



FACULTAD DE POSGRADOS- MAESTRIA EN SEGURIDAD Y  
SALUD OCUPACIONAL

**COMPARAR LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y ENFERMEROS QUE TRABAJAN TURNOS DIURNOS VERSUS LOS QUE TRABAJAN TURNOS DIURNOS Y NOCTURNOS EN LOS HOSPITALES DE LAS PROVINCIAS DE PICHINCHA Y TUNGURAHUA DURANTE EL PERÍODO ENERO-ABRIL 2021.**

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional.

Profesora guía: Md. Bernarda Espinoza Castro. M.Sc.

Autora: Jessica Amparo Espinoza Barbosa

## RESUMEN

El Síndrome de Burnout (SB) tiene una prevalencia mundial en el personal sanitario que va entre 2.2% y 69.2%. Actualmente, se desconoce la prevalencia de este síndrome en médicos y enfermeros ya que la mayoría de los estudios son realizados únicamente en el personal sanitario en general. El SB o también llamado del trabajador quemado es un efecto negativo que tienen los trabajadores al exponerse al estrés laboral crónico, este síndrome tiene una triada que lo caracteriza en el cual se incluye: niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio fue evaluar la prevalencia del SB y su posible asociación con la jornada de trabajo, es un estudio observacional de corte transversal. Este estudio incluyó una muestra de 600 participantes de los hospitales de Pichincha y Tungurahua. Los participantes fueron reclutados mediante una encuesta en línea socializada por redes sociales desde enero hasta abril de año 2021. Se evaluaron las características sociodemográficas, las condiciones laborales y variables relacionadas con la atención de pacientes con diagnóstico de Covid-19. El riesgo de Burnout se evaluó mediante el cuestionario Maslach. La mayoría de los participantes fueron mujeres (71%). La prevalencia de SB fue del 22% entre los médicos y enfermeros, el 26% de los participantes que reportaron tener jornadas de trabajo en turnos rotativos diurnos y nocturnos tienen riesgo de desarrollar SB ( $p = <0,01$ ) (OR: 1,73; IC 95% 1,02 -2,94). El 30% respondió haber atendido pacientes Covid-19 ( $p = <0,01$ ) (OR: 3,13; IC 95% 2.00 -4.89), el 52% mencionó que su jornada de trabajo no se adaptaba muy bien a sus compromisos sociales y familiares ( $p = <0,01$ ) (OR: 2.56; IC 95% 1,26 -5,20), por lo tanto, estas tres variables son consideradas factores de riesgo estadísticamente significativo para desarrollar SB. En conclusión, trabajar en turnos rotativos diurnos y nocturnos, la atención a pacientes con diagnóstico de covid-19 y tener jornadas laborales que no se adaptan adecuadamente a los compromisos sociales y familiares fueron los factores de riesgo más importantes relacionados con el SB.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, médicos, enfermeros, Covid-19.

## **ABSTRACT**

*The Burnout Syndrome (BS) has a worldwide prevalence in healthcare personnel that ranges between 2.2% and 69.2%. Currently, the prevalence of this syndrome in doctors and nurses is unknown since most studies are carried out only in general health personnel. The SB or also called the burned-out worker or burnout in professional personnel is a negative effect that workers have when exposed to chronic work stress, this syndrome has a triad that characterizes it, which includes: high levels of emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. Therefore, the main objective of this study was to evaluate the prevalence of BS and its possible association with working hours, it is an observational cross-sectional study. This study included a sample of 600 participants from the Pichincha and Tungurahua hospitals. Participants were recruited through an online survey socialized by social networks from January to April 2021. Sociodemographic characteristics, working conditions and variables related to the care of patients diagnosed with Covid-19 were evaluated. The risk of burnout was assessed using the Maslach questionnaire. The majority of the participants were women (71%). The prevalence of BS was 22% among doctors and nurses, 26% of the participants who reported having working days in rotating day and night shifts are at risk of developing BS ( $p = <0.01$ ) (OR: 1, 73; 95% CI 1.02 -2.94). 30% responded having treated Covid-19 patients ( $p = <0.01$ ) (OR: 3.13; 95% CI 2.00 -4.89), 52% mentioned that their working hours did not adapt very well to their commitments social and family ( $p = <0.01$ ) (OR: 2.56; 95% CI 1.26 -5.20), therefore, these three variables are considered statistically significant risk factors for developing BS. In conclusion, working day and night rotating shifts, caring for patients diagnosed with covid-19, and having working hours that do not adequately adapt to social and family commitments were the most important risk factors related to BS.*

**Keywords:** *Burnout syndrome, doctors, nurses, Covid-19.*

**INDICE DE CONTENIDOS**

Introducción.....	1
Objetivos .....	3
Objetivo principal.....	3
Objetivos específicos .....	3
Planteamiento del problema .....	3
Metodología.....	4
Tipo y diseño del estudio .....	4
Población.....	4
Instrumentos y recolección de datos .....	4
Definición de variables .....	6
Aspectos éticos .....	7
Análisis de resultados .....	7
Resultados .....	7
Tablas .....	9
Discusión.....	12
Conclusiones y recomendaciones .....	13
Referencias y anexos .....	14

## Introducción/ Fundamento teórico

La Organización Mundial de la Salud define al SB como un síndrome que se presenta a consecuencia del estrés crónico generado en el puesto de trabajo que no ha sido manejado de forma adecuada, por lo que en el año 2019 se lo incluyó dentro de la lista de enfermedades laborales (OMS, 2019).

El concepto de Burnout en la asistencia sanitaria surgió a finales de 1960 como una forma de describir coloquialmente lo emocional y el estrés psicológico experimentado por el personal de salud encargado del cuidado de pacientes que presentaban diferentes grados de vulnerabilidad en determinadas clínicas gratuitas. Desde entonces, el término Burnout se ha utilizado para caracterizar estrés relacionado con el trabajo en cualquier entorno de práctica de la salud, desde hospitales en comunidades urbanas a entornos de salud global. Sobre la base del trabajo fundamental de Maslach en la década de 1980, los investigadores han descrito este síndrome como una combinación de diferentes emociones entre ellas: el agotamiento, la despersonalización y la baja realización personal todo esto ocasionado por el estrés crónico de la medicina práctica (Rotenstein et al., 2018).

El agotamiento es un evento que empeora de forma progresiva en relación con el tiempo, provocando efectos negativos tanto en la parte laboral como familiar y social (Shutterstock, 2020).

El Síndrome de Burnout (SB) se desarrolla en las siguientes áreas:

- En el área psicosocial se evidencia deterioro en las relaciones interpersonales, distanciamiento de otras personas, deseo de cambiar de

trabajo o de profesión. Malhumor familiar, aislamiento. Formación de grupos críticos.

- En el área conductual puede progresar hacia conductas de alto riesgo como juegos de azar, consumo y abuso de sustancias, comportamientos que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, problemas sexuales. Absentismo, desorganización, evitación de responsabilidades y conductas inadecuadas.
- En el área psicológico-emocional se presenta depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad, apatía, desilusión, indefensión, hostilidad, falta de coherencia.
- En el área cognitiva: problemas de memoria y dificultad de concentración, problemas de aprendizaje, pérdida de la creatividad, pérdida de valores, pérdida de significado, cinismo.
- En área física se incluye dolores crónicos, deterioro cardiovascular, irregularidades respiratorias, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, insomnio desórdenes digestivos, problemas de la piel, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral entre otros.

Por lo tanto, en el entorno laboral, se observa una disminución en la calidad o desempeño laboral, actitud negativa hacia los clientes o a quienes se les brinda el servicio, malas relaciones con compañeros de trabajo, aumento del ausentismo, disminución del sentimiento de realización personal, desmotivación, intolerancia a trabajar bajo presión y genera conflictos de todo tipo (Forbes et al., 2011).

Los datos a nivel mundial sobre el SB en relación al personal sanitario, se obtienen de estudios que varían mucho en métodos y tiempos y en casi todos los países se carece de información precisa (Bouza et al., 2020). Además en las últimas décadas la seguridad del paciente ha sido una tendencia mundial, lo que ha generado el aumento de la investigación para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y

difusión de buenas prácticas asistenciales, por lo que se ha investigado al SB como una de las causas de eventos adversos dentro de las instituciones de salud (Rodrigues et al., 2017).

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía entre 2.2% y 69.2% en los trabajadores del área de la salud y educación debido a que manejan niveles altos de estrés por las excesivas cargas laborales en sus espacios de trabajo. En el SB se evalúan tres puntos principales que son: la despersonalización, el agotamiento emocional y la realización personal (Terrones-Rodríguez et al., 2016) (Ramírez Pérez et al., 2019).

La primera etapa del proceso se caracteriza por el cansancio y/o agotamiento emocional, en donde se evidencia una pérdida progresiva de la energía vital que dificulta cumplir satisfactoriamente las labores y existe una discrepancia en aumento entre las actividades realizadas y el cansancio que experimenta el trabajador; en esta fase, los trabajadores se muestran más irritables, se quejan constantemente por la cantidad de trabajo que realizan y ya no disfrutan al efectuar sus tareas. En términos generales, se puede decir que a estas personas se les percibe como insatisfechas, quejumbrosas e irritables (Carranza & Cortés, 2018).

El desarrollo del SB entre los profesionales de la salud ha aumentado el interés por su estudio en los últimos años, debido al gran número de factores de riesgo que inducen estrés en el medio ambiente hospitalario. Además el contacto continuo con los pacientes y sus familiares puede ser complicado y favorecer el desarrollo del estrés laboral crónico (Gómez-Urquiza et al., 2017). El Burnout es uno de los problemas de salud ocupacional más importantes en diversas profesiones que implican trabajar con otras personas. Entre las ocupaciones susceptibles, los

profesionales de la asistencia sanitaria han sido identificados como el grupo más propenso a sufrir este síndrome (Monsalve-Reyes et al., 2018).

El trabajador que padece SB atraviesa cinco fases: Primera fase o fase inicial de entusiasmo: la persona experimenta entusiasmo y sus expectativas son positivas. Segunda fase o fase de estancamiento: en relación con las demandas laborales y los recursos del trabajador. Donde la persona comienza a sentirse estancada, al observar expectativas no cumplidas en su realidad laboral. Inician síntomas de estrés, sensación de derrota, sensación de no ser capaz, dolores corporales. Tercera fase o fase de frustración: cuestionamiento de la eficacia del esfuerzo personal, autonomía, control y retroalimentación sobre los resultados, desarrollando sentimientos entorno a la falta de realización personal, carencia de sentido. Se evidencia descenso de la motivación e incremento del agotamiento emocional. Notándose respuestas de irritabilidad, preocupación, tensión, fatiga y ansiedad. Cuarta fase o fase de hiperactividad y apatía o fenómeno de despersonalización que surgen por colapso de la falta de realización personal más el agotamiento emocional. La persona trata a los demás con frialdad, insensibilización ante los problemas. Se observa sentimientos de culpa, depresión y agresividad, con reducción de la capacidad cognitiva, la creatividad, espontaneidad y motivación. Quinta fase o fase de estar quemado: colapso de los sentimientos físicos y mentales de la persona surgiendo como estrategia aparentemente para salir de la situación como cambiar o dejar el puesto de trabajo, pedir traslados, o seguir en una situación laboral que le hará sentirse cada vez peor (Blanco E, 2019).

La importancia potencial de las intervenciones organizacionales se relaciona con los hallazgos de que el desarrollo del Síndrome de Burnout está influenciado por el trabajo con factores ambientales como demandas laborales altas, baja posibilidad para ejercer control y lugares de trabajo no saludables (Aronsson et al., 2017). Las



condiciones laborales tienen un impacto importante, ya sea positivo o negativo, en los empleados salud (Salvagioni et al., 2017).

Actualmente la crisis sanitaria originada por el SARS-CoV-2 ha ocasionado un colapso de los sistemas de salud de la mayoría de los países a nivel mundial generando un desgaste profesional y altos niveles de estrés consecuencia de los factores laborales, como también sociales y económicos (Juárez B, 2020).

El estrés laboral crónico puede desencadenar una mala salud mental. No encontramos ningún estudio en América Latina sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros en relación con su asociación con la salud mental. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia del Burnout en el personal médico y enfermería relacionarlo a factores sociodemográficos y condiciones de trabajo que han estado atravesando estos trabajadores durante esta época de pandemia.

## **1. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Comparar la prevalencia de Síndrome de Burnout asociado a condiciones laborales en médicos y enfermeros que trabajan turnos diurnos versus los que trabajan turnos diurnos y nocturnos en los Hospitales de las provincias de Pichincha y Tungurahua durante el período junio- diciembre 2020.

### **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1 Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros

2.2.2 Identificar las condiciones laborales de los médicos y enfermeros.

2.2.3 Plantear medidas para mejorar el manejo de estrés laboral en los médicos y enfermeros.

## **2. Planteamiento del problema y justificación del estudio**

Actualmente en el Ecuador existen pocos estudios actuales relacionados con el Burnout en el personal de salud, uno de ellos realizado en Cuenca en la Clínica Santa Ana sobre el SB y Riesgos Psicosociales en enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería reporta una prevalencia del tiempo de trabajo 64%, carga laboral 55% y participación con supervisiones 82% con lo que se identificó un alto de riesgo de desarrollar SB (Plaza, 2018). Por otro lado, en el año 2015 se realizó una investigación en los médicos tratantes y residentes que laboraban en el servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez relacionando los factores psicosociales y el SB, con lo que se identificó que el 85% presentaba altos niveles de SB, prevaleciendo el agotamiento emocional 83%, la despersonalización 80%, y 20% en realización personal (Cervantes, 2020).

A nivel mundial, en el mes de diciembre del año 2019 en Wuhan, China, se manifestó por primera vez una cepa nueva de coronavirus SARS-CoV2, que provoca una enfermedad denominada en la actualidad como Covid-19 (Blanco, 2020). Debido a esto nos encontramos enfrentando una emergencia sanitaria mundial, con una afectación física, psicológica, económica y social. En Ecuador, el 29 de febrero del 2020 la ministra de salud informó sobre la confirmación del primer caso importado de Covid-19 en el país (Andramuño, 2020). En Quito los hospitales públicos y privados destinados a la atención de pacientes con diagnóstico de covid-19 se encuentran colapsados, pese a que en Ministerio de Salud y el Servicio

Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias han empleado medidas estratégicas para mejorar la cobertura (Heredia, 2020).

El interés de este estudio es identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que se encuentran laborando en los Hospitales durante esta época de pandemia por el Covid-19 y relacionarlos con factores laborales y sociodemográficos. En la situación sanitaria actual es importante conocer los factores que pueden afectar a la salud mental del personal médico y enfermería para tener un buen desempeño y mantener una atención de calidad a los pacientes. Además, es relevante percibir dicha prevalencia para poder realizar una intervención oportuna.

### **3. Metodología**

#### **4.1. Tipo y diseño del estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, para determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout e identificar la asociación con malas condiciones laborales a las que están posiblemente expuestos médicos y enfermeros; este tipo de estudio es rápido y de bajo costo, permite cumplir cabalmente los objetivos planteados.

#### **4.2 Población**

En el presente estudio se incluyó 600 personas de los cuales 343 médicos y 257 enfermeros que laboran en las diferentes áreas de los hospitales de las provincias de Pichincha y Tungurahua. Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: 1) personal de salud (médicos y enfermeros de las provincias de Pichincha y Tungurahua) 2) que hayan trabajado durante el periodo comprendido entre los meses de enero y abril del año 2021) que hayan realizado únicamente

actividades operativas en sus cargos, excluyendo trabajadores en teletrabajo o actividades administrativas.

### **4.3. Instrumentos y recolección de los datos**

Para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en los hospitales públicos de las provincias de Pichincha y Tungurahua, se empleó una encuesta en línea de la plataforma *Forms* la cual se mantuvo habilitada en los meses de enero y abril del año 2021 puesto que la población de estudio tiene acceso a internet. La encuesta en línea se difundió mediante redes sociales y con entrevistas personales a algunos participantes. La misma constó de 91 preguntas, las mismas que fueron seleccionadas de los siguientes cuestionarios validados en español:

- Vía Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (España, Europa). ((INSHT), 2007)
- Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida ENETS 2009-2010. (MINSAL, 2009)
- Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud. (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2011)
- Cuestionario Maslach para Burnout (Hom & Schaufeli, 1998)
- Escala de Hamilton para Depresión y Ansiedad (Senez- Gagnon, 2014)

Todas estas preguntas fueron empleadas durante la encuesta con el fin de evaluar tanto las características sociodemográficas, como las condiciones de empleo, las condiciones de salud general, la existencia de Síndrome de Burnout y finalmente la presencia de violencia dentro del ambiente laboral.

#### **4.4 Definición de variables**

En el presente estudio se pudieron definir variables tanto cualitativas como cuantitativas, las cuales fueron decodificadas mediante el uso del software Epi-Info. Los grupos de comparación de este estudio fueron médicos y enfermeras que laboran en diferentes Hospitales ubicados en las provincias de Tungurahua y Pichincha. Como exposición, se empleó varias variables relacionadas con las condiciones laborales y sociodemográficas, sin embargo, la principal del estudio fue la jornada de trabajo con sus categorías diurna - nocturna versus diurna. La variable resultado fue el riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout, la misma que se evaluó mediante la consolidación de las respuestas generadas por los participantes a las 22 preguntas del cuestionario de Maslach, identificando como personas con riesgo de Burnout a las que cumplían con 2 condiciones: cansancio emocional >26 puntos con despersonalización >9 puntos y cansancio emocional >26 puntos con realización personal <34 puntos. Como posibles factores de confusión, se consideró la edad (en cuatro categorías: <23, 23-43, 44-61, >61 años), sexo (masculino, femenino), lugar de trabajo (Pichincha, Tungurahua), prevalencia de violencia en el lugar de trabajo (violencia física o acoso sexual, sí o no) y si han tenido diagnóstico y sintomatología relacionada con Covid-19.

#### **4.5. Aspectos Éticos**

Dentro de la encuesta no se solicitó que coloquen datos personales como nombres y apellidos de los médicos y enfermeras, con el fin de que los datos obtenidos sean totalmente anónimos, con ello se permitió salvaguardar el derecho de confidencialidad y permitió a los encuestados sentirse con la libertad de responder sin inconvenientes cada una de las preguntas.

#### 4.6. Análisis de Resultados

El análisis estadístico se realizó con *EpiInfo del Center for Disease Control and Prevention of Atlanta*. En el análisis descriptivo se calculó frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. El análisis bivariado se realizó con la prueba de Chi cuadrado. Se realizó modelos de regresión logística crudo y ajustado con *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confianza de 95%.

#### 4. Resultados

Las 16 primeras variables de características cualitativas fueron diferenciadas según la jornada de trabajo. La prueba chi cuadrado en relación con nueve variables fue menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, hay diferencia entre los dos grupos de comparación y se determina que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables en relación con la jornada de trabajo.

La prevalencia de riesgo de Burnout fue mayor en mujeres que en hombres, pero sin diferencia significativa. Los médicos manifestaron mayor prevalencia de Burnout, pero tampoco demostró significancia. Finalmente, los participantes que se encontraban dentro del grupo de edad entre los 23 y 43 años, con jornada de trabajo diurna-nocturna y con atención a pacientes con diagnóstico de covid-19 presentaron mayor prevalencia de Síndrome de Burnout con evidencia significativa. Por lo tanto, existe una asociación estadísticamente significativa entre la jornada de trabajo, la edad promedio de los participantes del estudio y la atención de pacientes con covid-19, la adaptación inadecuada de la jornada de trabajo a los compromisos sociales y familiares con el Síndrome de Burnout.

En congruencia a los datos de la tabla 2, los participantes que reportaron tener jornadas de trabajo en turnos rotativos diurnos y nocturnos (OR: 1,73; IC 95% 1,02-2,94), los que respondieron haber atendido pacientes con diagnóstico de covid-19

(OR: 3.13; IC 95% 2.00 -4.89) y quienes manifestaron que su jornada de trabajo no se adapta muy bien a sus compromisos sociales y familiares (OR: 2.56; IC 95% 1,26 -5,20), demostraron ser factores de riesgo estadísticamente significativo para desarrollar SB. El resto de las variables no resultan ser factores de protección o riesgo estadísticamente significativos.

## **5. Tablas**

Tabla 1

*Análisis descriptivo de las condiciones sociodemográficas y de trabajo en médicos y enfermeros de Pichincha y Tungurahua según su jornada de trabajo*

		MEDICOS Y ENFERMERO S		JORNADA DE TRABAJO		pX2	Missing
		n=600	En turnos (rotativos dia-noche)	Solo diurno (de día)			
		n (%)	n (%)	n (%)			
SEXO	FEMENINO	428 (71,33)	327 (74,83)	101 (61,96)		<0,01	
	MASCULINO	172 (28,67)	110 (25,17)	62 (38,04)			
RANGOS DE EDAD	<23	10 (1,67)	7 (1,60)	3 (1,84)		<0,01	
	>23-43	517 (86,17)	391 (89,47)	126 (77,30)			
	>44-61	73 (12,17)	39 (8,92)	34 (20,86)			
	>61	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)			
RIESGO DE BURNOUT	NO	468 (78)	323 (73,91)	145 (88,96)		<0,01	
	SI	132 (22)	114 (26,09)	18 (11,04)			
PROFESION	MEDICOS	343 (57,17)	220 (50,34)	123 (75,46)		<0,01	
	ENFERMERO S	257 (42,83)	217 (49,66)	40 (24,54)			
LUGAR DE TRABAJO	PICHINCHA	520 (86,67)	389 (89,02)	131 (80,37)		0,01	
	TUNGURAHUA	80 (13,33)	48 (10,98)	32 (19,63)			
TIPO DE CONTRATO	SIN CONTRATO	64 (10,67)	53 (12,13)	11 (6,75)			
	ASALARIADO FIJO	189 (31,50)	129 (29,52)	60 (36,81)			
	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL CON DURACIÓN DEFINIDA	183 (30,50)	146 (33,41)	37 (22,70)		0,01	
	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL POR OBRA O SERVICIO	156 (26,00)	106 (24,26)	50 (30,67)			
	AUTÓNOMO SIN EMPLEADOS	3 (0,50)	0 (0,00)	3 (1,84)			
	EMPRESARIO O PROPIETARIO DEL NEGOCIO CON EMPLEADOS	5 (0,83)	3 (0,69)	2 (1,23)			
ESTABILIDAD LABORAL	BAJA	184 (30,82)	125 (28,74)	59 (36,42)		<0,01	3
	MEDIA	280 (46,90)	221 (50,80)	56 (36,42)			
	ALTA	133 (22,28)	89 (20,46)	44 (27,16)			
HORAS DE TRABAJO SEMANALES	IRREGULARES	252 (42,14)	203 (46,67)	49 (30,06)		<0,01	2
	40 HORAS SEMANALES	346 (57,86)	232 (53,33)	114 (69,94)			
ADAPTACION DE LA JORNADA DE TRABAJO Y LOS COMPROMISOS SOCIALES Y FAMILIARES	NADA BIEN	75 (12,50)	64 (14,65)	11 (6,75)		<0,01	
	NO MUY BIEN	313 (52,17)	237 (54,23)	76 (46,63)			
	BIEN	169 (28,17)	109 (24,94)	60 (36,81)			
	MUY BIEN	43 (7,17)	27 (6,18)	16 (9,82)			
CONDICION ACTUAL DEL ESTADO DE SALUD	MALA	1 (0,17)	1 (0,23)	0 (0,00)		0,15	2
	REGULAR	69 (11,54)	58 (13,33)	11 (6,75)			
	BUENA	381 (63,71)	275 (63,22)	106 (65,03)			
	MUY BUENA	130 (21,74)	86 (20,23)	42 (25,77)			
	EXCELENTE	17 (2,84)	13 (2,99)	4 (2,45)			
VIOLENCIA FÍSICA COMETIDA POR PERSONAS PERTENECIENTES A SU LUGAR DE TRABAJO	NO	569 (95,79)	412 (95,37)	157 (96,91)		0,54	6
	SI	25 (4,21)	20 (4,63)	5 (3,09)			
VIOLENCIA FÍSICA COMETIDA POR PERSONA S NO PERTENECIENTES A SU LUGAR DE TRABAJO	NO	539 (93,25)	397 (94,08)	142 (91,03)		0,28	22
	SI	39 (6,75)	25 (5,92)	14 (8,97)			
PRETENSIONES SEXUALES NO DESEADAS (ACOSO O ABUSO SEXUAL)	NO	566 (97,75)	410 (97,16)	156 (99,36)		0,20	21
	SI	13 (2,25)	12 (2,84)	1 (0,64)			
SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON COVID-19	NO	327 (54,96)	233 (53,94)	94 (57,67)		0,62	5
	SI TUVO EN ALGUN MOMENTO SINTOMAS	262 (44,03)	194 (44,91)	68 (41,72)			
	ACTUALMENTE TIENE SINTOMAS	6 (1,01)	5 (1,16)	1 (0,61)			
ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19	NO	267 (44,50)	194 (44,39)	73 (44,79)		0,99	
	SI	333 (55,50)	243 (55,61)	90 (55,21)			
HA TENIDO DIAGNÓSTICO DE COVID 19	NO	409 (68,51)	298 (68,66)	111 (68,10)		0,97	
	SI	188 (31,49)	136 (31,34)	52 (31,90)			
EDAD (AÑOS)	MEDIA ±SD	34,80 ± 7,23					
	MEDIANA	33					

PX2: Valor de Chi cuadrado. \* valor de p <0,05 estadísticamente significativo

Tabla 2

*Prevalencia de riesgo de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de Pichincha y Tungurahua*



		RIESGO DE SINDROME DE BURNOUT	pX2
		n (%)	
SEXO	FEMENINO	93 (21,73)	0,10
	MASCULINO	39 (22,67)	
RANGOS DE EDAD	<23	3 (30,00)	<0,01
	>23-43	123 (23,79)	
	>44-61	6 (8,22)	
	>61	0 (0,00)	
PROFESION	MEDICOS	80 (23,32)	0,42
	ENFERMEROS	52 (20,23)	
LUGAR DE TRABAJO	PICHINCHA	113 (21,73)	0,79
	TUNGURAHUA	19 (23,75)	
JORNADA DE TRABAJO	TORNOS ROTATIVOS DIURNO Y NOCTURNO	114 (26,09)	<0,01
	SÓLO DIURNO	18 (11,04)	
TIPO DE CONTRATO	SIN CONTRATO	24 (37,50)	<0,01
	ASALARIADO FIJO	26 (13,76)	
	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL CON DURACIÓN DEFINIDA	42 (22,95)	
	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL POR OBRA O SERVICIO	39 (25,00)	
	AUTÓNOMO SIN EMPLEADOS	1 (33,33)	
	EMPRESARIO O PROPIETARIO DEL NEGOCIO CON EMPLEADOS	0 (0,00)	
ESTABILIDAD LABORAL	BAJA	58 (31,52)	<0,01
	MEDIA	58 (20,71)	
	ALTA	15 (11,28)	
HORAS DE TRABAJO SEMANALES	IRREGULARES	62 (24,60)	0,24
	40 HORAS SEMANALES	70 (20,23)	
ADAPTACION DE LA JORNADA DE TRABAJO Y LOS COMPROMISOS SOCIALES Y FAMILIARES	NADA BIEN	30 (40,00)	<0,01
	NO MUY BIEN	69 (22,04)	
	BIEN	27 (15,98)	
	MUY BIEN	6 (13,95)	
CONDICION ACTUAL DEL ESTADO DE SALUD	MALA	1 (100,00)	>0,01
	REGULAR	35 (50,72)	
	BUENA	63 (16,54)	
	MUY BUENA	29 (22,31)	
	EXCELENTE	4 (23,53)	
VIOLENCIA FÍSICA COMETIDA POR PERSONAS PERTENECIENTES A SU LUGAR DE TRABAJO	NO	126 (22,14)	1
	SI	6 (24,00)	
VIOLENCIA FÍSICA COMETIDA POR PERSONAS NO PERTENECIENTES A SU LUGAR DE TRABAJO	NO	116 (21,52)	0,13
	SI	13 (33,33)	
PRETENSIONES SEXUALES NO DESEADAS (ACOSO O ABUSO SEXUAL)	NO	122 (21,55)	0,01
	SI	7 (53,85)	
SINTOMATOLOGÍA COMPATIBLE CON COVID-19	NO	58 (17,74)	0,01
	SI TUVO EN ALGUN MOMENTO SINTOMAS	72 (27,48)	
	ACTUALMENTE TIENE SINTOMAS	2 (33,33)	
ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19	NO	32 (11,99)	<0,01
	SI	100 (30,03)	
HA TENIDO DIAGNÓSTICO DE COVID 19	NO	83 (20,29)	0,18
	SI	48 (25,53)	

Riesgo de Síndrome de Burnout evaluado mediante el Cuestionario de Maslach de 22 preguntas.

PX2: Valor de Chi cuadrado. \* valor de  $p < 0,05$  estadísticamente significativo

Tabla 3

Modelo de regresión logística y ajustada en relación al riesgo de Síndrome de Burnout

		OR CRUDA (95% CI)	OR AJUSTADA (95% CI)
SEXO	MASCULINO	1	
	FEMENINO	0,94 (0,61-1,44)	
RANGOS DE EDAD	<23	1	
	>23-43	0,72 (0,18 -2,85)	
	>44-61	0,20 (0,04-1,02)	
	>61	0,00 (0,00 - 0,00)	
PROFESION	ENFERMEROS	1	
	MEDICOS	1,19 (0,80 -1,77)	
LUGAR DE TRABAJO	TUNGURAHUA	1	
	PICHINCHA	1,12 (0,64 -1,95)	
JORNADA DE TRABAJO	SOLO DIURNO	1	1
	TURNOS ROTATIVOS DIURNO Y NOCTURNO	1,78 (1,06-2,98)	1,73 (1,02 -2,94)
TIPO DE CONTRATO	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL CON DURACIÓN DEFINIDA	1	1
	SIN CONTRATO	2,01 (1,09 -3,71)	1,15 (0,56 - 2,35)
	ASALARIADO FIJO	0,53 (0,31 -0,91)	0,71 (0,37 - 1,35)
	ASALARIADO CON CONTRATO TEMPORAL POR OBRA O SERVICIO	1,11 (0,67 -1,84)	0,92 (0,54 - 1,58)
ESTABILIDAD LABORAL	ALTA	1	1
	MEDIA	2,05 (1,11 -3,78)	1,59 (0,77 - 3,30)
	BAJA	3,62 (1,94 - 6,73)	2,00 (0,89 - 4,47)
HORAS DE TRABAJO SEMANALES	IRREGULARES	1	
	40 HORAS SEMANALES	0,77 (0,52 -1,14)	
ADAPTACION DE LA JORNADA DE TRABAJO Y LOS COMPROMISOS SOCIALES Y FAMILIARES	BIEN	1	1
	NADA BIEN	1,48 (0,91 -2,42)	1,27 (0,76 - 2,12)
	NO MUY BIEN	<b>3,50 (1,88 - 6,50)</b>	<b>2,56 (1,26 - 5,20)</b>
	MUY BIEN	0,85 (0,32 - 2,21)	0,75 (0,27 - 2,04)
CONDICION ACTUAL DEL ESTADO DE SALUD	BUENA	1	
	MUY BUENA	1,44 (0,88 - 2,37)	
	EXCELENTE	1,55 (0,49 -4,91)	
	REGULAR	5,19 (3,01 -8,95)	
	MALA	0,02 (0,00 -0,04)	
VIOLENCIA FISICA COMETIDA POR PERSONAS PERTENECIENTES A SU LUGAR DE TRABAJO	NO	1	
	SI	1,11 (0,43 -2,83)	
SINTOMATOLOGIA COMPATIBLE CON COVID-19	ACTUALMENTE TIENE SINTOMAS	1	
	NO	0,43 (0,07 - 2,40)	
	SI TUVO EN ALGUN MOMENTO SINTOMAS	0,75 (0,13 - 4,22)	
ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19	NO	1	1
	SI	<b>3,15 (2,03- 4,88)</b>	<b>3,13 (2,00 -4,89)</b>
HA TENIDO DIAGNOSTICO DE COVID 19	NO	1	
	SI	1,34 (0,89 -2,02)	

El valor de OR estadísticamente significativo está en negrita

OR, razón de posibilidades, IC del 95%, intervalo de confianza del 95%.

## 6. Discusión

El presente estudio muestra una prevalencia alta de Síndrome de Burnout entre los médicos/as y enfermeros/as que trabajan en los hospitales de las provincias de Tungurahua y Pichincha (22%). Casi la tercera parte de ellos (73%) trabajan en jornadas de trabajo con turnos rotativos diurnos y nocturnos. La jornada de trabajo diurna y nocturna fue estadísticamente significativo asociado al Síndrome de Burnout. Además, el 4% de la población del estudio experimentó violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo, el 7% violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo y el 2% pretensiones sexuales no deseadas (acoso o abuso sexual). Sin embargo, se identificó que aproximadamente el 4% de los participantes no respondieron las preguntas relacionadas con violencia, las dejaron en blanco por consiguiente no se pudo emplear dichas variables y se fueron excluidas por no tener significancia estadística. Se identificó varias fortalezas en nuestro estudio. Una de ellas es que el emplear un cuestionario en línea permitió acceder a la población objetivo fácilmente y con ello minimizar el error de entrada de datos. Además del muestreo basado en Internet, se realizaron encuestas personales en aquellos profesionales que deseaban participar, pero tenían requerimiento de que se les aplique el cuestionario de forma personalizada accediendo al mismo enlace, mezclando los métodos de reclutamiento, se intentó que la población de estudio sea lo más representativa posible. Utilizando estos métodos, se pudo incluir a 600 participantes entre médicos/as y enfermeros/as, lo que le da al estudio un poder estadístico razonable para evaluar las asociaciones en estudio.

Se empleó cuestionarios validados en español. Esto permite una comparación con otros estudios nacionales e internacionales y la fiabilidad de la información.

En un estudio realizado en la ciudad de Quito, en 200 médicos posgradistas se identificó mediante la aplicación del Cuestionario de Maslach una prevalencia de Síndrome de Burnout del 21,5%, obteniendo un valor casi igual al que se obtuvo en nuestro estudio (Carvajal, 2017).

Algunas limitaciones también estuvieron presentes en el estudio. Como se mencionó anteriormente el subregistro de violencia en el lugar de trabajo puede

estar presente ya que algunos participantes dejaron en blanco estas preguntas tal vez porque se sintieron avergonzados por las preguntas sobre la violencia. Otra limitación de nuestro estudio fue que al incluir un número relativamente extenso de preguntas (91) algunos participantes dejaron incompletas varias respuestas por lo que se tuvo que excluir a esos participantes del estudio.

La fortaleza de realizar un estudio con diseño de corte transversal permitió que se pueda realizar de forma rápida y con bajo costo, sin embargo, una de las limitaciones es que no se pudo identificar la relación causa- efecto.

En la VII Encuesta Europea de Condiciones de trabajo en el 2011 muestran que los factores psicosociales en el 22% de los trabajadores de los 27 países de la Unión Europea y el 27,9% de trabajadores españoles afectan a la salud y consideran al estrés como un efecto de este. El factor psicosocial intensidad y ritmo de trabajo fue analizado y estudiado, siendo así que el 46% de los trabajadores deben trabajar muy rápido frente al 44% en 2007. Se notó el incremento también de la frecuencia de trabajadores que deben atender varias tareas al mismo tiempo: 41,2% en 2007 y 45,3% en 2011. Así también, el 86,4% de los trabajadores señala que los problemas de salud que les aquejó fue agravado o producido por el trabajo y sus factores psicosociales; siendo así que el cansancio o agotamiento en un 87,3% de los trabajadores, los trastornos musculoesqueléticos en general 87% y el estrés, ansiedad o nerviosismo en el 82,1% de los trabajadores. (Moreno B. y Diaz L, 2015). En Latinoamérica en la ciudad de Guadalajara-México, un grupo de investigadores realizó un estudio sobre los factores psicosociales y el síndrome de burnout en trabajadores de la industria textil y confección del vestido donde obtuvieron valores medios de 11,43% para agotamiento emocional, 4,69% para despersonalización y 40,4% para baja realización laboral; la valoración total de las áreas estaba en categoría baja en el 86,4%, y el resto que corresponde a 13,6% estaba en categoría media. (Mireles P, et al. 2003).

Para desarrollar el síndrome de Burnout, todo personal sanitario como los médicos, están en riesgo, pero los principales factores asociados con el desarrollo de Síndrome de Burnout son: sexo masculino, consulta previa en atención de salud

mental, mayores de 30 años, ideas e intentos suicidas previos, beber alcohol, tomar antidepresivos, el tiempo que se pasa en el trabajo que sea mayor de 48 horas semanales, trabajo en entidades públicas, una especialidad médica, falta de reconocimiento por médicos superiores, sensación de decepción de un médico superior y el miedo a cometer un error (Radman, et al. 2013). Incluso los médicos que trabajan más de 80 horas semanales actúan con juicios críticos similares a personas que tienen una concentración de alcohol en sangre de 0,05% (Cokee, et al. 2013). Se pueden citar estresores que también han sido notoriamente involucrados en la génesis del Burnout, tales como son: la muerte y sufrimiento de los pacientes, conflictos con enfermeras, conflictos con otros médicos, pobre apoyo social y la incertidumbre que se instaura posterior a dar el tratamiento a un paciente (Dewa, et al. 2014). Como factores asociados para el desarrollo de esta psicopatología se encuentra: baja remuneración económica, lidiar con pacientes que sufren y fallecen, la constante exposición a situaciones límites y la sociedad que considera al médico como un ser infalible, cuestión que sobrecarga al propio médico de una presión que muchas veces es insostenible (Carrillo, et al. 2012). Factores a tener en cuenta por la idiosincrasia del propio médico deben tenerse en cuenta, tales como: cultura donde se desarrolla, su etnia, ideología personal, presión del ambiente debido al incremento en uso de nuevas tecnologías (Pistelli, et al. 2011). Otro factor protector es una adecuada relación médico paciente, esto se traduce como empatía y simpatía por el paciente. El objetivo de la empatía es conocer al paciente mejor, mientras que el objetivo de la simpatía es sentir las emociones del paciente y comprenderlas (Alan, 2013). Así como la falta de control que tiene el médico en su área de trabajo, realizar tareas incompatibles con su carrera y altos niveles de interferencia entre el trabajo y el hogar y el manejo de pacientes con enfermedades terminales (Pistelli, et al. 2011). En relación a todos estos factores de riesgo relacionados con el Burnout descritos en varios estudios tenemos que varias de esas variables lamentablemente no fueron tomadas en cuenta dentro de nuestro estudio, sin embargo, uno de los factores de riesgo que se consideró importante fue el de la atención a pacientes con diagnóstico de covid-

19 y en los resultados realizados en estudios anteriores manifiestan que el SB está en relación con la atención a pacientes con enfermedades mortales. Por lo que este correspondería un factor de riesgo a tomar en cuenta en la actualidad, ya que en varias instituciones de salud se han realizado contratos laborales a profesionales para que laboren únicamente en estas áreas.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

El Burnout en el personal sanitario ha sido considerado uno de los motivos de estudio tanto en circunstancias sin pandemia y más aún tras estar atravesando más de un año una lucha constante contra una infección viral que al padecer no cede pese a las medidas preventivas divulgadas a la población.

El presente estudio sobre SB en 600 médicos y enfermeros de los hospitales de las provincias de Pichincha y Tungurahua se identificó que el porcentaje de médicos/as y enfermeros/as con riesgo de padecer Síndrome de Burnout es del 22%. Se demostró que trabajar en jornadas de turnos rotativos diurnos y nocturnos es un factor de riesgo relacionado con el Síndrome de Burnout, sin embargo, entre las variables estudiadas, la atención a pacientes con diagnóstico de covid-19 y el tener una jornada laboral que no se adapta adecuadamente a sus compromisos sociales y familiares también demostraron ser factores de riesgo importantes relacionados con el Síndrome de Burnout.

Entre las recomendaciones que se han planteado de forma general para prevenir el Síndrome de Burnout destacan: mantener un estilo de vida saludable en la cual se debe incluir una alimentación adecuada, actividad física y recreativa diaria para desconectarse de la vida laboral. Poseer apoyo familiar y social. Dentro del ambiente laboral relacionarse de forma honesta y educada. Mejorar la organización

y planificación de actividades. Desarrollar habilidades profesionales las cuales ayuden a evitar la falta de realización personal (Pozuelo R, 2020).

De forma específica de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se recomienda realizar intervenciones educativas las cuales deberían ser en grupos de preferencia organizados por áreas de desempeño laboral, con el objetivo de informar a los médicos/as y enfermeros/as sobre los riesgos que implica desarrollar Síndrome de Burnout, la importancia que esto tiene, su influencia en el bienestar personal correlacionado con el desempeño laboral y direccionar a las personas que consideren que la padecen para que reciban la valoración profesional en el servicio de psicología mejorando así su salud mental, además de fomentar actividades recreativas y deportivas dentro de estas se pueden incluir aeróbicos y rumbaterapia los cuales pueden ser organizadas por reuniones bajo plataformas virtuales para evitar el incumplimiento de las medidas de bioseguridad que se deben tomar en cuenta por la pandemia con el fin de disminuir este riesgo.

## **8. Referencias y anexos**

Andramuño, C. (2020). *Se registra el primer caso de coronavirus en el Ecuador*. 3–5. <https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/>

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>

Blanco, P. (2020). Reporteros Sin Fronteras rastrea cómo la censura china contribuyó a expandir el coronavirus | Blog Hechos | EL PAÍS. *El País*, 0, 2. [https://elpais.com/elpais/2020/03/24/hechos/1585063368\\_490254.html?utm\\_source=Twitter&ssm=TW\\_CM#Echobox=1585752398](https://elpais.com/elpais/2020/03/24/hechos/1585063368_490254.html?utm_source=Twitter&ssm=TW_CM#Echobox=1585752398)

Bouza, E., Gil-monte, P. R., Palomo, E., & Group, W. (2020). *Revista Clínica Española Work-related burnout syndrome in physicians in Spain* &. 220(6), 359–363.

Carranza, S., & Cortés, N. (2018). Frecuencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de Ginecología y Obstetricia. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 110(9), 1689–1699.

Cervantes, R. (2020). *Factores psicosociales y síndrome de Burnout en los médicos tratantes y residentes del Servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez [Tesis para optar el título de especialista de Salud y Seguridad Ocupacional con mención en Salud Ocupacional]*.

Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>

Heredía, V. (2020). ¿ En Pichincha los servicios de hospitales , que atienden pacientes con covid-19 , están colapsados? *El Comercio*, 1–6. <https://www.elcomercio.com/actualidad/pichincha-hospitales-pacientes-coronavirus-colapsados.html>

Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>

Plaza, C. (2018). Síndrome de Burnout y otros Riesgos Psicosociales en Médicos Residentes, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Clínica Santa Ana. *Universidad Estatal De Cuenca Facultad De Ciencias Químicas*, 181. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29454/1/Trabajo de Titulación.pdf>



Ramírez Pérez, M. A., Garicano Quiñónez, L. F., González De Abreu, J. M., González De Buitrago, E. J., Sánchez Úriz, M. Á., Campo Balsa, M. T. del, Ramírez Pérez, M. A., Garicano Quiñónez, L. F., González De Abreu, J. M., González De Buitrago, E. J., Sánchez Úriz, M. Á., & Campo Balsa, M. T. del. (2019). Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Revista de La Asociación Española de Especialistas En Medicina Del Trabajo*, 28(1), 57–65. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-62552019000100007&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000100007&lang=es)

Rodrigues, C. C. F. M., Santos, V. E. P., & Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1083–1088. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Terrones-Rodríguez, J., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. (2016). Síndrome de Burnout en residentes médicos del Hospital General de Durango, Mexico. *Revista Médica Del INstituto Mexicano Del Seguro Social*, 54(618), 242–248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26960053>

## **Anexos**

Consentimiento informado y encuesta online:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=kk1aWB3bu0u1rMUpnjiU44elmUn4mqpCkwYTqJhbPONUMDhURlo5N0RSSDAzUDVRWFNOVUpZQVQxQi4u>