



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

**Prevalencia y factores de riesgo asociados al Síndrome de burnout
en médicos y enfermeras que cumplen jornadas laborales ordinarias vs
extraordinarias en Unidades de Salud de Nabón-Oña durante el año 2022**

Profesor
Ángel Alejandro Báez Suárez

Autores
María Elisa Torres Correa
Daniela Cristina Velecela Loja

2022

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout y factores de riesgo psicosociales asociados en el personal de salud que cumplen jornadas laborales ordinarias vs extraordinarias. Métodos: Estudio analítico de corte transversal a 101 médicos y enfermeras de 8 establecimientos de salud del distrito de Salud Nabón-Oña en el 2022. Se utilizó Google Forms para realizar preguntas sobre características sociodemográficas y el cuestionario de Maslach. Se utilizó Epi Info v7.2 para encontrar frecuencias, chi cuadrado, odds ratio y regresión logística. Resultados: La prevalencia de burnout fue del 32,17%, ésta fue mayor en personal que laboraba horas extraordinarias (38,46%) vs ordinarias (9,33%). El número de trabajos y la adaptabilidad del horario laboral a los compromisos sociales tuvieron una relación significativa con las horas de trabajo. La ciudad de residencia, número de trabajos, estabilidad laboral, tipo de jornada y horas de trabajo se relacionaron significativamente con el cansancio emocional. Después del ajuste de variables, trabajadores que tenían como residencia un lugar alejado de su trabajo presentaron 5,52 veces más riesgo de tener burnout, los que tenían estabilidad media sobre la continuidad de su contrato 5,04 veces más riesgo y quienes laboran más de 40 horas semanales 7,52 veces más riesgo. Conclusión: Se crea un plan de acción para reducir la experiencia emocional del estrés a través de hábitos saludables, tamizaje de salud mental, actuación a tiempo sobre situaciones desagradables en el trabajo, horarios rotativos, incentivos a los que cumplen jornadas diferentes a la ordinaria y a quienes tienen su residencia en lugares alejados.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of burnout syndrome and associated psychosocial risk factors in health workers who have ordinary vs. overtime working hours. Methods: Analytical cross-sectional study of 101 doctors and nurses from 8 health establishments from Nabón-Oña Health District in 2022. Google Forms was used to ask questions about sociodemographic characteristics and Maslach questionnaire. Epi Info v7.2 was used to find frequencies, chi-square, odds ratio, and logistic regression. Results: The prevalence of burnout was 32.17%, this was higher in workers who worked overtime (38.46%) vs ordinary (9.33%). The number of jobs and the adaptability of working hours to social commitments had a significant relationship with working hours. The hometown, number of jobs, job stability, type of workday, and working hours were significantly related to emotional exhaustion. After adjusting the variables, workers who lived in a place far from their work presented 5.52 times more risk of having burnout, those who had average stability over the continuity of their contract 5.04 times more risk and those who worked more than 40 hours a week 7.52 times more risk. Conclusion: Based on these results, a work plan is created to reduce stress through healthy habits, mental health screening, timely action on unpleasant situations at work, rotating schedules, incentives for those who work overtime and who have their residence in remote places.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

1.	RESUMEN.....	2
2.	ABSTRACT	3
3.	INTRODUCCIÓN.....	5
4.	JUSTIFICACIÓN	11
5.	METODOLOGÍA.....	13
6.	RESULTADOS	15
7.	DISCUSIÓN.....	21
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	29

INTRODUCCIÓN

Las situaciones adversas asociadas a la búsqueda del bienestar mediante la actividad laboral se remontan a la época de la revolución industrial. Para la mejora de la economía y mejores oportunidades se desencadenó la emigración de varias personas desde el área rural a la urbana, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida; sin embargo, muchos tuvieron que afrontar y batallar con un entorno miserable, frustrante e incluso agotador (De Azevedo Guido L. et al 2020).

En los últimos años, en el marco de la globalización y las crecientes exigencias del mundo laboral, existe una mayor demanda de producción de bienes y servicios, sin embargo, la cantidad de recursos para dar cumplimiento a todo esto no ha incrementado, por lo que da como resultado un desequilibrio considerable. A esto, se añade horarios de trabajo con jornadas extensas, menor tiempo para descansos, menor sensación de control del trabajo, sin incremento de salarios o reconocimiento de trabajos extras (Thapa et al., 2021). Estas condiciones laborales son sinónimo de condiciones inestables e inseguras, pudiendo dar como resultado un problema laboral conocido como síndrome de burnout con efectos perjudiciales no solo en el trabajador, sino también en su propia familia, la empresa y el sistema de salud (Manrique et al., 2021; Lacy & Chan, 2018).

SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout o “síndrome de trabajador quemado” tiene como concepto el conjunto de síntomas y signos que presenta una persona tras el agotamiento físico y mental después de la exposición a un estrés crónico en un determinado lugar de trabajo (De Hert, 2020; Intriago-Miranda, 2019). Se conoce que, el riesgo de síndrome de burnout es más alto en los trabajadores donde sus tareas requieren atender y relacionarse con personas, por ejemplo, docentes, personal de salud y policías (De Hert, 2020; Serna & Martínez, 2020).

Para el estudio del síndrome de burnout hay dos perspectivas; clínica y psicosocial. En cuanto a la perspectiva clínica, en el año de 1974, Freudenberger utilizó la palabra "burnout" haciendo referencia al grupo de síntomas físicos que atraviesa el personal de salud debido al conjunto de factores laborales negativos en el trabajo, es decir únicamente desde un enfoque biológico. Lo definió como fracasar, agotarse y desgastarse debido a altas demandas tanto de trabajo y energía, por lo que la persona al ofrecer sus servicios "se quema" y naufraga en la consecución de sus objetivos. Es así como se genera un agotamiento al trabajar en tareas excesivas que dejan a lado el bienestar propio de la persona (Carlin, et al., 2010). A nivel orgánico, el trabajador puede presentar cefaleas, trastornos digestivos y trastornos del sueño, dichos problemas a su vez pueden repercutir en la salud mental del personal y a su vez en la calidad de atención que se ofrece a los usuarios (Merino et al., 2018; Acevedo et al., 2013; Ceballos-Vásquez et al., 2020).

En cuanto a la perspectiva psicosocial, el síndrome de burnout se presenta como un conjunto de características, es decir síntomas y actitudes que se va dando en fases mientras va pasando el tiempo. La secuencia del proceso, primer o principal síntoma en aparecer, el protagonismo de cada uno de los síntomas globales, van a variar de acuerdo a los diferentes autores, además de que va a variar las técnicas o estrategias que cada persona utiliza para sobrellevarlo. Por esta razón, existen varias teorías o modelos que explican cómo se desarrolla este síndrome, estos son los llamados modelos etiológicos explicativos del síndrome, que han dado origen a tres teorías: socio-cognitiva, teoría del intercambio social y la teoría organizacional. En este estudio se busca abordar el síndrome desde el enfoque psicosocial considerado como factor de riesgo principal para su aparición y desarrollo (Martínez Pérez; 2010).

El síndrome de burnout se desarrolla en cinco etapas, la primera siendo la etapa de la luna de miel donde hay alegría y entusiasmo mientras se realiza las actividades laborales. En la segunda etapa, empieza una ola de estrés y en caso de que no se tengan estrategias para su manejo, se inicia la tercera etapa

donde se observan problemas con mayor carga laboral, dificultad para dedicar tiempo a la familia, amigos y para sí mismo por lo que la persona es afectada tanto mentalmente como físicamente. Este estrés crónico suele acabar en frustración, con sentimientos de incompetencia y fracaso, sin embargo, si no se toma la debida importancia surge la cuarta etapa de apatía. Esta cuarta etapa está llena de desilusión y desesperanza donde la persona no ve salida y llega a presentarse como indiferente apareciendo la última y quinta etapa que es el síndrome de burnout (De Hert, 2020).

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Durante los últimos años, el análisis de los aspectos organizacionales y psicosociales han ido adquiriendo gran importancia en el mundo del trabajo, sin olvidar la parte del bienestar del personal trabajador. Los denominados factores psicosociales se definen como “las condiciones presentes en una situación laboral relacionadas directamente con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno de trabajo que tienen capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud del trabajador” (Agún González et al., 2014).

Según la Organización Internacional del Trabajo, el estrés laboral está compuesto de las acciones que presenta un trabajador frente a altas cargas laborales y requerimientos por parte de la empresa que acaban convirtiendo al trabajador en una persona desconfiada de sus capacidades y habilidades. Por lo que surge una demostración de sus respuestas tanto a nivel orgánico y psicoemocional, donde el trabajador trata de ajustarse a las exigencias tanto a nivel laboral como familiar, pero se genera conflictos con colegas, familia y amigos por la falta de organización entre su trabajo, sus necesidades personales y la empresa, dando como resultado estrés y problemas para cumplir con sus responsabilidades.

El síndrome del trabajador quemado está compuesto por factores de riesgo que se concentran prioritariamente en la calidad de la parte organizacional de la empresa, así se puede mencionar los horarios inflexibles, turnos prolongados, horas extras no remuneradas, conflictos sociales, desorganización de tareas y división de trabajo injusto (Izquierdo et al., 2016).

La exposición a múltiples factores de riesgo psicosociales como las exigencias emocionales y psicosociales, falta de soporte por parte de la empresa y ausencia de salarios justos puede desencadenar una desmotivación e insatisfacción laboral (Castro-Méndez, 2018). La Organización Internacional del Trabajo ratifica en el informe del 2013 el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo, también establece que el burnout no solo sucede en los trabajadores de la salud o atención al cliente. Si no, que recalca claramente que la aparición de estas enfermedades ligadas al estrés laboral está muy relacionada a los cambios tecnológicos, sociales y organizativos. Así mismo, dichas enfermedades contribuyen a la pérdida de estados de salud de los trabajadores, sus familias y consecuentemente la reducción de productividad de las empresas. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo, en la guía SOLVE pone en conocimiento la relación que existe entre el trabajo y el estrés por lo que se consideran problemas prioritarios en la salud ocupacional tanto en países desarrollados y vías de desarrollo, convirtiéndose en amenazas importantes en el crecimiento, desarrollo e inclusive la supervivencia empresarial (López Palomar., et al 2014).

A través de varios estudios de salud y seguridad en el trabajo se ha clasificado cinco grupos de factores psicosociales: 1. Altas demandas laborales; 2. Ausencia de control o autonomía en el trabajo; 3. Carencia de soporte social y dominio de área; 4. Salarios injustos o no remunerados por horas extras y 5. Responsabilidades de trabajo doméstico no remunerado (Organización Internacional del Trabajo 2013). Por ejemplo, en un estudio durante la pandemia se investigó varios factores relacionados al campo ocupacional en enfermeras con burnout, se encontró que las que presentaban altos niveles de

burnout no tenían suficientes insumos, poseían bajos niveles de entrenamiento en el área de SARS-COV2, menor experiencia, mayor carga laboral, menor seguridad laboral, trabajaban horas extras y tenían bajo soporte emocional (Galanis et al., 2021).

En el campo investigativo se encuentran varios estudios sobre el síndrome de burnout, la mayoría de ellos realizados en personal de salud. En un estudio realizado por Serrano et al. (2021), se encontró que existen varios factores de riesgo para presentar síndrome de burnout, entre ellos está el sexo femenino, estar en la década de los 30 y 40 años, personalidad caracterizada por perfeccionismo, tener malas relaciones interpersonales y horas de trabajo mayor a 40 horas semanales (Serrano et al., 2021). En otro estudio realizado en enfermeras de un hospital de Brasil, se encontró que el 14.3% del personal sufría de burnout y la mayoría trabajaban entre 30 y 40 horas a la semana, siendo el grupo con mayores niveles el grupo de 22 a 29 años de edad, donde el 47.2%, 34.1% y 34.1% tenían altos niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal correspondientemente (Vasconcelos y Martino; 2018). Mientras que, en un estudio realizado en Reino Unido se encontró que el personal tuvo niveles altos de cansancio emocional (33%), despersonalización (12%), realización personal (44%) con un riesgo de burnout de 37% (Colville et al., 2017).

A nivel nacional, en una investigación se reportó que alrededor del 90% de médicos y enfermeras presentaron burnout moderado a severo, siendo este más prevalente en médicos (Vinuesa Veloz et al., 2021). Mientras que, Holguín et al. (2022), encontraron que en los hospitales de Cuenca durante la emergencia sanitaria por COVID-19 hubo un 45.9% del personal que presentó síndrome de burnout grave (Holguín et al., 2022).

MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON EL CUESTIONARIO MASLACH

En 1981 Maslach and Jackson crearon un cuestionario donde se puede encontrar si una persona tiene síndrome de burnout a través de 3 dimensiones que son: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) en el trabajo (Maslach & Jackson, 1981; Bridgeman et al., 2018).

El agotamiento emocional se define como cansancio y falta de energía debido a una carga laboral elevada y conflictos con el personal de trabajo. La despersonalización se trata de poseer posturas negativas o cinismo hacia los pacientes o colegas debido a la falta de soporte psicoemocional al enfrentarse a un nuevo día de trabajo. La baja realización personal se define como una autoevaluación negativa caracterizada por incompetencia e insatisfacción (Torres Toala, et al., 2021). La dimensión más frecuente en el personal de salud es la despersonalización (Serna & Martínez, 2020). Por ejemplo, en un estudio, se encontró una prevalencia de burnout alta con una prevalencia de despersonalización del 95%, agotamiento emocional del 47% y realización personal del 11%, además que se relacionaron con factores como menores edades, número alto de pacientes y residentes (Torres Toala, et al., 2021).

Al revisar el cuestionario Maslach se encuentra que este está conformado por veinte y dos preguntas, en donde se toman en consideración los estados de ánimo y comportamientos del trabajador, así como su percepción en cuanto a su actividad laboral, para finalmente evaluar si el trabajador o profesional presenta burnout. Para la interpretación del test se considera altos puntajes mayor desgaste en el caso de las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización, mientras que, con puntuaciones bajas de realización personal representa mayor burnout. Las dimensiones detalladas consideran al síndrome como una variable que puede presentarse en diferentes escalas o niveles, pese a que no existen punto definidos de corte en el sentido clínico.

Por esto se considera que puntajes altos en agotamiento emocional y despersonalización y bajo en realización dan como resultado síndrome de burnout. Se realizará el diagnóstico de síndrome de Burnout con niveles altos en al menos una de las tres subescalas. A continuación, se mencionan algunos valores que han sido propuestos como de corte: Agotamiento Emocional; bajo si es menor o igual a 18, medio de 19-26 y alto igual o mayor a 27. En cuanto a la despersonalización; bajo si es igual o menor a 5, media de 6-9 y alta si es igual o mayor a 10. Para la realización personal, es baja si es igual o menor a 33, media de 34-39 y alta si es igual o mayor a 40 (Maslach & Jackson, 1981; Bridgeman et al., 2018).

JUSTIFICACIÓN

En el personal de salud que trabajan en centros de salud u hospitales en áreas rurales de varios países como el cantón Nabón en Ecuador, se conoce que, además de las altas exigencias de concentración, la sobrecarga de pacientes, falta de personal y la falta de insumos médicos; se suman adicionales estresores como, la larga distancia entre su lugar de trabajo y su domicilio, en algunos casos jornadas de trabajo que limitan contacto con sus familias e inestabilidad laboral. Todo lo mencionado ha sido claramente demostrado como factores determinantes en el desarrollo de síndrome de burnout (Terry & Woo, 2021; Saijo et al., 2018).

Si bien existen varias investigaciones sobre la prevalencia del síndrome de burnout en varias profesiones especialmente en trabajadores del área de salud, sin embargo, los estudios sobre los factores de riesgo asociados aún siguen siendo limitados. Además, hay pocos estudios sobre la asociación que se encuentra entre el síndrome de burnout y el cumplimiento de horarios extraordinarios, es decir, una carga horaria mayor a 40 horas semanales, y/o que limita compartir fechas especiales en compañía de los seres queridos (Lin et al., 2021).

Por otro lado, también es limitada la bibliografía en cuanto al impacto real que el síndrome de Burnout ocasiona en la relación médico paciente y los costes que su prevalencia local, nacional y mundial genera en los sistemas de salud. Dada esta problemática, se realiza esta investigación, con el propósito de determinar la prevalencia y factores de riesgo relacionados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras que cumplen jornadas laborales ordinarias vs extraordinarias en Unidades de Salud del distrito 01D05 Nabón-Oña durante el año 2022.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Todo lo previamente enunciado y citado; nos lleva a formularnos la consiguiente pregunta de investigación “¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores de riesgo psicosociales asociados en médicos y enfermeras que cumplen jornadas laborales ordinarias vs extraordinarias en Unidades de Salud del Distrito 01D05 Nabón-Oña, durante el año 2022?”.

Se considera la variable de exposición la identificación de riesgos psicosociales y como variable principal de efecto la presencia de Síndrome de Burnout caracterizado por la presencia de manifestaciones sugestivas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

OBJETIVOS

Dentro de los objetivos del estudio tenemos como objetivo principal: Establecer la prevalencia de síndrome de burnout y factores de riesgo psicosociales asociados en el personal de salud que cumplen jornadas laborales ordinarias vs extraordinarias.

Como objetivos específicos se ha planteado los siguientes:

1. Identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de síndrome de burnout.

2. Comparar la prevalencia de síndrome de burnout en profesionales que cumplen jornadas laborales ordinarias vs extraordinarias.
3. Determinar la principal esfera del síndrome de burnout que afecta al personal de salud incluido en el estudio.
4. Proponer un plan de acción para disminuir la prevalencia de síndrome de burnout.

Como hemos ya mencionado con los resultados fruto de esta investigación se realizará una gestión distrital para procurar resolver o por lo menos mitigar el problema a través de un plan de acción basados en los sistemas de promoción de salud y prevención tanto a nivel primario, secundario y terciario. Siendo la meta inicial mejorar la calidad del ambiente laboral y por ende las condiciones de salud física y mental del personal de salud, con la intervención de factores de riesgo psicosocial identificados en él estudio, así como indirectamente también disminuir la pérdida económica debido a ausentismos y/o rotación de personal, finalmente mejorar la relación médico paciente y la calidad de atención y apoyo en resolución de problemas de salud de los pacientes que acuden a las unidades de salud correspondientes al distrito 01D05 Nabón-Oña (Nowrouzi et al., 2015; Awa et al., 2010).

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Este estudio es epidemiológico, cuantitativo, analítico y transversal.

UNIVERSO: Personal de salud (médicos y enfermeras) de ocho Establecimientos de las Unidades de Salud del Distrito 01D05 Nabón-Oña: Oña, Zhiña, Nieves, La Paz, Susudel, Progreso, Rañas y Cochapata dando un total de 120 participantes.

MUESTREO: Para la muestra se utilizó muestreo intencional, en donde se incluyó al personal de salud de los 8 Establecimientos de salud que cumplieron

los criterios de inclusión descritos: personal de Salud de Nabón (médicos y enfermeras) que cumplen jornadas laborales ordinarias o extraordinarias en unidades de salud del distrito 01D05 Nabón-Oña, tener al menos tres meses laborando en una unidad de salud del área descrita; los criterios de exclusión fueron: presentar alguna enfermedad de base como depresión o ansiedad.

RECOLECCIÓN DE DATOS: Se utilizó una encuesta digital de Google Forms que fue enviada a los participantes mediante la directora del Distrito 01D05 por el sistema de gestión documental Quipux. La encuesta estaba constituida dos secciones, primero un cuestionario con preguntas sociodemográficas que incluía dimensiones como sexo, edad, ciudad natal, nivel de educación, tiempo trabajando en la institución, tipo de contrato, jornada laboral, seguridad sobre la continuidad de empleo y tiempo en transportarse del hogar al trabajo. La otra sección estaba constituida por el cuestionario de Maslach compuesto de veinte y dos ítems donde se midió las 3 dimensiones del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal y también el riesgo de presentar burnout. De los 120 participantes, se recibieron respuestas de 101 personas, las cuales se exportaron utilizando Microsoft Excel.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizó el análisis estadístico utilizando la herramienta de software Epi info versión 7.2 donde se importaron la base de datos de las encuestas. Se encontró las frecuencias absolutas y relativas de cada factor sociodemográfico asociado a las horas de trabajo semanales ordinarias (hasta 40 horas) vs. extraordinarias (más de 40 horas). Para encontrar si existe una relación de riesgo de burnout con las características sociodemográficas del personal de salud se utilizó el chi cuadrado con odds ratio e intervalo de confianza de 95%; se consideró que las asociaciones son significativas si $p < 0.05$. Para encontrar la asociación combinada e independiente de los factores de riesgo con el riesgo de este síndrome, se utilizó regresión logística cruda y ajustada; considerando una asociación significativa si $p < 0.05$. La aprobación para realizar este estudio en los 8 establecimientos de salud fue dada por la directora del distrito 01D05 Nabón-Oña dio. Como primera pregunta

de la encuesta, se estableció una pregunta sobre si cada participante daba su consentimiento para utilizar sus respuestas de manera confidencial y anónima para realizar este estudio.

RESULTADOS

De los 120 trabajadores de salud de los 4 establecimientos de salud del cantón Nabón, 101 trabajadores respondieron la encuesta. De ellos, el 72.27% fueron médicos, 61.38% fueron mujeres, el 51.48% tenían edades ente 20 a 29 años y el resto se ubicaban en grupos de edad de 30 hasta los 65 años de edad, la ciudad natal de la mayoría de trabajadores era Cuenca en un 89.11%, mientras que el resto pertenecía a otras ciudades entre ellas Loja, Santa Isabel, Girón y Quito. El 74.25% trabajaba como máximo 40 horas semanales, el 59.40% llevaba trabajando entre 1 a 5 años y la mayoría del personal (83.16%) contaba con un trabajo de contrato temporal definido. La mayoría del personal tenía una seguridad baja sobre la continuidad en el trabajo siendo esta 68.31%, la mayoría trabajaba jornadas laborales diurnas en un 70.29%, la mayoría del personal (67,32%) tardaba entre 30 minutos a 1 hora en trasladarse de la casa al trabajo, así mismo la mayoría del personal consideraba que su horario laboral se adaptaba bien a los compromisos sociales y familiares con un 67.32%.

La prevalencia de burnout en médicos y enfermeras del presente estudio fue del 32,17%. Se encontró que quienes laboraban horas ordinarias (hasta 40 horas) presentaron 9,33% de burnout mientras que los que laboraban horas extraordinarias (más de 40 horas) presentaron una mayor prevalencia (38,46%).

En cuanto a la relación con cada variable demográfica y las horas de trabajo a la semana, la Tabla 1. muestra que las variables que tuvieron una relación significativa con las horas de trabajo a la semana fueron: el número de trabajos remunerados y la adaptabilidad del horario laboral a los compromisos sociales y familiares ($p < 0.05$) (**ver Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas de enfermeras y médicos de los Establecimientos de Salud del distrito Nabón-Oña en el periodo enero-diciembre del 2022 y su relación con las horas de trabajo semanales (n=101)

Variable	Categoría	Horas de trabajo a la semana		Chi cuadrado
		Hasta 40 horas (n=75) N (%)	Mayor a 40 horas (n=26) N (%)	
Sexo	Mujeres	43 (57,33)	19 (73,08)	0,23
	Hombres	32 (42,67)	7 (26,92)	
Edad	20 a 29 años	39 (52,00)	13 (50,00)	0,94
	30 a 39 años	21 (28,00)	7 (26,92)	
	40 a 49 años	6 (8,00)	3 (11,54)	
	50 a 60 años	5 (6,67)	1 (3,85)	
	> 60 años	4 (5,33)	2 (7,69)	
Ciudad natal	Cuenca	68 (90,67)	22 (84,62)	0,62
	Otra ciudad	7 (9,33)	4 (15,38)	
Número de trabajos remunerados	Uno	75 (100,00)	17 (65,38)	<0,01
	Dos	0 (0,00)	9 (34,62)	
Ocupación	Médico	58 (77,33)	15 (57,69)	0,094
	Enfermera	17 (22,67)	11 (42,31)	
Tiempo trabajando en la empresa	< 6 meses	6 (8,00)	2 (7,69)	0,71
	6 meses a 1 año	15 (20,00)	8 (30,77)	
	1 año a 5 años	47 (62,67)	13 (50,00)	
	>5 años	6 (8,00)	2 (7,69)	
	>10 años	1(1,33)	1 (3,85)	
Contrato laboral	Temporal definido	62 (82,67)	22 (84,62)	0,34
	Temporal indefinido	5 (6,67)	0 (0,00)	
	Nombramiento	8 (10,67)	4 (15,38)	
Seguridad sobre continuidad de contrato laboral	Baja	52 (69,33)	17(65,38)	
	Media	16 (21,33)	5 (19,23)	0,69
	Alta	7 (9,33)	4 (15,38)	
Jornada laboral	Diurno	56 (74,67)	15 (57,69)	0,12
	Nocturno	1 (1,33)	0 (0,00)	
	Turnos solo de día	5 (6,67)	3 (11,54)	
	Turnos día-noche	9 (52,94)	8 (30,77)	
	Turnos por ciclos (varios días de trabajo y varios días descanso)	4 (5,33)	0 (0,00)	
Tiempo de traslado de la casa al trabajo	< 30 minutos	14 (18,67)	4 (15,38)	0,74
	31 a 60 minutos	51 (68,00)	17 (65,38)	
	>1 hora	10 (13,33)	5 (19,23)	
Horario de trabajo se adapta a los compromisos sociales y familiares	Muy bien	7 (9,33)	4 (15,38)	0,04
	Bién	56 (74,67)	12 (46,15)	
	No muy bien	11 (14,67)	8 (30,77)	
	Nada bien	1 (1,33)	2 (7,69)	

Se muestra en negrita los resultados significativos $p < 0.05$

Se encontró que tanto la ciudad natal, el número de trabajos, estabilidad laboral, el tipo de jornada y las horas de trabajo se relacionaron significativamente con el cansancio emocional ($p < 0.05$). El personal que tenía como ciudad natal otra ciudad que no era cercana a Nabón presentaba altos niveles de cansancio emocional en un 45,45% comparado con el personal que tenía como ciudad natal a Cuenca (ciudad cercana a Nabón) 13.33% ($p = 0.02$). El personal que poseía dos trabajos presentaba mayores niveles de cansancio emocional 33.33% comparado con el personal que poseía un solo trabajo 15.22% ($p = 0.03$). El personal que poseía una estabilidad de contrato laboral baja tenía menores niveles de cansancio emocional (11.59%) en comparación con los que poseían una estabilidad de contrato laboral alto (18.18%) ($p = 0.03$). El personal que poseía jornadas de turnos de día-noche tenía mayores niveles de cansancio emocional (35.29%) en comparación con los que tenían jornadas diurnas (14.08%) ($p = 0.02$). El personal que trabajaba más de 40 horas a la semana tenía mayor nivel de cansancio emocional (16.83%) en comparación con los que trabajaban menos de 40 horas 9.33% ($p = 0.015$) (**ver Tabla 2**).

Ninguna de las variables de riesgo se relacionó significativamente con la despersonalización y realización personal ($p > 0.05$) (**ver Tabla 2**).

En cuanto al riesgo de burnout, la ciudad natal y las horas de trabajo a la semana se relacionaron significativamente con el riesgo de burnout ($p < 0.05$). Los trabajadores que tenían como ciudad natal otra ciudad que no sea Cuenca presentaron mayor riesgo de burnout (45.45%) en comparación con los trabajadores con ciudad natal Cuenca (13.33%) ($p = 0.023$). Los trabajadores quienes laboraban más de 40 horas a la semana presentaron mayor riesgo de burnout (38.46%) en comparación con los que laboraban menos de 40 horas semanales (9.33%) ($p = 0.028$) (**ver Tabla 2**).

Tabla 2. Prevalencia de cansancio emocional, despersonalización, realización personal y riesgo de burnout en relación a factores sociodemográficos y factores de riesgo en enfermeras y médicos de los Establecimientos de Salud del distrito Nabón-Oña en el periodo enero-diciembre del 2022 (n=101)

Variable	Categoría	Cansancio emocional				Despersonalización				Realización personal				Riesgo burnout		
		Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	P	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	P	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	P	No n (%)	Si n (%)	P
Sexo	Mujeres	13 (20,97)	37 (59,68)	12 (19,35)	0,67	1 (1,61)	7 (11,29)	54 (87,10)	0,4	62 (100,00)	-	-	1	50 (80,65)	12 (19,35)	0,56
	Hombres	8 (20,51)	26 (66,67)	5 (12,82)		0 (0,00)	2 (5,13)	37 (94,87)		39 (100,00)	-	-		34(87,18)	5 (12,82)	
Edad	20-29	12 (23,08)	30 (57,69)	10 (19,23)	0,12	1 (1,92)	6 (11,54)	45 (86,54)	0,94	52 (100,00)	-	-	1	42 (80,77)	10 (10,23)	0,41
	30-39	4 (14,29)	21 (75,00)	3 (10,71)		0 (0,00)	2 (7,14)	26 (92,86)		28 (100,00)	-	-		25 (89,29)	3 (10,71)	
	40-49	2 (22,22)	4 (44,44)	3 (33,33)		0 (0,00)	1 (11,11)	8 (88,89)		9 (100,00)	-	-		6 (66,67)	3 (33,33)	
	50-60	2 (33,33)	4 (66,67)	0 (0,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	6 (100,00)		6 (100,00)	-	-		6 (100,00)	0 (0,00)	
	> 60 años	1 (16,67)	4 (66,67)	1 (16,67)		0 (0,00)	0 (0,00)	6 (100,00)		6 (100,00)	-	-		5 (83,33)	1 (16,67)	
Ciudad	Cuenca	19 (21,11)	59 (65,56)	12 (13,33)	0,02	1 (1,11)	9 (10,00)	80 (88,89)	0,5	90 (100,00)	-	-	1	78 (86,67)	12 (13,33)	0,023
	Otra ciudad	2 (18,18)	4 (36,36)	5 (45,45)		0 (0,00)	0 (0,00)	11 (100,00)		11 (100,00)	-	-		6 (54,55)	5 (45,45)	
Número de trabajos	1	17 (18,48)	61 (66,30)	14 (15,22)	0,03	1 (1,09)	7 (7,61)	84 (91,30)	0,32	92 (100,00)	-	-	1	78 (84,78)	14 (15,22)	0,35
	2	4 (44,44)	2 (22,22)	3 (33,33)		0 (0,00)	2 (22,22)	7 (77,78)		9 (100,00)	-	-		6 (66,67)	3 (33,33)	
Ocupación	Médico	16 (21,92)	47 (64,38)	10 (13,70)	0,39	1 (1,37)	6 (8,22)	66 (90,41)	0,76	73 (100,00)	-	-	1	63 (86,30)	10 (13,70)	0,28
	Enfermera	5 (17,86)	16 (57,14)	7 (25,00)		0 (0,00)	3 (10,71)	25 (89,29)		28 (100,00)	-	-		21 (75,00)	7 (25,00)	
Tiempo en la empresa	<6 meses	4 (50,00)	2 (25,00)	2 (25,00)	0,05	1 (12,50)	1 (12,50)	6 (75,00)	0,13	8 (100,00)	-	-	1	6 (75,00)	2 (25,00)	0,18
	6 meses-1 año	4 (17,39)	12 (52,17)	7 (30,43)		0 (0,00)	2 (8,70)	21 (91,30)		23 (100,00)	-	-		16 (69,57)	7 (30,43)	
	1-5 años	10 (16,67)	44 (73,33)	6 (10,00)		0 (0,00)	5 (8,33)	55 (91,67)		60 (200,00)	-	-		54 (90,00)	6 (10,00)	
	> 5 años	3 (37,50)	3 (37,50)	2 (25,00)		0 (0,00)	1 (12,50)	7 (87,50)		8 (100,00)	-	-		6 (75,00)	2 (25,00)	
	> 10 años	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	2 (100,00)		2 (100,00)	-	-		2 (100,00)	0 (0,00)	
Relación laboral	Temporal definido	18 (21,43)	53 (63,10)	13 (15,48)	0,94	1 (1,19)	8 (9,52)	75 (89,29)	0,94	84 (100,00)	-	-	1	71 (84,52)	13 (15,48)	0,69
	Temporal indefinido	1 (20,00)	3 (60,00)	1 (20,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	5 (100,00)		5 (100,00)	-	-		4 (80,00)	1 (20,00)	
	Nombramiento	2 (16,67)	7 (58,33)	3 (25,00)		0 (0,00)	1 (8,33)	11 (91,67)		12 (100,00)	-	-		9 (75,00)	3 (25,00)	
Estabilidad laboral	Baja	19 (27,54)	42 (60,87)	8 (11,59)	0,03	1 (1,45)	5 (7,25)	63 (91,30)	0,84	69 (100,00)	-	-	1	61 (88,41)	8 (11,59)	0,065
	Media	0 (0,00)	14 (66,67)	7 (3,33)		0 (0,00)	3 (14,29)	18 (85,71)		21 (100,00)	-	-		14 (66,67)	7 (33,33)	
	Alta	2 (18,18)	7 (63,64)	2 (18,18)		0 (0,00)	1 (9,09)	10 (90,91)		11 (100,00)	-	-		9 (81,82)	2 (18,18)	
Tipo de jornada	Diurno	13 (18,31)	48 (67,61)	10 (14,08)	0,02	1 (1,41)	6 (8,45)	64 (90,14)	0,97	71 (100,00)	-	-	1	61 (85,92)	10 (14,08)	0,22
	Nocturno	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)		1 (100,00)	-	-		1 (100,00)	0 (0,00)	
	Turnos solo de día	4 (50,00)	3 (37,50)	1 (12,50)		0 (0,00)	1 (12,50)	7 (87,50)		8 (100,00)	-	-		7 (87,50)	1 (12,50)	
	Turnos día-noche	1 (5,88)	10 (58,82)	6 (35,29)		0 (0,00)	1 (5,88)	16 (94,12)		17 (100,00)	-	-		11 (64,71)	6 (35,29)	
	Turnos por ciclos (varios días de trabajo y varios días de descanso)	3 (75,00)	1 (25,00)	0 (0,00)		0 (0,00)	1 (25,00)	3 (75,00)		4 (100,00)	-	-		4 (100,00)	0 (0,00)	
Tiempo de traslado de la casa al trabajo	<30 min	4 (22,22)	9 (50,00)	5 (27,278)	0,63	1 (5,56)	3 (16,67)	14 (77,78)	0,1	18 (100,00)	-	-	1	13 (72,22)	5 (27,78)	0,32
	31 a 60 min	14 (20,59)	45 (66,18)	9 (13,24)		0 (0,00)	6 (8,82)	62 (91,18)		68 (100,00)	-	-		59 (86,76)	9 (13,24)	
	>1 hora	3 (20,00)	9 (60,00)	3 (20,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	15 (100,00)		15 (100,00)	-	-		12 (80,00)	3 (20,00)	
Horario de trabajo se adapta a los compromisos sociales y familiares	Muy bien	5 (45,45)	6 (54,55)	0 (0,00)	0	1 (9,09)	2 (18,18)	8 (72,73)	0,11	11 (100,00)	-	-	1	11 (100,00)	0 (0,00)	0
	Bien	16 (23,53)	47 (69,12)	5 (7,35)		0 (0,00)	6 (8,82)	62 (91,18)		68 (100,00)	-	-		63 (92,65)	5 (7,35)	
	No muy bien	0 (0,00)	10 (52,63)	9 (47,37)		0 (0,00)	1 (5,26)	18 (94,74)		19 (100,00)	-	-		10 (52,63)	9 (47,37)	
Horas de trabajo a la semana	Nada bien	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)		0 (0,00)	3 (100,00)	3 (100,00)		3 (100,00)	-	-		0 (0,00)	3 (100,00)	
	Hasta 40 horas	15 (20,00)	53 (70,67)	7 (9,33)	0,0015	1 (1,33)	7 (9,33)	67 (89,33)	0,8	75 (100,00)	-	-	1	68 (90,67)	7 (9,33)	0,0018
	>40 horas	6 (23,08)	10 (62,38)	10 (16,83)		0 (0,00)	2 (7,69)	24 (92,31)		26 (100,00)	-	-		16 (61,54)	10 (38,46)	

Se muestra en negrita los resultados significativos $p < 0.05$

La tabla 3. muestra que en el modelo de regresión logística cruda los trabajadores que tienen como ciudad natal otra ciudad (excepto Cuenca) tienen 5,41 veces más riesgo de tener burnout que las personas cuya ciudad natal es Cuenca (IC 95% 1,24-20,55). Los trabajadores quienes consideran tener una estabilidad media sobre la continuidad de su contrato tienen 3,81 veces más riesgo de tener burnout que las personas con estabilidad baja o alta (IC 95% 1,18-12,27). Los trabajadores quienes laboraban más de 40 horas semanales tienen 6,07 veces más riesgo de tener burnout que las personas quienes laboraban menos de 40 horas semanales (IC 95% 2,00-18,40) **(ver tabla 3)**.

Después de ajustar las variables significativas al modelo de regresión, se encuentra que los trabajadores que tienen como ciudad natal otra ciudad (excepto Cuenca) tienen 5,52 veces más riesgo de tener burnout que las personas cuya ciudad natal es Cuenca (IC 95% 1,20-25,29). Los trabajadores quienes consideran tener una estabilidad media sobre la continuidad de su contrato tienen 5,04 veces más riesgo de tener burnout que las personas con estabilidad baja o alta (IC 95% 1,27-19,88). Los trabajadores quienes laboran más de 40 horas semanales tienen 7,52 veces más riesgo de tener burnout que las personas quienes laboran menos de 40 horas semanales (IC 95% 2,15-26,33) **(ver tabla 3)**.

Tabla 3. Modelo de regresión logística crudo y ajustado de factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en enfermeras y médicos de los Establecimientos de Salud del distrito Nabón-Oña en el periodo enero-diciembre del 2022 (n=101)

VARIABLE	CATEGORIA	RIESGO BURNOUT	
		ORC (IC95%)	ORA (IC95%)
Sexo	Mujeres	1	
	Hombres	0,63 (0,19-1,89)	
Edad	20 a 29 años	1	
	30 a 39 años	0,50 (1,12-2,00)	
	40 a 49 años	2,10 (0,44-9,87)	
	50 a 60 años	0,00 (0,00-0,00)	
	> 60 años	0,84 (0,08-8,01)	
Ciudad natal	Cuenca	1	1
	Otra ciudad	5,41 (1,42-20,55)	5,52 (1,20-25,29)
Trabajos remunerados	1	1	
	2	2,78 (0,62-12,46)	
Ocupación	Médico	1	
	Enfermera	2,10 (0,71-6,22)	
Tiempo en la empresa	Menos de 6 meses	1	
	6 meses a 1 año	1,31 (0,21-8,18)	
	1 año a 5 años	0,33 (0,05-2,03)	
	> 5 años	1,00 (0,10-9,61)	
	>10 años	0,00 (0,00-0,00)	
Relación laboral	Contrato temporal definido	1	
	Contrato temporal indefinido	1,36 (0,14-13,21)	
	Nombramiento	1,82 (0,43-7,64)	
Seguridad sobre continuidad de contrato	Baja	1	1
	Media	3,81 (1,18-12,27)	5,04 (1,27-19,88)
	Alta	1,69 (0,30-9,27)	1,35 (0,22-8,27)
Tipo de jornada laboral	Diurno	1	
	Nocturno	-	
	Turnos solo de día	-	
	Turnos día-noche	-	
	Turnos por ciclos (varios días de trabajo y varios días descanso)	-	
Traslado de casa al trabajo	< 30 minutos	1	
	31 a 60 minutos	0,39 (0,11-1,38)	
	>1 hora	0,65 (0,12-3,32)	
Adaptabilidad	Muy bien	1	
	Bién	-	
	No muy bien	-	
	Nada bien	-	
Horas de trabajo a la semana	Hasta 40 horas	1	1
	>40 horas	6,07 (2,00-18,40)	7,52 (2,15-26,33)

ORC=Odds ratio crudo, ORA= Odds ratio ajustado, IC95%=Intervalo de confianza del 95%

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio se trató de encontrar la prevalencia de burnout en médicos y enfermeras y su asociación con los factores de riesgo como su sexo, edad, ciudad natal, jornada laboral, horario laboral, tiempo para transportarse, entre otros. La prevalencia de burnout en médicos y enfermeras del presente estudio fue del 32,17%. Estos valores son superiores a los de un estudio realizado en enfermeras de cuidados intensivos en Brasil donde la prevalencia de burnout fue de 14,3% (Vasconcelos y Martino; 2018). La mayor prevalencia encontrada en nuestro estudio puede deberse a la carga laboral ya que en el estudio de Brasil, las enfermeras de cuidados intensivos atendían un aproximado de 10 pacientes al día, mientras que, en nuestro estudio tanto médicos y enfermeras de los centros de salud están en contacto con un aproximado de 20 pacientes al día, teniendo un tiempo de 20 minutos por paciente. A nivel nacional nuestros resultados son comparables con un estudio donde se encontró un nivel de burnout del 45% en los hospitales de Cuenca durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (Holguín et al., 2022). Una de las razones de esta mayor prevalencia se debe a que el personal de salud fue la primera línea de batalla contra el COVID19 dando como resultado un decremento en la salud mental de aquellos.

El segundo objetivo fue comparar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal que trabaja horas ordinarias con los que trabajan horas extraordinarias. Se encontró que quienes laboraban horas ordinarias (hasta 40 horas) presentaron 9,33% de burnout mientras que los que laboraban horas extraordinarias (más de 40 horas) presentaron una mayor prevalencia (38,46%). Estos resultados son comparables con un estudio realizado en China donde se encontró que el personal de salud que trabajaba más de 60 horas a la semana tenía mayor prevalencia de síndrome de burnout y 4,54 veces más riesgo de presentarlo comparado con los que trabajaban menos de 60 horas (Rothenberger, 2017). Sin embargo, hay algunos estudios donde se contradice este enunciado, por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil se encontró que el 14.3% del personal que sufría de burnout trabajaba menos de 40 horas a la

semana (Vasconcelos & Martino; 2018) y otro donde los profesionales que trabajaban 30 horas semanales presentaron burnout en un 22,2% mientras que los que trabajaban 40 horas presentaban burnout en un 9,2% (DeFranca et al., 2012). La mayor prevalencia de burnout en el personal que trabaja más de 40 horas depende del trabajo extra fuera de horario laboral, más no de la cantidad de horas laborables ya que en otros estudios se ha encontrado que el personal de salud pasa alrededor de 2 horas en trabajo administrativo extra además de 2 horas extra en las noches en trabajos de oficina y computadora, por lo tanto, el trabajar horas extra es un factor de riesgo para burnout (Rothenberger, 2017). El tercer objetivo específico de este estudio fue identificar factores de riesgo asociados a la presencia del síndrome de burnout. En este estudio, se pudo encontrar 3 factores de riesgo de burnout significativos: pertenecer a una ciudad natal lejana al lugar de trabajo, poseer una estabilidad laboral media y trabajar más de 40 horas a la semana.

En cuanto a la ciudad natal, se encontró que los trabajadores que tenían como ciudad natal, una ciudad lejana a Nabón, tenían 5,52 veces más riesgo de tener burnout. Estos resultados son comparables con un estudio donde se encontró una relación significativa entre la ciudad natal y riesgo de burnout en una zona rural en Japón debido a que los médicos rurales que tenían que vivir en una ciudad o pueblo no natal presentaban mayores intenciones de renunciar al trabajo y por lo tanto mayor riesgo de burnout (Saijo et al., 2018). Esto se debe a que el personal de salud quienes no trabajan en su ciudad natal, presenta un conflicto con su hogar donde se les dificulta compartir su día a día con sus familias como dialogar y participar en actividades, problemas para cuidados del hijo, no poder compartir comidas y menor tiempo con sus esposos o hijos (Lacy & Chan, 2018).

Para la estabilidad laboral, se encontró que los trabajadores quienes consideran tener una estabilidad media sobre la continuidad de su contrato tuvieron 5,04 veces más riesgo de tener burnout que las personas con estabilidad baja o alta. Estos resultados son comparables con un estudio donde se encontró que los

profesionales que tenían un contrato permanente presentaban mayores niveles de cansancio emocional (Molero-Jurado et al; 2018). Estos resultados se pueden explicar debido a que las personas quienes saben que van a seguir trabajando en el mismo lugar por mayor número de años tendrán la misma rutina que se podría convertir monótona con menor probabilidad a cambios de ambiente (Molero-Jurado et al; 2018).

Se encontró que los trabajadores quienes laboraban más de 40 horas semanales tenían 7,52 veces más riesgo de tener burnout que las personas quienes laboraban menos de 40 horas semanales. Esto es comparable a un estudio donde encontraron que el burnout incrementaba cuando se superaba las 40 horas de trabajo a la semana, y el OR se duplicaba cuando se excedía de las 59 horas y triplicaba cuando superaba las 84 horas (Lin et al., 2021). Como ya se mencionó, esto se debe a que el incremento de burnout está altamente relacionado con las horas para dormir, mientras más número de horas de trabajo a la semana, mayor número de problemas y disturbios al dormir. En un estudio realizado en personal de salud en Taiwán hubo una relación negativa con burnout y las horas para dormir, por lo que se menciona que trabajar más horas a la semana que implica trabajar turnos nocturnos altera el patrón de dormir generando periodos de sueño cortos e interrumpidos y genera dificultad para poder dormir (Lin et al., 2021). Además, en las horas de la noche, el personal suele presentar falta de energía y exceso de trabajo a veces relacionado a atenciones básicas como llevar al baño a los a pacientes o a veces eventos adversos como caídas de pacientes, entre otros (Intriago-Miranda, 2019).

El tercer objetivo específico de este estudio fue encontrar la principal esfera del síndrome de burnout. El síndrome de burnout está caracterizado por niveles altos de cansancio emocional, altos niveles de despersonalización y bajos niveles de realización personal. En este estudio se encontró que el 100% del personal de salud tuvo niveles bajos de realización personal, el 90.09% tuvo niveles altos de cansancio emocional, el 15,84% tuvo niveles altos de despersonalización dando como resultado que el 16,83% presente riesgo de burnout. Estos resultados se

comparan con un estudio realizado en un Hospital durante la pandemia donde la mayor parte del personal médico y de enfermería presentaron altos niveles de agotamiento emocional (78,15%), bajos niveles de realización personal (78,09%), sin embargo, en este estudio también encontraron que la mayor parte presentó altos niveles de despersonalización (72,61%) dando como resultado que el 95,89% presente riesgo de burnout (Vinueza Veloz et al., 2021). Sin embargo, en el estudio donde analizaron a enfermeras, los altos niveles de despersonalización pudieron deberse a las condiciones que tuvieron que enfrentar el personal de salud durante la pandemia, donde el ambiente hospitalario se convirtió en uno donde el personal necesitaba utilizar varias prendas de protección y atender a un sin número de pacientes contagiados. A diferencia de nuestra población estudiada donde los casos de SARS COV-2 no suelen ser graves y son atendidos en consulta externa por personal de salud solo con trajes de protección meramente necesarios.

LIMITACIONES

Este estudio tiene algunas limitaciones las cuales deben ser manejadas con cuidado. Por ejemplo, algunos empleados pudieron no sentirse bien al contestar el cuestionario por miedo a que sus respuestas repercutan en su contrato. La otra limitación es que estos resultados solo aplican para enfermeras y médicos, no se puede generalizar los resultados a otro personal de salud por ejemplo administrativo dado que sus actividades y horarios laborales van a ser diferentes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según los resultados el síndrome de burnout en el personal sanitario (médicos y enfermeras) de los establecimientos de salud Nabón-Oña, la dimensión que tiene mayor tendencia a la aparición de este tipo de estrés laboral es el cansancio emocional. A esto se le añade diversos problemas socio demográficos y los considerados factores de riesgo psicosociales, entre los cuales se pudieron determinar en este estudio: la residencia del trabajador en lugares distantes a Nabón, cumplir jornadas laborales diferente a la ordinaria, la inestabilidad laboral y tener más de un trabajo, siendo considerados como determinantes o significativos en la presentación del síndrome en la esfera ya mencionada.

PLAN DE ACCIÓN

Las estrategias de acción a nivel individual se centran en reducir la experiencia emocional del estrés ocasionado por varios factores inherentes al trabajador y los riesgos psicosociales identificados mediante los siguientes objetivos:

- Promover hábitos saludables
- Tamizaje de problemas de salud mental en el trabajador de manera periódica
- Mantener actitud positiva frente al trabajo
- Exponer abierta y oportunamente situaciones desagradables en el ámbito laboral.

Las estrategias de acción a nivel organizativo e interactivo se podrán cumplir mediante los siguientes objetivos:

- Incentivos a los trabajadores que cumplen jornadas diferentes a la ordinaria y quienes tienen su residencia en lugares alejados a Nabón.
- Programas de reconocimiento a los trabajadores por su apoyo al crecimiento de la institución laboral.

- Proponer horarios rotativos para evitar “quemar al personal” manteniéndolo en jornadas diferente a la ordinaria de manera continua y prolongada.
- Establecer espacios para recreación y tiempos de ocio saludable.
- Promover la interacción y relaciones laborales saludables, mediante el respeto y la inclusión a todos los compañeros en igualdad de condiciones.
- Constituir políticas claras y tajantes en contra del acoso laboral de cualquier tipo.

PROPUESTA DEL PLAN DE ACCIÓN

Estrategia y nivel de impacto	Objetivo	Actividad	Periodicidad	Responsable
Individual	Promover hábitos saludables.	Charlas sobre hábitos y estilos de vida saludable. Charlas sobre consumo de sustancias.	Mensual	Médico ocupacional Trabajadores
	Tamizaje de problemas de salud mental en el trabajador de manera periódica.	Consulta con psicología	Trimestral	Psicólogo del Centro de salud Trabajadores
	Mantener actitud positiva frente al trabajo.	Talleres motivacionales en el trabajo	Semestral	Departamento de salud y seguridad en el trabajo Trabajadores
	Exponer abierta y oportunamente situaciones desagradables en el ámbito laboral.	Charlas contra la violencia y el acoso en el área del trabajo. Carteles informativos que invitan a denunciar cualquier tipo de	Mensual	Departamento de salud y seguridad en el trabajo Trabajadores

		situación desagradable en el trabajo		
Organizativo e interactivo	Incentivos a los trabajadores que cumplen jornadas diferentes a la ordinaria y quienes tienen su residencia en lugares alejados a Nabón.	Brindar días de descanso en feriados nacionales como incentivo a trabajadores que cumplen jornadas de 5 días que incluye fines de semana para que puedan compartir con su familia,	Trimestral	Talento humano, administración técnica.
	Programas de reconocimiento a los trabajadores por su apoyo al crecimiento de la institución laboral.	Realizar actividades en donde se reconozca el esfuerzo de los trabajadores en base a su entrega a la institución	Anual	Talento humano, dirección distrital, administración técnica.
	Proponer horarios rotativos para evitar “quemar al personal” manteniéndolo en jornadas diferente a la ordinaria de manera continua y prolongada.	Realizar rotación de horarios de tiempo no mayor a 3 meses.	Anual	Talento humano, dirección distrital, administración técnica.
	Establecer espacios para recreación y tiempos de ocio saludable.	Establecer espacios de recreación como maratones o actividades extracurriculares deportivas de integración.	Semestral	Talento humano, dirección distrital, administración técnica y equipo de salud y seguridad en el trabajo.
	Promover la interacción y relaciones laborales saludables, mediante	Realizar talleres y foros enfocados en mejorar las		

	el respeto y la inclusión a todos los compañeros en igualdad de condiciones.	relaciones laborales y luchar por la erradicación de la violencia y discriminación.		
	Constituir políticas claras y tajantes en contra del acoso laboral de cualquier tipo.	Realizar reglamento del trabajo en donde se estipule y describa claramente procesos de denuncia y acción frente a cualquier tipo de acoso en el trabajo. Realizar encuestas anónimas periódicas para identificar oportunamente situaciones de acoso	Anual Mensual	Talento humano, dirección distrital, administración técnica y equipo de salud y seguridad en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Agún González, JJ., Alfonso Mellado, CL., Barba Morán, MC., Estardid Colom, F., Fabregat Monfort, G., García González, G. (2012). *Prevención de Riesgos Laborales. Instrumentos de aplicación*. 3ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch.
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5705/1/MARTINEZ%20VALERO%2C%20ANTONIA%20TFM.pdf>
- Acevedo, GE., Sánchez, J., Farías, MA & Fernández, AR. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & trabajo*, 15(48), 140-147.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492013000300006>
- Awa, WL., Plaumann, M & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184–190.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.0>
- Bridgeman, PJ., Bridgeman, MB & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 75(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Carlin, M & Garcés de los Fayos Ruiz, EJ. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26 (1), 169-180.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16713758020.pdf>
- Castro Méndez, NP. (2018). Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. *Ciencia & trabajo*, 20(63), 155-159. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000300155>
- Ceballos-Vásquez, P., Cancino-Grillo, M., González-Palacios, Y.; Paravic Klijn, T. (2020). Perfil de riesgos psicosociales en trabajadores sanitarios: una herramienta elemental para su intervención. *Revista de la Asociación*

Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, 29(4), 323-329.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400323&lng=es&tlng=es.

De Azevedo Guido L, Tonini Goulart C, Marques da Silva R, Dias Lopes LF, Mancio Ferreira E. (2012). Estrés y Burnout entre residentes multiprofesionales. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 20(6).
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_08.pdf

De França, F. M., Ferrari, R., Ferrari, D. C., & Dornelles Alves, E. (2012). Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5).
<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48638>

De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anesthesia*, 13, 171– 183.
<https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>

Holguín Carvajal, JP., Marín Arévalo, KC & Morales Campoverde, DB. (2022). Prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos y personal de Enfermería que laboran en el área COVID en hospitales de la ciudad de Cuenca durante la pandemia por COVID-19. [Tesis previa obtención de título médico, Universidad del Azuay].
<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12027>

Intriago-Miranda, SA. (2019). Síndrome del "Burnout" en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. *Revista San Gregorio*, 35(2019), 124-137. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i35.962>

Izquierdo Jérez, O. (2016). Estrés y Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería. [Tesis fin de máster, Universidad Miguel Hernández]. RediUMH.
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3285/1/Izquierdo%20Jerez%2C%200scar%20TFM.pdf%20Hecho.pdf>

- Lacy, BE., & Chan, JL. (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 16(3), 311–317.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>
- Lin, RT., Lin, YT., Hsia, YF & Kuo, C. C. (2021). Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours-A cross-sectional study. *Journal of occupational health*, 63(1), e12228. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12228>
- López Palomar, MR., García Cueva, SA., & Pando Moreno, M. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima, Perú. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 164-169.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300007>
- Manrique, AM., Avendaño Prieto, BL., Galvis Serna, E., & Ferro Vásquez, J. (2021). Relación entre síndrome de Burnout y riesgo psicosocial intralaboral en profesionales sociales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(2), 37-50. <https://doi.org/10.15332/22563067.7077>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
- Maslach C & Jackson S. (1981). Validación cuestionario Burnout. MBI. 1981;0–1. Disponible en:
https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf
- Merino-Plaza, MJ., Carrera-Hueso, PJ., Arribas-Bosca, N., Martínez-Asensi, A., Vázquez-Ferreiro, P., Vargas-Morales, A & Fikri-Benbrahim, N. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (11),
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189217>

Molero Jurado, MM., Pérez-Fuentes, MC., Gázquez Linares, JJ., Simón Márquez, MM & Martos Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1116. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>

Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinke, R & Belanger-Gardner, D. (2015). Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace health & safety*, 63(7), 308–315. <https://doi.org/10.1177/216507991557693>

Rothenberger DA. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*, 60(6), 567-576. https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2017/06000/Physician_Burnout_and_Well_Being__A_Systematic.5.aspx

Saijo, Y., Yoshioka, E., Hanley, S., Kitaoka, K & Yoshida, T. (2018). Job Stress Factors Affect Workplace Resignation and Burnout among Japanese Rural Physicians. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 245(3), 167–177. <https://doi.org/10.1620/tjem.245.167>

Serna Corredor, DS & Martínez Sánchez, LM. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24 (1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201v.pdf>

Serrano Polo, OR., Carriel Román, AP & Sánchez Barreto, XR. (2021). Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI-ED) dirigido a los docentes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad técnica de Machala. *Sociedad & Tecnología*. <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/70/367>

Terry, DL & Woo, MJ. (2021). Burnout, job satisfaction, and work-family conflict among rural medical providers. *Psychology, health & medicine*, 26(2), 196–203. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1750663>

Thapa, DK., Levett-Jones, T., West, S & Cleary, M. (2021). Burnout, compassion fatigue, and resilience among healthcare professionals. *Nursing & health sciences*, 23(3), 565–569. <https://doi.org/10.1111/nhs.12843>

Vasconcelos, E. M., & Martino, M. M. F. (2018). Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(4), e65354. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65354>

Vinueza Veloz, A., Aldaz Pachacama, N., Mera Segovia, C., Tapia Veloz, E., & Vinueza Veloz, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).
<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1932>