha:

Firma participante:

10.1.4. ANEXO 4: APROBACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN POR PARTE DE LA PUCE

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

PUCE

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 28 de octubre de 2021

SB-CEISH-POS-886

Doctora
SAMIA ANDREA ANBOUSI CALDERÓN
Estudiante del Posgrado de Pediatría de la Facultad de Medicina de la PUCE
Presente. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA / NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO, EN PERIODO 2021".**

Por disposición del Consejo de Facultad, usted tiene a partir de esta fecha (28 de octubre de 2021) 8 semanas (23 de diciembre de 2021) para presentar borradores de la disertación en la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE

10.1.5. ANEXO 5: APROBACIÓN DE LA JEFATURA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA POR PARTE DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO

JEFATURA TECNICA DE INVESTIGACION Y DOCENCIA

Quito D.M., 25 de octubre de 2021
Oficio No. 211141101-0245-DTID

Señorita Doctora
Samia Anbousi Calderón
Posgradista de Pediatría
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Presente.-

De mi consideración:

En atención a su requerimiento, relacionado a la modificación del título de su protocolo de tesis, el mismo que fue previamente aprobado por esta Jefatura mediante Oficio No. 211141101-0186-DTID de 17 de agosto de 2021 y considerando que no existen cambios en la estructura metodológica del trabajo, cumplo con informar que se aprueba el protocolo bajo el título: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA / NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO, EN PERIODO 2021"**

Particular que informo para los fines pertinentes.

Con sentimientos de consideración y estima, suscribo.

Atentamente,

Dr. Raúl Secaira Durango
Jefe Técnico de Investigación y Docencia
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO

Elaborado por	María Augusta Sánchez Lalama
Aprobado por	Dr. Raúl Secaira Durango
Fecha de elaboración	25-10-2021

Av. Jaime Roldós Aguilera y Juan Ramón Jiménez
Telf.: 593 - 3952 - 000