



**FACULTAD DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT  
ASOCIADO A LAS CONDICIONES LABORALES EN PROFESIONALES DE LA  
SALUD DE CONSULTA EXTERNA DEL DISTRITO DE SALUD GUARANDA 02D01 Y  
DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2023.**

Docente guía:

Dra. Bernarda Espinoza Castro.

Autores:

Ana Gabriela Aillón Albán  
Jhon Jairo Garrido Sánchez

2024

## RESUMEN

Este estudio comparativo abordó la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dimensiones asociadas a condiciones laborales en profesionales de la salud de consulta externa. Este fenómeno, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, impacta la salud laboral. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout asociado a las condiciones laborales en profesionales de la salud de consulta externa, aportar una base para posteriores estudios y realizar una intervención adecuada en beneficio de la población estudiada. **Método:** Se empleó un diseño observacional y de corte transversal. El método incluyó la selección aleatoria de 100 participantes, distribuidos proporcionalmente entre las dos instituciones. Se aplicaron cuestionarios sobre condiciones laborales utilizando la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y el Cuestionario Maslach Burnout Inventory. **Resultados:** Se identificó una prevalencia general de Síndrome de Burnout del 38%, destacándose el cansancio emocional con una prevalencia de 47%. Mediante análisis bivariado se encontraron asociaciones significativas en la dimensión cansancio emocional con el número de horas de trabajo ( $P=0.03$ ) y la adaptación a compromisos sociales ( $P=<0.05$ ). El personal de enfermería mostró menor riesgo de desarrollar cansancio emocional (OR:0.15,95%). **Conclusión:** Se concluye que existe alta prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud en consulta externa. No se encontró asociación del Síndrome de Burnout con las características sociodemográficas y laborales. Se recomienda implementar evaluaciones continuas de salud ocupacional y estrategias preventivas para preservar el bienestar de los profesionales de la salud, mejorando la calidad de la atención brindada a la población.

## ABSTRACT

This comparative study addressed the prevalence of Burnout Syndrome and its dimensions associated with working conditions in outpatient health professionals. This phenomenon, characterized by emotional exhaustion, depersonalization and decreased personal fulfillment, impacts occupational health. **Objective:** To determine the prevalence of Burnout Syndrome associated with working conditions in outpatient health professionals, to provide a basis for further studies and to make an appropriate intervention for the benefit of the population studied. **Method:** An observational and cross-sectional design was used. The method included the random selection of 100 participants, proportionally distributed between the two institutions. Questionnaires on working conditions were applied using the National Survey of Working Conditions and the Maslach Burnout Inventory Questionnaire. **Results:** A general prevalence of Burnout Syndrome of 38% was identified, with emotional exhaustion standing out with a prevalence of 47%. Through bivariate analysis, significant associations were found in the emotional exhaustion dimension with the number of working hours ( $P=0.03$ ) and adaptation to social commitments ( $P<0.05$ ). The nursing staff showed a lower risk of developing emotional exhaustion (OR:0.15,95%). **Conclusion:** It is concluded that there is a high prevalence of Burnout Syndrome in outpatient health professionals. No association of Burnout Syndrome with sociodemographic and work characteristics was found. It is recommended to implement continuous occupational health evaluations and preventive strategies to preserve the well-being of health professionals, improving the quality of care provided to the population.

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE DEL CONTENIDO .....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
METODOLOGÍA .....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES .....	30
REFERENCIAS.....	31

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1 DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES.....</b>	<b>17</b>
<b>TABLA 2 PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS 3 DIMENSIONES .....</b>	<b>20</b>
<b>TABLA 3 REGRESIÓN LOGÍSTICA CRUDA Y AJUSTADA ENTRE VARIABLES DE RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT .....</b>	<b>22</b>
<b>TABLA 4 REGRESIÓN LOGÍSTICA CRUDA Y AJUSTADA ENTRE VARIABLES DE RIESGO DE CANSANCIO EMOCIONAL.....</b>	<b>23</b>

## INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, se ha reconocido que el estrés es un riesgo laboral potencial para una serie de profesiones centradas en el individuo, como los servicios humanos, atención médica y educación (Maslach & Leiter, 2016). Por lo tanto, fue identificado como un factor de riesgo laboral por la Organización Internacional del Trabajo y la OMS en el año 2000. Definiendo esta organización al estrés como "la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias, los recursos y capacidades percibidas de un individuo para hacer frente a esas exigencias" (Organización Internacional del Trabajo, 2016, p 2).

El psicólogo estadounidense de origen alemán Herbert J. Freudenberger introdujo la idea de Burnout profesional en 1974, quien observó mientras trabajaba en una clínica de Nueva York para consumidores de drogas y personas sin hogar, que los trabajadores presentaban un estado de cansancio que a menudo era de naturaleza emocional y mental (Montoya, 2019). Freudenberger añadió que quienes tenían una "necesidad de dar" y quienes "trabajan demasiado tiempo y de forma intensiva" parecían ser más vulnerables al Burnout. También mencionó otros dos factores de riesgo potenciales, "la monotonía del trabajo" y "menos retos en el trabajo" (Haseeb, 2008).

Posteriormente, en 1976, la psicóloga Christina Maslach propuso aplicarlo únicamente a los empleados que permanecen en el ámbito laboral y realizan trabajos que los mantiene en contacto directo con personas (Faúndez, 2017). Además, caracterizó a través de un modelo multidimensional, al síndrome de Burnout como "un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal" (Haseeb, 2008, p 27). Sin embargo, Pines y Aronson (1988) creen que este fenómeno no se limita a las personas que ejecutan tareas de apoyo, sino que puede afectar a trabajadores de todo tipo (Ortiz et al., 2018).

Aunque el término apareció hace más de 40 años, su importancia se basa en 2 puntos principales, la primera de ellas deriva de las consecuencias que presenta sobre los profesionales;

La segunda se refiere a las consecuencias que tiene para los pacientes, clientes e incluso para la propia organización (Suleiman, 2020). Por ello, el protagonismo que ha adquirido a lo largo de los años ha sido trascendental hasta alcanzar el reconocimiento por parte de la OMS como enfermedad laboral, definiendo el síndrome de Burnout como "un síndrome resultante del estrés laboral crónico que no ha sido gestionado con éxito" (INSST, 2018). Como tal, se encuadra en la categoría de "problemas relacionados con la dificultad para controlar la propia vida" de la "Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10" (Z713.0). En la nueva clasificación CIE-11, el síndrome de Burnout se codifica como QD85 y se incluye en la subcategoría de "problemas relacionados con el empleo y el desempleo" dentro de "Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios sanitarios" (Vivas & Muñoz, 2021; INSST, 2022).

La literatura proporciona información de que factores personales y situacionales conducen a este síndrome. Los estudios empíricos demuestran que las variables ambientales, a diferencia de los rasgos individuales, tienen un mayor impacto en el cansancio mental. Este es especialmente común en quienes trabajan en situaciones de alta exigencia en servicios humanos, es decir, en quienes manejan conflictos interpersonales y grandes cargas de trabajo durante largos periodos de tiempo (Fidalgo, s. f ; Wiederhold et al., 2018 y Lavrova & Levin, 2006).

Según Maslach, las causas del agotamiento a menudo no dependen de una persona sino de una situación (Faúndez, 2017). Pese a esta afirmación, tradicionalmente los factores que causan este síndrome se dividen en dos grandes bloques: peculiaridades de las actividades profesionales y características individuales de los trabajadores profesionales. La predisposición a un alto nivel de ansiedad y reacciones depresivas, relacionadas con lo inalcanzable de los "estándares internos" y el bloqueo de las emociones negativas en el interior, la estructura personal rígida son algunos ejemplos de peculiaridades personales que afectan en la aparición de desgaste laboral (Lavrova & Levin, 2006).

Por otra parte, en las actividades personales la manifestación del estrés profesional no depende de un umbral estricto de expectativas. Lo que cuenta es el desajuste entre estas exigencias y la evaluación subjetiva de los propios recursos, necesaria para satisfacerlas. Los estudios han indicado que un número significativo de individuos ven el estrés laboral como un signo de rendimiento personal inadecuado. En estas circunstancias las personas luchan por reconocer la realidad de estos problemas, lo que da lugar a una negación centrada en la culpa. Por tanto, la comunicación y la resolución de problemas resultan difíciles para las personas (Lavrova & Levin, 2006).

Una persona con este síndrome pasa por cuatro etapas, que pueden servir para identificarlo. La primera etapa se llama entusiasmo, caracterizado por un exceso de energía, un mayor deseo y una falta de percepción de amenaza o peligro. La segunda etapa es de paralización, ocurre cuando no se pueden cumplir las metas. La frustración o tercera etapa, en la que se pueden considerar conflictos emocionales, físicos y conductuales, se considera al trabajo como algo que no tiene sentido. La última etapa de apatía crea un mecanismo protector contra la frustración (Edelwich & Brodsky, 1980, como se citó en Bocanegra & Leyton, 2020).

Se pueden establecer tres episodios en estas etapas. El primer episodio se debe al desequilibrio entre los recursos personales disponibles y las obligaciones profesionales, provocando estrés. Seguido de ello, se produce una reacción emocional de corta duración, que se manifiesta como ansiedad, estrés, fatiga y agotamiento. Y finalmente, el tercer episodio en donde se experimenta cambios de actitud y comportamiento que pueden denominarse afrontamiento defensivo (Cherniss, 1980, como se citó en Bocanegra & Leyton, 2020).

Gracias al cuestionario Maslach Burnout Inventory o MBI, un instrumento de 22 items, creada por la psicóloga estadounidense Christina Maslach, el síndrome se estudia en 3 dimensiones: despersonalización, cansancio emocional y baja realización personal (Williamson et al., 2018). Actualmente es una de las herramientas más populares y ampliamente probadas



para evaluar el agotamiento. Por todo esto, se considera al MBI como “gold standard” para medir síndrome de Burnout (West et al., 2009).

Según Edú-Valsania et al. (2022), el componente interpersonal del burnout se encuadra en la dimensión de despersonalización y se caracteriza por una reacción de indiferencia, desapego y desprecio hacia el trabajo que se realiza. Lo que se manifiesta como sentimientos negativos, cambio de reacciones y actitudes hacia otras personas, evidenciándose por irritabilidad y desaliento (Del Valle & Salas, 2021).

Al cansancio emocional también se le conoce como debilidad y agotamiento. Se evidencia como síntoma físico a través de la pérdida de energía, agotamiento, desgaste (Del Valle & Salas, 2021). Las personas que experimentan este tipo de emociones tienen problemas para adaptarse al lugar de trabajo, ya que no tienen la resistencia emocional para realizar actividades (Edú-Valsania et al., 2022).

La baja realización personal, también entendida como un sentimiento de ineficacia (Zarei et al., 2019). Se presenta como una mayor propensión a valorar negativamente los resultados, una autoevaluación profesional negativa e incertidumbres sobre la propia capacidad para realizar las tareas con éxito. También se traduce en menores mecanismos de afrontamiento, baja moral y una disminución de la productividad y las capacidades (Edú-Valsania et al., 2022).

Por otra parte, el proceso del síndrome de Burnout es dinámico, acumulativo y avanza con extrema lentitud, llegando incluso a ser difícil de reconocer por la persona que lo padece (Soukupová, 2006). Weber & Jaekel-Reinhard (2000) afirman que el burnout se manifiesta como una variedad de síntomas, incluyendo alteraciones psicológicas, físicas y sociales. Los síntomas que pueden observarse presentan cuatro niveles.

El primer nivel es el mental. En este la persona está irritable, tensa y duda de sus propias habilidades. El trabajador adopta una postura pesimista hacia los clientes, los compañeros o el

lugar de trabajo. Su interés por los temas relacionados con el trabajo disminuye. Tiene dificultades para concentrarse. Las personas se refugian en su imaginación (Bártová, 2011).

En el segundo nivel, emocional, los síntomas son los más evidenciables, como la impotencia, depresión, autocompasión, ansiedad, impaciencia y sensación de no ser reconocido (Bártová, 2011). La persona afectada experimenta agotamiento emocional. En circunstancias graves, esto puede conducir al suicidio o a una enfermedad mental (Soukupová, 2006).

En el tercero, el nivel físico, la persona es más vulnerable a enfermedades, fatiga extrema y problemas vegetativos (dificultades respiratorias, problemas cardíacos, etc.). Otros signos y síntomas son dolor de cabeza, insomnio, tensión muscular y presión arterial elevada (Bártová, 2011). Además, produce efectos graves en la salud física como trastornos cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos (Ramírez et al., 2018).

Investigaciones recientes sugieren que el agotamiento se relaciona con el desarrollo de Diabetes Mellitus e Hiperlipidemia. Aún se desconoce qué procesos neurológicos subyacen a los impactos físicos del agotamiento (Edú-Valsania et al., 2022). Varios estudios han analizado la relación entre la fatiga y la función del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, pero los hallazgos han producido resultados inconsistentes y no está claro cuáles serán las implicaciones prácticas de estos hallazgos. Hasta el momento, no existen datos concretos que respalden la utilidad clínica de ningún biomarcador para el agotamiento (De Hert, 2020).

En el último nivel, social, se presenta una disminución del compromiso social de la persona. El individuo impactado tiene problemas en el trabajo o con su familia. Predominio de emociones negativas, como desesperanza, trabajo vanidoso que alterna con cinismo (Bártová, 2011).

La intensidad de los síntomas debe orientar las estrategias de tratamiento para el síndrome de agotamiento. Entre las medidas que se recomiendan se encuentran modificaciones en el estilo de vida y conciliar mejor la vida profesional y laboral. Estas estrategias se centran en

tres áreas clave: reducir el estrés, recuperarse mediante el ejercicio , la relajación, y reajustarse a la realidad, dejando de lado los ideales de perfección (De Hert, 2020).

El Burnout es algo común entre los trabajadores de campos exigentes, como la sanidad. Los profesionales sanitarios son particularmente susceptibles al agotamiento, tomando en cuenta el hecho de que deben lidiar con los problemas médicos, psicológicos, sociales y económicos de los pacientes y sus familias, además de trabajar en entornos exigentes y emocionales (Zarei et al., 2019). Además, el síndrome está vinculado a factores sociodemográficos. Estudios reportan una incidencia ligeramente mayor con el aumento de la edad y algunas características específicas de género. Por ejemplo, en las mujeres el agotamiento se relaciona con la educación y el estatus socioeconómico, mientras que en los hombres se observa una relación con el estado civil (De Hert, 2020).

El agotamiento en los trabajadores sanitarios afecta negativamente no solo al departamento en el que trabajan, sino también su rendimiento y la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto (Izdebski et al., 2023). Entre los efectos directos de la exposición a estas situaciones se encuentran el ausentismo laboral, calidad de la asistencia sanitaria, reducción de la satisfacción profesional y de los pacientes y cambios en la dinámica familiar (Serna & Martínez, 2020). Una implicación importante para el sistema sanitario es el hecho de que los médicos agotados tiendan a jubilarse antes, lo que puede retrasar o incluso prohibir a los pacientes consultar a médicos más experimentados y aumentar los tiempos de espera para el tratamiento. Además, los médicos agotados tienen tasas mucho mayores de depresión, abuso de drogas y alcohol y suicidio (Izdebski et al., 2023).

Aunque este síndrome es común desde hace tiempo entre el personal sanitario, en los últimos años se ha investigado más sobre este grupo de población a raíz de la epidemia del COVID-19. Woo et al. (2020) realizaron un metaanálisis y revisión sistémica para determinar la prevalencia global de síntomas de Burnout en enfermeras, concluyeron que la prevalencia de

este síndrome entre las enfermeras de todo el mundo fue del 11,23%. Mientras que un estudio transversal observacional realizado en España reveló que el 46,84% de los trabajadores de salud padece síndrome de Burnout (Torres et al., 2021).

Aproximadamente en el 50% de los profesionales médicos en los Estados Unidos se encuentran signos de agotamiento. Se ha incrementado el nivel de agotamiento en los médicos, según las respuestas de más de 20 000 médicos para el Informe de estilo de vida de Medscape, que reveló en 2013, una tasa nacional de agotamiento del 40 %. Sin embargo, el Informe de 2017 descubrió una tasa del 51%, lo que significa un aumento del 25% en solo cuatro años (Reith, 2018).

El agotamiento no se limita a los médicos. Según una encuesta de 2011, el 37% de las enfermeras que brindan atención directa a pacientes en residencias de ancianos y el 33% de las enfermeras que trabajan en hospitales experimentan agotamiento (McHugh et al., 2011). Aunque se han realizado pocas investigaciones, los primeros hallazgos indican que el agotamiento entre los asistentes médicos puede ser igual de alto (Reith, 2018)

En el contexto latinoamericano, cabe mencionar estudios como el de Bocanegra y Layton (2020), que revisaron sistemáticamente artículos de investigación sobre burnout en América Latina de 2014 a 2020. Observaron que el agotamiento emocional era el síntoma más común y se presentó en niveles elevados en trabajadores que padecían síndrome de burnout en América Latina, manifestándose principalmente como fatiga, cansancio, irritabilidad, depresión y problemas emocionales. De igual manera, en la revisión documental "Síndrome de burnout en personal de la Salud latinoamericano" desarrollada en el año 2018, los autores concluyeron que este síndrome es muy común entre el personal sanitario, y los datos sobre su prevalencia oscilan entre el 10,5% y el 89,66%. No obstante, informaron que la prevalencia de Burnout entre los trabajadores sanitarios aún no ha sido completamente estudiada ni determinada (Foronda et al., 2018).

Soler et al. (2014) realizaron una investigación en la que participaron 11.530 profesionales sanitarios hispanohablantes de España y América Latina, encontrando una prevalencia significativa de resultados profesionales desfavorables, particularmente aquellos relacionados con los diversos componentes del síndrome de burnout, como el deterioro de la vida personal y familiar y la intención de abandonar el hogar. Además, la intención de dejar el trabajo, el declive personal y familiar fueron las principales variables relacionadas con el ausentismo. La idea de haber cometido errores estaba estrechamente ligada a la despersonalización.

En nuestro país, un estudio realizado por Torres et al., (2021) para conocer la prevalencia de Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en el Ecuador y su comportamiento en el contexto de factores laborales y sociodemográficos, determinaron tasas elevadas de burnout, particularmente en las áreas de cansancio emocional (47%) y menores índices de realización personal (11%), así como despersonalización (95%). En contraposición en el estudio “Síndrome de burnout en enfermeras de hospitales públicos y privados en Guayaquil”, se encontró que los profesionales del sector público estaban muy cansados emocionalmente, aunque no se observaron niveles críticos de agotamiento (Cerón, 2020).

En el estudio de 2017 realizado en médicos de cuidados intensivos y emergencias de hospitales del MSP del DMQ, se concluyó que el 0,4% de los médicos padecían Burnout. Este resultado se debe al esfuerzo emocional requerido, la intensidad y tipo de trabajo. Además, se concluyó que los médicos jóvenes son los más propensos a padecer síndrome de agotamiento crónico, pues son los que trabajan jornadas laborales más largas (Molina & Cueva, 2017).

Una investigación realizada en profesionales sanitarios de atención primaria en España demostró que el síndrome de Burnout tiene una alta prevalencia, encontrándose un 56,8% en relación con el cansancio emocional y un 39,2% en cuanto a la despersonalización. Además, en sus resultados muestran que, a mayor número de pacientes atendidos al día tanto en enfermería

como en medicina, mayor es la prevalencia de cansancio emocional alto (García et al., 2021). Del mismo modo, en la investigación de Migina et al. (2023), con el objetivo de determinar desgaste profesional en trabajadores de atención primaria de salud de la República de Kazajstán, se concluyó que la despersonalización, la realización personal y el cansancio emocional resultaron ser bastante prevalentes (57,4%, 64,6% y 65,0%, respectivamente). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el cansancio emocional y la ubicación del trabajo, el estatus del empleado, el estatus y puesto de trabajo.

Así mismo, el 12,4% del personal médico de una investigación realizada en hospitales españoles informó de niveles significativos de agotamiento emocional, el 44,5% de niveles bajos de realización personal y el 36,8% de altos niveles de despersonalización (Paúles et al., 2023). OK et al. (2018) en la investigación "Síndrome de Burnout entre proveedores de salud en diferentes hospitales de la Ciudad de Minia", informó que los proveedores de atención de salud padecen niveles significativos de despersonalización (52,5%), altos niveles de cansancio emocional (61,8%), y niveles bajos de logro personal (45,7%). Siendo los predictores más significativos de padecer síndrome de burnout el sexo, seguido de los años de trabajo y el tabaquismo.

Como se evidencia anteriormente, la mayoría de las investigaciones se enfocan en determinar la prevalencia del síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios de un determinado nivel asistencial. Por lo tanto, resulta interesante investigar ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout asociado a las condiciones laborales en profesionales de la salud de consulta externa de atención primaria comparado con los profesionales de la salud de consulta externa de un Hospital? El presente estudio tiene como objetivo general determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout asociado a las condiciones laborales en profesionales de la salud de consulta externa del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila en el periodo diciembre 2023. Con base a este objetivo general se planteó como objetivos

específicos, establecer la prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud de consulta externa del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila mediante la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), comparar la prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud de consulta externa del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila, aportar una base para posteriores estudios y realizar una intervención adecuada en beneficio de la población estudiada.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño y Población de Estudio**

Esta investigación fue observacional, descriptiva y de corte transversal. La población consistió en profesionales sanitarios que trabajan en el área de consulta externa del Hospital General Teófilo Dávila y del Distrito de Salud Guaranda 02D01 durante el periodo de diciembre 2023. Se seleccionó una muestra de 100 participantes de forma aleatoria, distribuidos en proporción de 60 del distrito y 40 en el hospital. Los criterios de inclusión comprendieron a profesionales de la salud que laboren en consulta externa en ambas instituciones durante el período de estudio, profesionales que otorguen de manera voluntaria su consentimiento para participar. Igualmente, se estableció como criterios de exclusión a los profesionales que presenten alguna patología diagnosticada relacionada a salud mental y a quienes no otorguen su consentimiento.

### **Recolección de la Muestra**

Para evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout y la relación de este con las condiciones laborales, se utilizó un cuestionario que constaba de una primera parte por la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo que correspondían a 18 preguntas (INSST, 2007). En una segunda parte se incluyó al Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que constó

de 22 ítems (Horn et al .,1998). Se solicitó la autorización en ambas instituciones, y luego se procedió a aplicar el cuestionario electrónicamente mediante la plataforma Google Forms durante el mes de diciembre de 2023, se proporcionó un enlace único para cada participante.

### **Definición de Variables**

Para establecer la existencia de Síndrome de Burnout se tomó en cuenta las 3 dimensiones: cansancio emocional, lo valoran 9 preguntas, cuyo puntaje máximo es 54, punto de corte más de 26 puntos; despersonalización: lo valoran 5 ítems, cuya puntuación máxima es de 30, estableciendo el punto de corte más de 9 puntos; realización personal: valorado por 8 preguntas, cuyo límite es 48 puntos, es positivo si presenta <34.

Las variables que se tomaron en cuenta en este estudio fueron: la variable sexo, se categorizó como hombre y mujer. La variable edad que se dividió en 4 grupos, <20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años y 50 años o más. El nivel de educación se clasificó en: ninguno/sin educación, educación inicial, educación básica/primaria incompleta, educación básica/primaria completa, educación secundaria/media incompleta, educación secundaria/media completa, educación superior (no universitaria/universitaria/universitaria de postgrado) y otro.

El lugar de trabajo se categorizó: profesionales del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y Hospital General Teófilo Dávila. La variable número de trabajos remunerados se categorizó en 1 y  $\geq 2$ . El número de horas de trabajo por semana dividido en dos grupos:  $\leq 40$  horas y  $> 40$  horas. La variable ocupación se categorizó: médico/a, odontólogo/a, enfermero/a y otro. La variable tipo de relación laboral categorizada en: asalariado fijo, asalariado con contrato temporal con duración definida y otro. La variable percepción sobre continuidad del contrato de trabajo dividida en baja, media y alta.

El tiempo de traslado de la casa al trabajo distribuido en  $\geq 2$  horas y  $< 2$  horas. La adaptación del horario de trabajo al ámbito familiar y social dividida en muy bien, bien, no muy bien y nada bien. La percepción de su salud en excelente, muy buena, buena, regular, mala.



La variable lesiones laborales en los últimos 12 meses en: si/con pérdida de al menos un día de trabajo, si/sin pérdida de días de trabajo y no. Cada una de las categorías de violencia se categorizó en sí y no. Y para el Síndrome de Burnout se categorizó en sí y no, cansancio emocional en sí y no, despersonalización en sí y no, realización personal en sí y no.

### **Análisis Estadístico**

Utilizando el software Epi Info v.7.2.5.0, se realizaron análisis descriptivos de los datos para obtener frecuencias absolutas y relativas. La relación entre variables categóricas se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher y la prueba de Chi cuadrado. Además, se usaron modelos de regresión logística cruda y ajustada, teniendo en cuenta intervalo de confianza de 95%.

### **Aspectos Éticos**

En nuestra investigación se priorizaron rigurosos estándares éticos, primeramente, se solicitó el permiso mediante un oficio dirigido a las autoridades correspondientes de ambas instituciones, luego se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, destacando la confidencialidad de sus respuestas y garantizando el anonimato. Al realizar el estudio se siguieron las pautas éticas descritas en la Declaración de Helsinki.

## **RESULTADOS**

**Tabla 1**

*Datos descriptivos de las condiciones sociodemográficos y laborales de 100 trabajadores de la salud distribuidos por institución.*

Variable	Categoría	Distrito Salud Guaranda 02d01		Hospital General Teófilo Dávila		Valor de P
		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	Hombre	27	45.00	17	42.50	0.81
	Mujer	33	55.00	23	57.50	

<b>Edad</b>	<20 años hasta 29 años	29	48.33	0	0.00	<b>&lt;0.01*</b>
	30 - 39 años	12	20.00	10	25.00	
	40 - 49 años	9	15.00	14	35.00	
	50 y > 50 años	10	16.67	16	40.00	
<b>Trabajos remunerados</b>	1 trabajos	54	90.00	22	55.00	<b>&lt;0.01</b>
	≥2 trabajos	6	10.00	18	45.00	
<b>Horas de trabajo a la semana</b>	≤40 horas	45	75.00	25	62.50	0.18
	>40 horas	15	25.00	15	37.50	
<b>Ocupación</b>	Médico/a	24	40.00	28	70.00	<b>&lt;0.01*</b>
	Odontólogo/a	19	31.67	0	0.00	
	Enfermero/a	12	20.00	7	17.50	
	Otros	5	8.33	5	12.50	
<b>Experiencia</b>	<10 años	37	61.67	21	52.50	0.36
	≥10 años	23	38.33	19	47.50	
<b>Tipo de contrato</b>	Asalariado fijo	23	38.33	32	80.00	<b>&lt;0.01*</b>
	Contrato temporal	28	46.67	6	15.00	
	Otro	9	15.00	2	5.00	
<b>Seguridad de contrato</b>	Baja	17	28.33	1	2.50	<b>&lt;0.01*</b>
	Media	14	23.33	14	35.00	
	Alta	29	48.33	25	62.50	
<b>Adaptación compromisos sociales</b>	Nada bien	0	0.00	5	12.50	<b>&lt;0.01*</b>
	No muy bien	10	16.67	13	32.50	
	Bien	32	53.33	12	30.00	
	Muy bien	18	30.00	10	25.00	
<b>Estado de salud</b>	Malo y regular	10	16.67	11	27.50	0.10*
	Bueno	18	30.00	17	42.50	
	Muy bueno	19	31.67	9	22.50	
	Excelente	13	21.67	3	7.50	
<b>Accidente en el trabajo</b>	No	54	90.00	36	90.00	0.99
	Si	6	10.00	4	10.00	
<b>Cansancio emocional</b>	No	36	60.00	17	42.50	0.09
	Si	24	40.00	23	57.50	
<b>Despersonalización</b>	No	30	50.00	23	57.50	0.46
	Si	30	50.00	17	42.50	
<b>Realización personal</b>	No	37	61.67	31	77.50	0.10
	Si	23	38.33	9	22.50	

<b>Síndrome de Burnout</b>	No	38	63.33	24	60.00	0.74
	Si	22	36.67	16	40.00	
<b>Violencia física compañeros</b>	No	59	98.33	35	87.50	0.03
	Si	1	1.67	5	12.50	
<b>Violencia física usuarios</b>	No	59	98.33	36	90.00	0.06
	Si	1	1.67	4	10.00	
<b>Violencia verbal compañeros</b>	No	44	73.33	25	62.50	0.25
	Si	16	26.67	15	37.50	
<b>Violencia verbal usuarios</b>	No	41	68.33	21	52.50	0.11
	Si	19	31.67	19	47.50	

\*: Valor de P expresado en Fisher. n: número de muestra. %: porcentaje P: probabilidad  $P \leq 0.05$ : estadísticamente significativo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, en nuestra investigación se logró evidenciar que existe un predominio de sexo femenino en ambas instituciones (56%), seguido de esto, se puede mencionar que el grupo etario de mayor magnitud es de <20 años hasta 29 años (29%), seguido de 50 años y más de 50 años (26%). Cabe destacar que el 100% de la población cuenta con educación superior. Existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables edad, trabajos remunerados, ocupación, tipo de contrato, seguridad de contrato, adaptación a los compromisos sociales, violencia física entre compañeros y las diferentes instituciones (Tabla 1).

## Tabla 2

*Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus 3 dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) en 100 trabajadores de la salud del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila.*

Variable	Categoría	Cansancio emocional (%)	Valor de P	Despersonalización (%)	Valor de P	Realización personal (%)	Valor de P	Síndrome de Burnout (%)	P valor
<b>Sexo</b>	Hombre	15 (34.09)	0.02	19 (43.18)	0.4	13 (29.55)	0.6	15 (34.09)	0.4
	Mujer	32 (57.14)		28 (50.00)		19 (33.93)		23 (41.07)	
<b>Edad</b>	<20 años hasta 29 años	13 (44.83)	0.4*	15 (51.72)	0.6*	9 (31.03)	0.8*	12 (41.38)	0.8*
	30 - 39 años	10 (45.45)		12 (54.55)		6 (27.27)		9 (40.91)	
	40 - 49 años	14 (60.87)		10 (43.48)		9 (39.13)		9 (39.13)	
	50 y > 50 años	10 (38.46)		10 (38.46)		8 (30.77)		8 (30.77)	
<b>Trabajos remunerados</b>	1	34 (44.74)	0.4	33 (43.42)	0.2	23 (30.26)	0.5	26 (34.21)	0.1
	≥ 2	13 (54.17)		14 (58.33)		9 (37.50)		12 (50.00)	
<b>Horas de trabajo</b>	≤ 40 horas	30 (42.86)	0.2	31 (44.29)	0.4	23 (32.86)	0.7	22 (31.43)	0.03
	> 40 horas	17 (56.67)		16 (53.33)		9 (30.00)		16 (53.33)	
<b>Institución</b>	Distrito de Salud Guaranda 02D01 Hospital General Teófilo Dávila	23 (38.98)	0.06	29 (49.15)	0.5	22 (37.29)	0.1	22 (37.29)	0.7
		23 (57.50)		17 (42.50)		9 (22.50)		16 (40.00)	
<b>Ocupación</b>	Médico/a	31 (59.62)	0.04*	29 (55.77)	0.09*	16 (30.77)	0.9*	29 (55.77)	0.09*
	Odontólogo/a	8 (42.11)		10 (52.63)		7 (36.84)		10 (52.63)	
	Enfermero/a	5 (26.32)		5 (26.32)		6 (31.58)		5 (26.32)	
	/a	3 (30.00)		3 (30.00)		3 (30.00)		3 (30.00)	
	Otros								
<b>Experiencia</b>	< 10 horas	30 (51.72)	0.2	24 (41.38)	0.1	18 (31.03)	0.8	23 (39.66)	0.6
	≥ 10 horas	17 (40.48)		23 (54.76)		14 (33.03)		15 (35.71)	
<b>Tipo de contrato</b>	Como asalariado fijo		0.4*	25 (45.45)	0.8*	19 (34.55)	0.6*	22 (40.00)	0.7*
	Como asalariado con contrato temporal con duración definida	29 (52.73)		16 (47.06)		9 (26.47)		13 (38.24)	
	Otro	14 (41.18)		6 (54.55)		4 (36.36)		3 (27.27)	
		4 (36.36)							

<b>Seguridad de contrato</b>	Baja	10 (55.56)	0.3*	10 (55.56)	0.5*	6 (33.33)	0.9*	8 (44.44)	0.5*
	Media	15 (53.57)		14 (50.00)		9 (32.14)		12 (42.86)	
	Alta	22 (40.74)		23 (42.59)		17 (31.48)		18 (33.33)	
<b>Adaptación compromisos sociales</b>	Nada bien	3 (60.00)	< 0.01*	1 (20.00)	0.3*	2 (40.00)	0.6*	1 (20.00)	0.00 06*
	No muy bien	19 (82.61)		14 (60.87)		9 (39.13)		15 (65.22)	
	Bien	22 (50.00)		20 (45.45)		11 (25.00)		19 (43.18)	
	Bien	3 (10.71)		12 (42.86)		10 (35.71)		3 (10.71)	
	Muy bien								
<b>Estado de salud</b>	Malo- Regular	13 (61.90)	0.02*	13 (61.90)	0.2*	6 (28.57)	0.01*	10 (17.62)	0.2*
	Bueno	20 (57.14)		17 (48.57)		13 (37.14)		16 (45.71)	
	Muy bueno	11 (39.29)		12 (42.86)		13 (46.43)		9 (32.14)	
	Excelente	3 (18.75)		5 (31.25)		0 (0)		3 (18.75)	
<b>Accidente de trabajo</b>	No	39 (43.33)	0.02	40 (44.44)	0.1	28 (31.11)	0.5	32 (35.56)	0.1
	Sí	8 (80.00)		7 (70.00)		4 (40.00)		6 (60.00)	
<b>Violencia física compañeros</b>	No	44 (46.81)	0.8*	44 (46.81)	0.8*	30 (31.91)	0.6*	36 (38.30)	0.8*
	Sí	3 (50.00)		3 (50.00)		2 (33.33)		2 (33.33)	
<b>Violencia física usuarios</b>	No	45 (47.37)	0.5*	45 (47.37)	0.5*	30 (31.58)	0.5*	37 (38.95)	0.3*
	Sí	2 (40.00)		2 (40.00)		2 (40.00)		1 (20.00)	
<b>Violencia verbal compañeros</b>	No	28 (40.58)	0.05	29 (42.03)	0.1	17 (24.64)	0.01	22 (31.88)	0.06
	Sí	19 (61.29)		18 (58.06)		15 (48.39)		16 (51.61)	
<b>Violencia verbal usuarios</b>	No	24 (38.71)	0.03	28 (45.16)	0.6	17 (27.42)	0.2	20 (32.26)	0.1
	Sí	23 (60.53)		19 (50.00)		15 (39.47)		18 (47.37)	

\*: Valor de P expresado en Fisher. n: número de muestra. %: porcentaje P: probabilidad  $P \leq 0.05$ : estadísticamente significativo.

Se observa que la prevalencia de Síndrome de Burnout en los 100 profesionales de la Salud fue del 38%, cansancio emocional 47%, despersonalización 47%, realización personal 32%. Se analizó la prevalencia de síndrome de Burnout, evidenciándose que existe una

asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo a la semana y la adaptación con los compromisos sociales. Además, se identifica que las variables sexo, ocupación, adaptación con los compromisos sociales, estado de salud, accidente de trabajo en los últimos 12 meses, violencia verbal cometido por personal del mismo lugar, violencia verbal cometido por usuarios, se asocian estadísticamente significativa con cansancio emocional. De la misma manera, el estado de salud y la violencia verbal cometido por personal del mismo lugar de trabajo se asocian estadísticamente significativa con la realización personal. En contraposición ninguna variable se asocia con la dimensión despersonalización (tabla 2).

**Tabla 3**

*Regresión logística cruda y ajustada entre variables de riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales de la Salud del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila.*

Variable	Categoría	OR Crudo (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
<b>Sexo</b>	Hombre	1	
	Mujer	1.34 (0.5-3.05)	
<b>Edad</b>	<20 años hasta 29 años	1	
	30 - 39 años	0.9 (0.3-3.02)	
	40 - 49 años	0.9 (0.2-2.7)	
	50 y > 50 años	0.6 (0.2-1.9)	
<b>Trabajos remunerados</b>	1 trabajos	1	
	≥2 trabajos	1.9 (0.7-4.8)	
<b>Horas de trabajo a la semana</b>	≤40 horas	1	1
	>40 horas	2.4 (1.03-5.9)	1.8 (0.7-4.80)
<b>Institución</b>	Distrito de Salud Guaranda 02D01	1	
	Hospital General Teófilo Dávila	1.12(0.4-2.5)	

<b>Ocupación</b>	Médico/a	1	1
	Odontólogo/a	0.6 (0.2-1.8)	0.7 (0.24-2.2)
	Enfermero/a	0.2 (0.08-0.9)	0.3 (0.09-1.2)
	Otros	0.2 (0.05-1.3)	0.3 (0.06-1.7)
<b>Experiencia</b>	< 10 horas	1	
	> 10 horas	0.8 (0.3-1.9)	
<b>Tipo de contrato</b>	Asalariado fijo	1	
	Contrato temporal	0.9 (0.3-2.2)	
	Otro	0.5 (0.13-2.3)	
<b>Seguridad de contrato</b>	Baja	1	
	Media	0.9 (0.2-3.09)	
	Alta	0.6 (0.2-1.8)	
<b>Adaptación compromisos sociales</b>	Nada bien	1	
	No muy bien	7.4 (0.7-78.90)	
	Bien	3.01(0.3-29.45)	
	Muy bien	0.4 (0.03-5.84)	
<b>Estado de salud</b>	Malo y regular	1	
	Bueno	0.9 (0.3-2.7)	
	Muy bueno	0.5 (0.16-1.6)	
	Excelente	0.2 (0.05-1.16)	
<b>Accidente en el trabajo</b>	No	1	
	Si	2.7 (0.7-10.3)	
<b>Violencia física compañeros</b>	No	1	
	Sí	0.8 (0.1-4.62)	
<b>Violencia física usuarios</b>	No	1	
	Sí	0.3 (0.04-3.65)	
<b>Violencia verbal compañeros</b>	No	1	
	Si	2.27 (0.9-5.4)	
<b>Violencia verbal usuarios</b>	No	1	
	Si	1.8 (0.8-4.3)	

IC: Intervalo de confianza OR Odds Ratio.

En el análisis de regresión logística ajustada se determina que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables y Síndrome de Burnout (tabla 3).

#### Tabla 4

*Regresión logística cruda y ajustada entre variables de riesgo de cansancio emocional en profesionales de la Salud del Distrito de Salud Guaranda 02D01 y del Hospital General Teófilo Dávila.*

Variable	Categoría	OR Crudo (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
<b>Sexo</b>	Hombre	1	1
	Mujer	2.6 (1.1-6.0)	2.8 (0.9-8.9)
<b>Edad</b>	<20 años hasta 29 años	1	
	30 - 39 años	1.02 (0.3-3.12)	
	40 - 49 años	1.9 (0.6-5.8)	
	50 y > 50 años	0.7 (0.2-2.25)	
<b>Trabajos remunerados</b>	1 trabajos	1	
	≥2 trabajos	1.4 (0.5-3.6)	
<b>Horas de trabajo a la semana</b>	≤40 horas	1	
	>40 horas	1.7 (0.7-4.13)	
<b>Institución</b>	Distrito de Salud Guaranda 02D01 Hospital General Teófilo Dávila	1 2.11(0.9-4.7)	
<b>Ocupación</b>	Médico/a	1	1
	Odontólogo/a	0.4 (0.1-1.4)	1.00 (0.2-4.5)
	Enfermero/a	0.2 (0.07-0.7)	0.15 (0.02-0.8)
	Otros	0.2 (0.06-1.25)	0.2 (0.03-1.8)
<b>Experiencia</b>	< 10 horas	1	
	> 10 horas	0.6 (0.2-1.4)	
<b>Tipo de contrato</b>	Asalariado fijo	1	
	Contrato temporal	0.6 (0.2-1.4)	
	Otro	0.5 (0.13-1.9)	
<b>Seguridad de contrato</b>	Baja	1	
	Media	0.9 (0.2-3.03)	
	Alta	0.5 (0.18-1.6)	
<b>Adaptación compromisos sociales</b>	Nada bien	1	1
	No muy bien	3.1 (0.3-25.5)	8.1 (0.6-111.15)
	Bien	0.6 (0.1-4.3)	1.6 (0.16-16.14)
	Muy bien	0.08 (0.0093-0.6)	0.1 (0.01-2.11)
<b>Estado de salud</b>	Malo y regular	1	1
	Bueno	0.8 (0.2-2.4)	1.8 (0.3-9.2)
	Muy bueno	0.3 (0.1-1.2)	1.5 (0.27-8.30)
	Excelente	0.1 (0.03-0.6)	0.19 (0.02-1.4)
<b>Accidente en el trabajo</b>	No	1	1
	Si	5.2 (1.05-26.02)	5.4 (0.4-70.28)
<b>Violencia física compañeros</b>	No	1	
	Sí	1.13 (0.2-5.9)	



<b>Violencia física usuarios</b>	No	1	
	Sí	0.7 (0.11-4.6)	
<b>Violencia verbal compañeros</b>	No	1	
	Sí	2.3 (0.9-5.5)	
<b>Violencia verbal usuarios</b>	No	1	1
	Sí	2.4 (1.06-5.5)	1.4 (0.4-5.23)

IC: Intervalo de confianza OR Odds Ratio.

En el análisis de regresión logística ajustada se confirma que existe una asociación estadísticamente significativa entre ocupación y cansancio emocional. Es decir, el personal de enfermería presenta menos riesgo de desarrollar cansancio emocional, por lo tanto, esta variable es un factor protector para esta dimensión (tabla 4).

## DISCUSIÓN

En nuestra investigación, los resultados evidenciaron que los profesionales de salud que trabajan en el área de consulta externa presentan una alta prevalencia de Síndrome de Burnout (38%), particularmente en el área del cansancio emocional (47%). La ocupación de los profesionales de la salud se asoció de forma estadísticamente significativa con la dimensión cansancio emocional.

La presencia de una alta prevalencia de Burnout de nuestro estudio está en relación con la prevalencia del síndrome de agotamiento (52,9%) entre los profesionales de atención primaria iraníes (Zarei et al., 2019). Además, un metaanálisis realizado a nivel global, reportó una prevalencia de agotamiento de 11,23% en personal de enfermería (Woo et al., 2020). A su vez, en España también se encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud considerablemente alta 46,84% (Torres et al., 2021) y en Estados Unidos se reportó una tasa de 51% de agotamiento en profesionales de salud (Reith, 2018). En nuestro país, se obtuvo una prevalencia de cansancio emocional (47%) similar a la reportada en nuestro estudio (Torres et

al., 2021). Migina et al. en Kazajistán concluyeron que existen cifras altas en las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout, siendo la ubicación del trabajo y la ocupación los factores predictores estadísticamente significativos en relación con el componente de agotamiento emocional (Migina et al. 2023).

A través del análisis bivariado de Síndrome de Burnout con las condiciones sociodemográfica y laborales se identificó una asociación con el número de horas de trabajo a la semana ( $P=0.03$ ). El 53.3% de los profesionales que trabajaban más de 40 horas a la semana presentaron el síndrome, en comparación al 31.4% de los trabajadores que laboraban menos horas a la semana. Este hallazgo concuerda con un estudio previo en profesionales brasileños de atención primaria, donde la prevalencia de síndrome de Burnout fue algo mayor (31,40%) en quienes trabajaban de 40 a 60 horas semanales en comparación al 27,60% de quienes trabajaban menos de 40 horas (Fucuta-De-Moraes & Ruths, 2023). Lin et al. (2021) informó que las jornadas laborales más largas representan un mayor tiempo de exposición a factores relacionados con el trabajo asociados con el agotamiento, como el estrés laboral y que trabajar más de 55 horas a la semana se asociaba con alteraciones del sueño, como horas de sueño más cortas o dificultad para conciliar el sueño, en comparación con trabajar de 35 a 40 horas a la semana.

Otra condición laboral que se relacionó con el síndrome de Burnout y el componente agotamiento emocional fue la adaptación con los compromisos sociales ( $p < 0.05$ ), donde el 65.2% de los trabajadores cuyo horario no se adaptaba bien a los compromisos sociales presentó niveles altos del síndrome. En una investigación realizada en trabajadores sanitarios en Pichincha, también demostró asociación significativa, con 2,47 veces más riesgo para aquellos cuyos horarios de trabajo entraban en conflicto con sus compromisos sociales (Ruiz, 2021). Del mismo modo, Chávez (2021) concluye que 45% de la población que refirió que su horario no se

ajustaba a las obligaciones sociales padecía Burnout; sin embargo, no encontró una relación estadísticamente significativa.

Además, la dimensión cansancio emocional se asoció significativamente con el sexo de los participantes, el 57% de las mujeres presentó agotamiento emocional; en cuanto al estado de salud, la población con un estado de salud malo-regular presento mayor prevalencia (61.90%); la violencia verbal cometido por personal del mismo lugar o por usuarios también presento asociación, 61.29% y 60.53% respectivamente. Resultados parcialmente concordantes con lo expuesto por Chávez (2021), quien concluyó que la subescala agotamiento emocional se asoció con sexo ( $P=0.05$ ) y la exposición a violencia verbal ( $P=0.014$ ). No obstante, fueron los profesionales de la salud hombres con el 30.23% que presentaron mayormente esta dimensión, lo que difiere de nuestro resultado. En dicha investigación el estado de salud no mostró asociación significativa.

La subescala despersonalización personal no mostró asociación con ninguna condición socioeconómica y laboral. Al igual que el agotamiento personal, la realización personal, es otra dimensión que se asoció con el estado de salud y violencia verbal cometido por compañeros de trabajo. Estos hallazgos difieren a lo expuesto en un estudio previo en trabajadores de la salud en atención primaria, en el cual no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre realización personal y violencia verbal cometido por compañeros de trabajo (Chávez, 2021).

De nuestro análisis de regresión logística multivariante se desprende claramente que existe una correlación estadísticamente significativa entre las profesiones de los participantes y el cansancio emocional (OR: 0.15,95%, IC: 0.02-0.8), siendo el personal de enfermería los que tienen menor riesgo de desarrollar cansancio emocional. Resultado que coincide con lo expresado por Espinoza et al. (2016) quienes señalaron que entre los profesionales de la salud, los médicos son los más afectados. Sin embargo, el estudio de Alqahtani et al. (2019) realizado en Arabia Saudita se contrapone a este resultado, pues el autor concluye que las enfermeras

tienen mayor riesgo de presentar cansancio emocional en comparación con los médicos ( $p=0,004$ ).

Los resultados también difieren de los de otras investigaciones, como la de Díaz (2015), quien concluyó que las enfermeras se encuentran entre las profesionales más susceptibles y con mayores tasas de agotamiento, ya que pasan la mayor parte de su tiempo interactuando estrechamente con los pacientes. Este personal es el que ofrece apoyo al paciente y a su familia. Con el tiempo, esto podría resultar en una sobrecarga emocional, que puede afectar negativamente su vida social y personal al hacer que actúen de manera hostil, tengan malas actitudes hacia sí mismos y se comuniquen mal. (Díaz, 2015, como se citó en Espinoza et al., 2016).

Es importante destacar que el estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout asociado a las condiciones laborales en profesionales de la salud de consulta externa de primer y segundo nivel de atención. Dicho esto, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre Síndrome de Burnout y el nivel de atención. Al no existir estudios previos que comparen el síndrome en las dos poblaciones estudiadas, nos dificulta realizar comparaciones con otras investigaciones.

Una fortaleza de nuestro estudio fue el uso de cuestionarios preestablecidos estandarizados y el método de recolección de datos que se realizó mediante una encuesta de forma electrónica, de esta manera disminuyeron los posibles errores de tipeo cuando se ingresó los datos a la base. El tipo de estudio transversal de la investigación, nos dio flexibilidad en el tiempo, permitiéndonos determinar tanto la exposición y prevalencia de la enfermedad paralelamente, pudiendo obtener resultados en muy poco tiempo. Otra ventaja fue que no existen estudios previos en ambas poblaciones relacionadas con esta problemática, por lo que se aportó con una data inicial para futuras investigaciones, además de contribuir con una base para realizar una intervención adecuada en beneficio de la población estudiada.

Entre las limitaciones de la investigación podemos anotar, son por el tipo de estudio, observacional descriptivo transversal. Si bien el tipo de investigación nos permitió establecer asociaciones claras, no se pudo inferir una relación causal entre 2 o más variables, lo que generó una dificultad en la interpretación y generalización de los resultados. Además, al no seguir a los individuos a lo largo del tiempo, no se nos proporcionó información anterior o posterior al momento de obtención de los datos, lo que impide analizar comportamientos o tendencias en la población.

Así mismo, debido al muestreo por conveniencia utilizado en esta investigación, es posible que la muestra no sea completamente representativa de la población investigada, lo que podría haber afectado la precisión de los datos recopilados. Al depender el estudio de que los participantes respondan al cuestionario de manera online, se volvió propenso a sesgo por falta de respuesta. El sesgo de información es otra desventaja en el estudio, pues es posible que los participantes no recuerden la información con precisión o que no hayan respondido las preguntas con sinceridad.

## **CONCLUSIONES**

Debido a los numerosos desafíos que enfrentan en sus actividades laborales, los trabajadores de la salud del área de consulta externa son propensos a desarrollar Síndrome de Burnout. Participaron del estudio 100 profesionales de la salud de consulta externa de primer y segundo nivel de atención, encontrando una frecuencia estadísticamente significativa del síndrome de burnout, particularmente en la dimensión cansancio emocional; siendo esta mayor en los médicos que en las otras ocupaciones. Las características sociodemográficas y laborales no se asociaron con Síndrome de Burnout.

La presencia significativa de despersonalización, agotamiento emocional, y una baja realización personal en los trabajadores de consulta externa enfatiza la necesidad de

implementar medidas preventivas y de intervención para salvaguardar el bienestar de los profesionales de la salud y, en última instancia, preservar la calidad de la atención brindada a la población. Este estudio contribuye no solo a la comprensión de la situación actual en estas instituciones de salud específicas, sino también es un llamado de atención para la formulación de estrategias y políticas a nivel nacional que aborden de manera integral el Síndrome de Burnout en el sector de la salud.

### **RECOMENDACIONES**

Recomendamos que el área de salud ocupacional de las dos instituciones de salud realice evaluaciones frecuentes, a través de la aplicación del cuestionario MBI, al 100% del personal de las dos instituciones de salud, con el objetivo de identificar tempranamente el Síndrome de Burnout e intervenir de manera oportuna. Las intervenciones educativas necesitan contar con un enfoque cognitivo-conductual y deben ser diseñadas e implementadas por personal calificado con el debido cuidado metodológico, incluyendo mediciones de la integridad del tratamiento para obtener hallazgos concluyentes y con mayor poder de generalización en el futuro.

Además, debido a la interacción multifactorial en el desarrollo del Síndrome de Burnout, las intervenciones deben abordar la personalidad y la actitud del individuo hacia la situación laboral, además del entorno laboral. Esto implica crear y poner en práctica mecanismos personales de afrontamiento, además de los que se adoptan a nivel profesional del empleador y del lugar de trabajo.

Aunque cada individuo es responsable de su propio bienestar, la conciencia organizacional e institucional es crucial para promover el bienestar de los trabajadores, de ahí que las autoridades de las instituciones de salud deben garantizar un ambiente de trabajo saludable, esto implica dar a los profesionales sanitarios la capacidad de influir en su entorno laboral al participar en decisiones organizativas que afectan la práctica laboral, distribución

adecuada de las funciones, tener más control sobre sus horarios minimizando la interferencia entre el trabajo y el hogar, contratación de más personal con el fin de disminuir la sobrecarga laboral, proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo las funciones encomendadas.

De la misma manera, creemos que es de gran importancia desarrollar y establecer una política para prevenir la violencia laboral, un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome. Esta política debe involucrar a todos los niveles de la organización, incluidos gerentes y profesionales sanitarios, los cuales deben estar informados y tomar las medidas necesarias para erradicar este comportamiento.

## REFERENCIAS

- Alqahtani, A. M., Awadalla, N. J., Alsaleem, S. A., Alsamghan, A. S., & Alsaleem, M. A. (2019). Burnout syndrome among emergency physicians and nurses in Abha and Khamis Mushait cities, Aseer region, southwestern Saudi Arabia. *The Scientific World Journal*, 2019, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2019/4515972>
- Bártová, Z. (2011). *Jak zvládnout stres za katedrou* (1.a ed., Vol. 1). Computer Media.
- Bocanegra, V., & Leyton, W. (2020). *Síndrome de Burnout en Latinoamérica: Una revisión sistemática* [Tesis de Pregrado]. Universidad César Vallejo.
- Chávez, L. (2021). *Determinación de la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos, enfermeras y personal administrativo del distrito 17D06 Chilibulo a Lloa Salud, Quito Ecuador* [Tesis de maestría, Universidad de las Americas]. <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/13525/1/UDLA-EC-TMSSO-2021-22.pdf>
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and Preventative strategies. *Local and regional anesthesia, Volume 13*, 171-183. <https://doi.org/10.2147/lra.s240564>
- Del Valle, G., & Salas, Y. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 53(5), 102017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & León, J. A. M. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Espinoza, M., Ledezma, G., & Roblero, I. (2016). *Síndrome de burnout en médicos y enfermeras(os) que laboran en el Hospital Alemán Nicaragüense, I semestre del año 2016* [Tesis monográfica para optar al título de licenciadas en Psicología, Universidad Bacional



Autónoma de Nicaragua UNAN-MANAGUA].

<https://repositorio.unan.edu.ni/10385/1/9147.pdf>

Faúndez, V. O. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492017000100059>

Fidalgo, M. (s. f.). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (I): definición y proceso de generación. *Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*. [https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp\\_704.pdf](https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf)

Foronda, D., Ciro, D., & Berrío, N. (2018). Síndrome de burnout en personal de la Salud latinoamericano. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 10(2), 157–181. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/335955/pdf>

Fucuta-De-Moraes, M., & Ruths, J. (2023). Prevalence of symptoms of burnout syndrome in primary health care professionals. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 21(01), 01-07. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-813>

García-Molina, C., Satorrez-Pérez, M., Crespo-Mateos, A. P., Quesada, J., García-Soriano, L., & Carrascosa, S. (23 de mayo de 2021). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en centros de salud acreditados para Formación Sanitaria Especializada de dos áreas de salud de Alicante. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 35-39. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n1/1699-695X-albacete-15-01-35.pdf>

Haseeb, H. (2008). *The life of medical workers in Sweden and the impact that their burnout has on society: A qualitative study* [Tesis de maestría]. Halmstad University.

Horn, J. & Schaufeli, W. (1998). Maslach Burnout Inventory: The Dutch Educators Survey (MBI-NLES) Psychometric evaluations. Manual (*unpublished manuscript*). Utrecht University: Department of Social and Organizational Psychology.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2007) .*Via Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (España, Europa)*.  
[http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf)
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2018). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo* (1.a ed., Vol. 1).  
<https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518?t=1551312519071>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). Síndrome de desgaste profesional Burnout. INSST - *Portal INSST*. <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>
- Izdebski, Z., Kozakiewicz, A., Białorudzki, M., Dec-Pietrowska, J., & Mazur, J. E. (2023). Occupational burnout in healthcare workers, stress and other symptoms of work overload during the COVID-19 pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2428. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032428>
- Lavrova, K., & Levin, A. (2006). *Burnout Syndrome: Prevention and Management* (1.a ed., Vol. 1). The Central and Eastern European Harm Reduction Network.
- Lin, R., Lin, Y., Hsia, Y., & Kuo, 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).  
<https://doi.org/10.1002/1348-9585.12228>
- López, E. M. C. (2020). Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil*, 1(1), 33-40.  
<https://doi.org/10.51597/rmicg.v1i1.55>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout Experience: Recent research and its implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D., & Aiken, L. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
- Mercês, M., Coelho, J., Lua, I., De Souza, D., Gomes, A., Erdmann, A., De Oliveira, D., Lago, S., Santana, A., Da Silva, D., Servo, M., Sobrinho, C., Marques, S., Figueiredo, V., Peres, E., De Souza, M., França, L., Maciel, D., Peixoto, Á., . . . Júnior, A. D. (2020c). Prevalence and factors Associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 474. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020474>
- Migina, L., Myssayev, A., Meirmanov, S., & Uristemova, A. (2023). Professional burnout in primary health care workers of the Republic of Kazakhstan. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 23, 101359. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101359>
- Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, & Instituto de Seguridad Laboral . (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile*.
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., & Barragán, A. (2018). Burnout in health professionals according to their Self-Esteem, social support and empathy profile. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00424>
- Montoya, P. (2019). Una revisión bibliográfica: el síndrome de "burnout". *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*. <https://revistamedica.com/sindrome-de-burnout/>

- OK, A. E. L., Mahfouz, E., Aa, E., & Ae, S. (2018). BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTHCARE PROVIDERS IN DIFFERENT HOSPITALS IN MINIA CITY. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*, 42(1), 21-31. <https://doi.org/10.21608/ejom.2018.4936>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. *Organización Internacional del Trabajo*, 1(Primera edición), 978-92-2-330642-7. <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>
- Ortiz, B., Sanabria, M., & Saumeth, V. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en médicos de institución IV nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena en el periodo enero - marzo de 2018* [Tesis de maestría]. Universidad Libre de Barranquilla.
- Paúles, I., Montoro, M., & Fueyo, R. (2023). Síndrome de burnout en profesionales sanitarios en un hospital universitario de España. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 49(7), 102023. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102023>
- Ramírez, M., Otero, P., Blanco, V., Ontaneda, M., Díaz, O., & Vázquez, F. (2018). Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.011>
- Reith, T. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A narrative review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>
- Ruiz, G. (2021). *Agotamiento emocional: Un estudio transversal sobre prevalencia de Burnout entre profesionales de salud según área de trabajo durante la pandemia Covid-19, en Pichincha*. [Tesis de maestría, Universidad de las Américas]. <https://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/13511/1/UDLA-EC-TMSSO-2021-09.pdf>

- Serna, D., & Martínez, L. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1).  
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3061/1750>
- Soukupová, Z. (2006). *Burn Out Syndrome* [Tesis de diplomado]. Mendel University in Brno.
- Suleiman, N. (2020). *Prevalencia del síndrome de burnout e identificación de factores de riesgo en el personal de enfermería de ginecología y obstetricia del servicio andaluz de salud [tesis doctoral]*. Universidad de Granada.
- Torres, F., Piñeiros, V., Moreno, A., Coronel, E., Tamayo, J., & Mallea, M. (2021). Burnout syndrome in health professionals in Ecuador and associated factors in times of pandemic. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 126-136.  
<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Torres, M., Rodríguez, A., & Franco, L. (2021). Analysis of burnout syndrome in healthcare professionals. *International Online Medical Council*. <https://doi.org/10.35248/2572-5130.21.6.229>
- Vivas, S., & Muñoz, M. (2021). Síndrome de Burnout, de un fenómeno laboral a un diagnóstico médico. *Revista colombiana de salud ocupacional*, 9(1), 5962.  
<https://doi.org/10.18041/2322-634x/rcso.1.2019.5962>
- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). *Burnout syndrome: a disease of modern societies?* *Occupational Medicine*, 50(7), 512-517. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), 1318-1321.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1129-z>

- West, C., Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Wiederhold, B., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for Physician Burnout: A Systematic review. *Open Medicine*, 13(1), 253-263. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>
- Williamson, K., Lank, P. M., Cheema, N., Hartman, N., & Lovell, E. (2018). Comparing the Maslach Burnout inventory to other Well-Being instruments in Emergency medicine residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(5), 532-536. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-18-00155.1>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. W. S. (2020). Global Prevalence of burnout Symptoms among Nurses: A Systematic review and Meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- Zarei, E., Ahmadi, F., Sial, M. S., Hwang, J., Thu, P. A., & Usman, S. M. (2019). Prevalence of burnout among primary health care staff and its predictors: a study in Iran. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2249. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249>