



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE TITULACIÓN

**POLÍTICA DE SALUD: SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA ENTRE
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL BÁSICO DE ALAMOR**

Profesor:

Dra. María Pilar Gabela

Autor:

Dr. Cristian Joel Morocho Alberca

2023

Resumen

El síndrome Burnout es una enfermedad emocional y laboral, que se origina de manera exógena, actualmente es una preocupación global ya que puede afectar negativamente la salud psicológica y física, así como el rendimiento de la persona afectada y por ende de la institución u organización donde realiza sus actividades, siendo el personal de salud una de las ramas más afectadas. **Objetivo:** El presente estudio analítico, transversal, tuvo como objetivo disminuir la prevalencia del Síndrome de Burnout y la alteración en la Calidad de Vida en el Personal de Salud del Hospital Básico de Alamor, a través de una Política de Salud. **Metodología:** Se determinó la relación entre las subescalas del test de Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del cuestionario ProQOL. Se desarrolló en 44 trabajadores de salud del Hospital Básico de Alamor, periodo 2023. **Resultados:** Se observó una prevalencia del 8% del síndrome de burnout. No se evidenció riesgo de la calidad de vida del profesional. Se evidenció una correlación positiva muy significativa entre las subescalas cansancio emocional y burnout ($r = .593$, $p = 0.000$), cansancio emocional y estrés traumático secundario ($r = .653$, $p = 0.000$). La despersonalización tiene una correlación negativa con respecto a la satisfacción por compasión, es decir mientras la una disminuye la otra aumenta ($r = -.432$, $p = 0.005$). Por último, la subescala de realización personal tiene una correlación muy fuerte con la subescala de satisfacción por compasión ($r = .750$, $p = 0.000$). **Conclusión:** Existe correlación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del cuestionario ProQOL. Con lo cual puede afirmarse que la calidad de vida laboral si presenta relación con la presencia de estrés prolongado en el lugar de trabajo.

Palabras clave: *enfermedad laboral, salud, subescalas, estrés.*

Abstract

Burnout Syndrome is an occupational and emotional disease of exogenous origin. Currently it is a global concern since it has the potential to affect negatively, psychologically and physically to the health. In addition, it has a negative impact in the effectiveness of the person and of the Institution. Healthcare workers are considered the most affected. **Objective:** The present analytical, cross-sectional study aimed to reduce the prevalence of Burnout Syndrome and the alteration in the Quality of Life in the Healthcare workers of the "Hospital Básico de Alamor" through a Health Policy. **Metodology:** It was analyzed the relationship between the subscales of the Maslach Burnout Syndrome Inventory and the Professional Quality of Life Subscales of the ProQOL. The questionnaire was implemented in 44 Health workers from the BasicHospital of Alamor in the period 2023. **Results:** It was observed a prevalence of 8% of burnout syndrome among the participants. No cases of risk to the professional's quality of life were found. A highly significant positive correlation was observed between the emotional exhaustion and burnout subscales ($r = .593$, $p = 0.000$), emotional exhaustion and secondary traumatic stress ($r = .653$, $p = 0.000$). Depersonalization has a negative correlation with respect to satisfaction for compassion indicating that, while one variable decreases the other increases ($r = -.432$, $p = 0.005$). Lastly, the personal fulfillment subscale has a very strong correlation with the compassionate satisfaction subscale ($r = .750$, $p = 0.000$). **Conclusion:** There is a significant correlation between the subscales of the Maslach Burnout Syndrome Inventory and the subscales of Professional Quality of Life of the ProQOL Questionnaire. Therefore, as a result, the quality of working life is related to the presence of a prolonged stress in the workplace.

Keywords: occupational disease, health, subscales, stress.

Índice

1. Introducción	6
1.1. Planteamiento del problema.....	6
1.2. Justificación.....	8
2. Objetivos.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos	10
2.3. Hipótesis	10
3. Marco Teórico.....	11
3.1. Síndrome de Burnout: Historia y Definición	11
3.1.1. Historia	11
3.1.2. Definición	11
3.2. Presentación Clínica.....	12
3.2.1. Agotamiento emocional	12
3.2.2. Despersonalización	12
3.2.3. Falta de realización personal.....	12
3.3. Epidemiología	13
3.4. Factores de Riesgo.....	14
3.4.1. Factores Desencadenantes.....	14
3.4.2. Factores de la Organización.....	15
3.4.3. Factores de las Condiciones de Trabajo	15
3.4.4. Factores de las Relaciones Sociales	15
3.4.5. Factores Individuales	16
3.4.6. Factores Sociodemográficos	16
3.5. Consecuencias del Síndrome de Burnout.....	17
3.6. Diagnóstico.....	18
3.6.1. Maslach Burnout Inventory	18
3.7. Tratamiento y Prevención	19
3.7.1. Tratamiento	19
3.7.2. Prevención.....	21
3.8. Calidad de vida.....	23
3.8.1. Definición y Concepto	23
3.8.2. Componentes de la calidad de vida	23
3.8.3. Escala de Calidad de Vida Profesional – 5 (ProQOL).....	24
3.9. Relación entre Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida.....	25

4.	Metodología	27
4.1.	Diseño de estudio	27
4.2.	Materiales y Métodos.....	27
4.3.	Recolección de Datos.....	27
4.4.	Técnicas para analizar los datos	28
4.5.	Población	28
4.6.	Muestra	28
4.7.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	29
5.	Resultados	30
6.	Discusión.....	34
7.	Propuesta de Solución	36
8.	Conclusiones	41
9.	Recomendaciones	41
10.	Referencias	42
11.	Anexos	45
11.1.	Anexo nº 1: Árbol de Problemas	46
11.2.	Anexo nº 2: Árbol de Objetivos	47
11.3.	Anexo nº 3: Matriz de estrategias	48
11.4.	Anexo 4: Variables de estudio.....	49
11.5.	Anexo nº 5: Matriz de Actores Principales	52
11.6.	Anexo nº 6: Tabla 5 prueba de normalidad.....	55

1. Introducción

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad el agotamiento, el cansancio son problema típico en el ambiente laboral, llegando a afectar a tal punto de volverse un problema de salud. El Síndrome de Burnout es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973, quien observó “cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas”. (Vanessa Thomaé y otros, 2006)

“El síndrome de Burnout fue declarado en el 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un factor de riesgo laboral, considerando que perjudica el rendimiento de los trabajadores, afecta la salud mental y aumenta la probabilidad de generar situaciones inseguras que pueden comprometer la integridad física del individuo”. (OMS, 2020) (Santaella Palma, 2022). Además, “ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11)”. (Organización Médica y Colegial de España, 2019). Por tal motivo se lo define como un problema de salud pública ya que afecta a muchos profesionales en todos los campos de trabajo.

En este sentido, el Síndrome de Burnout es una preocupación global ya que tiene el potencial de afectar negativamente la salud psicológica y física, así como la efectividad de la persona afectada y por ende de la organización o institución en la que realiza sus actividades.

“En un artículo sobre el síndrome de burnout, publicado en la revista científica brasileña Salud y Tecnología (Recisatec) en noviembre de 2021, Rodríguez afirma que la afección se identifica con mayor frecuencia en determinadas profesiones, especialmente las que implican el contacto con otras personas,

como médicos, enfermeros, cuidadores y profesores”. (National Geographic, 2022).

En un estudio sobre burnout y depresión realizado por (Medscape, 2022), se evaluó a más de 13,000 médicos tanto hombres como mujeres de 29 especialidades. Los resultados mostraron que 47% de los médicos están agotados, siendo cuidados intensivos, infectología, reumatología, las enfermedades con más desgaste profesional. Por lo tanto, se concluyó que el síndrome de burnout tiene gran afectación en el profesional de salud.

Es por todo estos motivos la necesidad de realizar un estudio que busque disminuir y sobre todo prevenir la aparición de este síndrome en los profesionales de la salud. Es por eso que el objetivo de este trabajo investigativo es determinar la presencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud y su afectación en la calidad de vida. Y una vez conocido esto implementar medidas y políticas de salud adecuadas para minimizar el riesgo que este síndrome conlleva

1.2. Justificación

“La definición clásica de burnout fue formulada por Maslach (1993), quien lo considera un síndrome psicológico, de agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal, que puede ocurrir en individuos normales. Esto implica que, cuando decimos que un profesional está “quemado”, debe reflejar el hecho de que una situación (laboral, familiar o social) le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción de manera adaptiva”. (Lovo, 2020).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como un factor de riesgo laboral, considerando que perjudica el rendimiento de los trabajadores, afecta la salud mental y aumenta la probabilidad de generar situaciones inseguras que pueden comprometer la integridad física del individuo”. (OMS, 2020) (Santaella Palma, 2022). En este sentido, “el Síndrome de Burnout es una preocupación global ya que tiene el potencial de afectar negativamente la salud psicológica y física, así como la efectividad de la persona afectada y por ende de la organización o institución en la que realiza sus actividades”. Esta afección incide en profesionales sometidos a un contacto directo con personas, por lo cual es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario (OMS, 2005)

“Fabiano de Abreu Rodriguez, doctor en psicología y neurociencias, miembro de la Sociedad Brasileña de Neurociencias, en un artículo sobre el síndrome, publicado en la revista científica brasileña Salud y Tecnología (Recisatec) en noviembre de 2021 donde afirma que la afección se identifica con mayor frecuencia en determinadas profesiones, especialmente las que implican el contacto con otras personas, como médicos, enfermeros, cuidadores y profesores”. (National Geographic, 2022).

“Los profesionales de salud son los más vulnerables a factores que desencadenan estrés laboral asociado al síndrome de Burnout, que suele afectar a su desempeño laboral y a la calidad de su atención, ocasionando frecuentes reclamos por parte de los usuarios, en particular en el primer nivel de atención del sistema de salud”. (Laurancio & Laurancio, 2020)

De la misma forma (Medscape, 2022), en su estudio realizado a más de 13 000 médicos tanto hombres como mujeres de 29 especialidades evaluó y entrevistó sobre las batallas que ellos afrontan para lidiar con el agotamiento, en este estudio se

evidencia que el exceso de tareas burocráticas, salarios bajos y demasiadas horas de trabajo consideran como causas principales del agotamiento, además el sexo femenino tiene más agotamiento que el masculino.

“El estrés es bueno en pequeñas dosis, pero los efectos de un estrés crónico, tanto físico como psicológico, pueden causar una disminución en la productividad y la calidad de vida de la persona (Freudenberger, 1974). El Síndrome de Burnout provoca a ritmo creciente el deterioro de la calidad asistencial, las renunciadas y el ausentismo de los agentes, además de aumentar los costos institucionales por el daño de los profesionales (enfermedad o despidos) y el costo potencial de reclamos por negligencia y pérdida del cometido o misión organizacional”. (Heames & Cox, 2010)

El impacto a nivel institucional, salud y social es de gran relevancia, existen actualmente muchos estudios respecto de la presencia del síndrome de burnout pero es poco lo que se estudia para la prevención del mismo es por eso que al existir una política que permita prevenir el desarrollo de este síndrome permitirá mejorar la calidad de vida del personal de salud, evitar enfermedades psicológicas y físicas, evitar mala praxis, mejorar la calidad de atención a los pacientes quienes están íntimamente ligados al servicio que el personal brinda.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Disminuir la prevalencia del Síndrome de Burnout y la alteración en la Calidad de Vida en el Personal de Salud del Hospital Básico de Alamor, a través de una Política de Salud.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud del Hospital Básico de Alamor mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Determinar la calidad de vida en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor mediante el instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)
- Establecer la relación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL.
- Diseñar una política de Salud para disminuir la prevalencia del Síndrome de Burnout y mejorar la Calidad de Vida del personal de Salud del Hospital Básico de Alamor.

2.3. Hipótesis

Hipótesis Nula (H0): No existe relación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL

Hipótesis de Investigación (H1): Existe relación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL

3. Marco Teórico

3.1. Síndrome de Burnout: Historia y Definición

3.1.1. Historia

A partir de mediados del siglo XX se dedica especial atención a un fenómeno rara vez comentado y tratado en el mundo académico con anterioridad, cual es el “Burnout” o “Síndrome del Quemado”. En efecto, este fenómeno comienza a cobrar importancia en la literatura sobre la década de los setenta a través de la disciplina de la Psicología. (Lopez, 2017). “El síndrome de Burnout (quemado, fundido, agotado) fue descrito en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger (Navarro, 2016). Al observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Se observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas”. (Vanessa Thomaé y otros, 2006).

“Es a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales”. (Martínez Pérez, 2010).

3.1.2. Definición

“Síndrome Burnout es una enfermedad laboral y emocional, de origen exógeno, que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo (y por ende acumulativo), que afecta gradualmente a aquellos profesionales o empleados cuya labor les exige implicación emocional con personas. Se caracteriza, por la existencia de agotamiento emocional, la despersonalización y el sentimiento de baja realización en el trabajo. Jackson & Maslach (1982), indican que este síndrome presenta repercusiones relacionadas con el comportamiento entre las que se mencionan cansancio, sentimientos de incompetencia, cinismo e irritabilidad y repercusiones en el ámbito institucional, tales como, suspensiones,

accidentes laborales, problemas interpersonales y baja calidad en el servicio”. (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018).

3.2. Presentación Clínica

Según (Chavez, 2016) desde una perspectiva psicosocial, afirman que burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales en contacto con personas que están en el ámbito laboral. Las tres dimensiones incluyen:

3.2.1. Agotamiento emocional

“Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, es decir, que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como sujeto de trabajo”. (Chavez, 2016) (Rivera y otros, 2019)

3.2.2. Despersonalización

“Se define como las actitudes y sentimientos negativos. De insensibilidad y de cinismo hacia el personal de su propio trabajo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irónico, irritable, al mismo tiempo que les atribuye la culpabilidad de sus frustraciones y de su descenso del rendimiento laboral”. (Chavez, 2016) (Rivera y otros, 2019)

3.2.3. Falta de realización personal

“Consiste en un sentimiento de bajo logro o realización profesional que surge cuando se verifica que las demandas que se le hace exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas lo cual afecta en la realización del trabajo y a la relación con las personas que atienden, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo (baja autoestima) e insatisfechos con sus resultados laborales. Experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción como consecuencia: la impuntualidad, el absentismo y el abandono de la profesión estos aparecen como síntomas habituales y típicos de esta patología laboral”. (Chavez, 2016) (Rivera y otros, 2019)

Según una revisión bibliográfica realizada por (Morales & Hidalgo , 2015) “existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño”.

Además, esquematiza a la clínica del síndrome en cuatro niveles:

- “Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios”.

3.3. Epidemiología

La epidemiología del Síndrome de Burnout ha sido objeto de numerosos estudios en todo el mundo. La prevalencia del Burnout varía según la población estudiada y la definición utilizada, pero se estima que afecta entre el 10% y el 60% de los profesionales de la salud en todo el mundo. (Maslach & Leiter, 2016) (Shanafelt T. y otros, 2015).

Un estudio sistemático de 2018, que incluyó 182 estudios con un total de 126,116 participantes, encontró que la prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en todo el mundo era del 44%, siendo los médicos y enfermeros los más afectados (Rotenstein y otros, 2018).

En América Latina también han sido varios los estudios realizados sobre el síndrome de burnout. En un estudio realizado en 2018 en Ecuador, se encontró una prevalencia del 23,2% de síndrome de burnout en médicos de atención primaria. Los resultados también indicaron que aquellos médicos que trabajaron en una unidad de salud con

mayor carga de trabajo tenían una mayor prevalencia de síndrome de burnout. (Sanchez y otros, 2018)

En general, estos estudios muestran que el síndrome de burnout es un problema significativo en el personal de salud en América Latina, incluido Ecuador. La prevención y el manejo del síndrome de burnout en el personal de salud son importantes para garantizar la calidad de atención a los pacientes y la salud y bienestar del personal médico.

3.4. Factores de Riesgo

3.4.1. Factores Desencadenantes

“El origen reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas y/o individuales, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del burnout”. (Perea, 2020)

“La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo , falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el burnout”. (Perea, 2020)

“Cualquier profesional con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás puede desarrollar burnout. Sin embargo, ahí no residen las causas de las nocivas consecuencias para la salud que tiene desarrollar el burnout, sino que, además de factores individuales, son factores organizativos, de las condiciones de trabajo y de exigencias del servicio en las interacciones las que desencadenan e incrementan el daño a la salud si no se protege al individuo, entre otros”. (Perea, 2020)

3.4.2. Factores de la Organización

- “Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Falta de apoyo instrumental.
- Exceso de burocracia.
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre departamentos.
- Falta de formación.
- Falta de refuerzo o recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Relaciones conflictivas.
- Estilo de dirección inadecuado.
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH”.

3.4.3. Factores de las Condiciones de Trabajo

- “Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo para atender al usuario/cliente/alumno.
- Disfunción de rol.
- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Falta de apoyo social.
- Poca autonomía decisional.
- Estresores económicos.
- Insatisfacción en el trabajo”.

3.4.4. Factores de las Relaciones Sociales

- “Trato con usuarios difíciles o problemáticos
- Relaciones conflictivas con clientes
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos con compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias
- Proceso de contagio social del burnout”.

3.4.5. Factores Individuales

- “Sensibilidad emocional alta y necesidad de los otros
- Alto grado de idealismo
- Alto grado de empatía
- Baja autoestima.
- Dedicación al trabajo.
- Elevada autoexigencia.
- Reducidas habilidades sociales.
- Tendencia a la sobre implicación emocional.
- Patrón de conducta de tipo A”.

“Además, entre otros, sobrecarga de trabajo y/o ocupación poco estimulante, poca o nula participación en la toma de decisiones, falta de medios para realizar la tarea, excesiva burocracia, pérdida de identificación con lo que se realiza, percepción de que no se recibe refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente, pero sí se puede producir castigo por hacerlo mal y/o baja expectativa de qué hacer para que el trabajo sea tenido en cuenta y valorado como merece”. (Perea, 2020)

3.4.6. Factores Sociodemográficos

En un estudio efectuado por (Olivar y otros, 1999) los factores sociodemográficas que se ha visto relación con el síndrome de burnout son:

- **La edad:** “aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos”. (Olivar y otros, 1999)
- **El sexo:** “el burnout tiende a ser más frecuente en la mujer, relacionándose con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar”. En un

estudio efectuado por (Castillo y otros, 2015), donde evalúa el síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias, dentro de los resultados se obtuvo que la realización personal y el síndrome de Burnout se encuentran asociados al sexo al cual pertenecen los médicos siendo más alto ambos en el sexo femenino

- **El estado civil:** parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. (Olivar y otros, 1999)

3.5. Consecuencias del Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout no solo afecta al profesional en cuestión sino también a la organización y sus allegados. Según (Molina Rodriguez, 2020), dentro de las consecuencias se evidencia:

Físicas: “Manifestaciones generales (cansancio, pérdida de apetito, malestar general), problemas osteomusculares (dolor de espalda, dolores cervicales, contracturas musculares) alteraciones inmunológicas (aumento de infecciones y alergias, problemas dermatológicos), problemas sexuales (impotencia parcial o total, frigidez, ausencia de eyaculación), problemas cardíacos (taquicardia, dolor precordial, hipertensión arterial), problemas respiratorios (catarros frecuentes, taquipnea, crisis de asma), problemas digestivos (gastritis, úlcera duodenal, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, trastorno del sueño con predominio del sueño ligero e insomnio, sensación de vértigo con inestabilidad locomotriz y sensación de vacío), alteraciones hormonales (trastornos menstruales)”. (Molina Rodriguez, 2020)

Emocionales: “Agotamiento, sentimiento de fracaso y vacío, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración, olvidos frecuentes, falta de atención y mala memoria, tristeza con tendencia a la depresión, falta de compromiso laboral, escasa o nula realización personal, baja autoestima, despersonalización”. (Molina Rodriguez, 2020)

Conductuales: “Conductas adictivas con abuso de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, otras) irritabilidad, cambios de humor bruscos, hostilidad, aislamiento, agresividad, falta de eficacia, disminución de la capacidad para tomar decisiones, menor rendimiento laboral, absentismo laboral”. (Molina Rodriguez, 2020)

Familiares y Sociales: “Problemas de pareja, deterioro del núcleo familiar en general, aislamiento social”. (Molina Rodriguez, 2020)

En la Organización: “Conflictos con otros profesionales, conflictos con pacientes y familiares (en el caso de profesionales médicos), ineficacia en la actividad diaria, disminución de la calidad asistencial, cambios repetidos de los puestos de trabajo, absentismo laboral, accidentes laborales”. (Molina Rodriguez, 2020)

3.6. Diagnóstico

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser evaluados a través del MBI (Maslach Burnout Inventory). (Maslach y otros, Maslach Burnout Inventory, 1996)

3.6.1. Maslach Burnout Inventory

“La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del SB (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo”. (Morales & Hidalgo, 2015).

- “Subescala de agotamiento emocional: Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
- Subescala de despersonalización: Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

- Subescala de realización personal: Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48”.

“La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Agotamiento emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días”.

“Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome”. (Morales & Hidalgo , 2015) (Fajardo Lazo y otros, 2021)

3.7. Tratamiento y Prevención

3.7.1. Tratamiento

Aunque el tratamiento del síndrome de burnout no está completamente estandarizado, existen varias estrategias terapéuticas que han mostrado ser efectivas en el manejo de los síntomas. Una estrategia utilizada en el tratamiento del síndrome de burnout es la psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento del síndrome de burnout, ya que se enfoca

en cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que pueden estar contribuyendo a la condición. Un estudio realizado en profesionales de la salud en Argentina encontró que la TCC fue efectiva en reducir los niveles de burnout (Villarreal y otros, 2020).

Además de la TCC, la terapia psicodinámica también puede ser efectiva en el tratamiento del síndrome de burnout. Un estudio en profesionales de la salud en Chile encontró que la terapia psicodinámica fue efectiva en reducir los síntomas de burnout y mejorar la calidad de vida de los participantes (Mella y otros, 2019).

La meditación y el mindfulness también han sido utilizados en el tratamiento del síndrome de burnout. Estas prácticas ayudan a reducir el estrés y la ansiedad, y han mostrado ser efectivas en reducir los síntomas de burnout en profesionales de la salud (Ramirez Baena, 2019)

El ejercicio físico también puede ser efectivo en el tratamiento del síndrome de burnout. Un estudio realizado en Brasil encontró que el ejercicio físico ayudó a reducir los niveles de burnout en profesionales de la salud (Aragão et al., 2018).

Otra estrategia utilizada en el tratamiento del síndrome de burnout es la terapia ocupacional. Un estudio realizado en Colombia encontró que la terapia ocupacional ayudó a reducir los niveles de burnout en profesionales de la salud (Salamanca-Peña et al., 2018).

En cuanto a la farmacoterapia, algunos estudios han encontrado que ciertos medicamentos pueden ser efectivos en el tratamiento del síndrome de burnout, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (IRNS). Sin embargo, es importante destacar que la evidencia en este campo es limitada y se necesitan más estudios para determinar la efectividad y seguridad de los medicamentos en el tratamiento del síndrome de burnout. (García Romero y otros, 2019)

Finalmente, es importante destacar que el tratamiento del síndrome de burnout debe ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada paciente. Además, es importante trabajar en la prevención del síndrome de burnout a través de la

implementación de políticas y medidas organizacionales que promuevan un ambiente de trabajo saludable y que prevengan la sobrecarga emocional y laboral.

3.7.2. Prevención

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del SB. (Morales & Hidalgo , 2015)

(Duran y otros, 2018) realizaron un estudio en el personal que labora en instituciones de salud en Barranquilla, donde primeramente se evaluó a 26 sujetos con el Maslach Burnout Inventory (MBI) test. “Se verificó que los profesionales de la salud son irrumpidos por el Síndrome de Burnout, por el régimen de trabajo estricto, se encontró que la mayoría del personal muestra un alto grado de cansancio emocional. Quienes tendrían mayor riesgo de contraer el Síndrome y por ende estar más insatisfechos laboralmente, son aquellos que tengan más de 30 años de edad, del sexo femenino”. (Duran y otros, 2018)

Por ende, en su estudio se sugiere “ejecutar algunos lineamientos como agentes de prevención:

- Escuchar a la persona de forma activa, pero sin darle consejos ni juzgar sus acciones.
- Dar apoyo técnico en el sentido de que un compañero experto le confirme que está haciendo bien las instituciones de salud.
- Crear en el trabajador necesidades y pensamientos de creatividad, desafío, e implicación en el trabajo por parte de aquellos compañeros expertos. Estos compañeros deben ser competentes en su profesión
- Apoyo emocional entendido como apoyo incondicional. Este tipo de apoyo es necesario para todas las personas y si no es posible obtenerlo en el trabajo la persona debe disponer de él en casa.
- Apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar a la persona sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones, que le haga replantearse las posibles atribuciones hechas sobre los resultados de la tarea (culpar a los compañeros o superiores de los fracasos profesionales). Participar en la realidad social de la persona, confirmando o cuestionándole las creencias

sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima". (Duran y otros, 2018)

La prevención del síndrome de burnout en los profesionales de la salud es crucial para garantizar su bienestar y calidad de vida, así como para mantener la calidad de la atención que prestan a los pacientes. Para lograrlo, se deben implementar medidas tanto a nivel organizacional como individual.

A nivel organizacional, es necesario fomentar un ambiente laboral saludable que proporcione un equilibrio adecuado entre la carga de trabajo y los recursos disponibles. Además, se deben promover prácticas de liderazgo positivo, dar apoyo emocional y ofrecer capacitación y programas de desarrollo personal y profesional.

A nivel individual, los profesionales de la salud deben adoptar hábitos saludables para reducir el estrés y prevenir el agotamiento. Estos hábitos incluyen hacer ejercicio periódico, tener una alimentación balanceada, dormir adecuadamente, practicar técnicas de relajación y establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal.

En conclusión, la prevención del síndrome de burnout en los profesionales de la salud es una tarea que requiere el compromiso y la colaboración tanto de las organizaciones como de los individuos. Al implementar medidas preventivas, se puede mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud, lo que a su vez se traducirá en una mejor atención para los pacientes y una mayor satisfacción laboral para los profesionales de la salud.

Dentro de políticas de salud pública que se pueden aplicar para prevenir y disminuir el síndrome de burnout se obtiene:

1. Programas de apoyo emocional y psicológico: Proporcionar programas de apoyo emocional y psicológico a los profesionales de la salud puede ayudar a reducir el riesgo de burnout. Estos programas pueden incluir sesiones de terapia individual o grupal, capacitación en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, y programas de mindfulness. (Shanafelt y otros, Intervenciones para promover el bienestar de los médicos y mitigar el agotamiento: una revisión sistemática y un metanálisis., 2016)

2. La gestión del tiempo y la carga de trabajo: La sobrecarga de trabajo y la falta de control sobre el tiempo pueden ser factores Mejora de riesgo para el burnout. Mejorar la gestión del tiempo y la carga de trabajo puede ayudar a reducir el estrés y prevenir el burnout. (Shanafelt y otros, Burnout y satisfacción con la integración vida-trabajo entre médicos de un centro médico académico, 2018)
3. Fomentar un ambiente de trabajo positivo: Un ambiente de trabajo positivo, en el que los profesionales de la salud se sientan valorados y apoyados, puede ayudar a reducir el riesgo de burnout. Esto puede incluir políticas de reconocimiento y recompensa, capacitación en liderazgo y trabajo en equipo, y fomento de la colaboración y la comunicación abierta. (Dyrbye y otros, 2014)
4. Proporcionar recursos para el autocuidado: Proporcionar recursos y herramientas para el autocuidado puede ayudar a los profesionales de la salud a manejar el estrés y prevenir el burnout. Estos recursos pueden incluir programas de ejercicio y nutrición, acceso a apoyo emocional y psicológico, y capacitación en técnicas de relajación. (Shanafelt y otros, 2018)

3.8. Calidad de vida

3.8.1. Definición y Concepto

La calidad de vida es un concepto multidimensional y subjetivo que se refiere a la percepción que tiene una persona sobre su propia vida, en términos de su bienestar físico, emocional, social y material (OMS, 1994). La calidad de vida es un constructo que se utiliza para evaluar el impacto de diversos factores en la vida de las personas, como la salud, el medio ambiente, la educación, la cultura y la economía (Sen, 1999).

En el ámbito de la salud, la calidad de vida se utiliza para evaluar el impacto de las enfermedades y los tratamientos sobre la vida de las personas (Patrick & Erickson, 1988). La calidad de vida se ha convertido en un indicador importante para evaluar la eficacia de los tratamientos y para determinar las necesidades de los pacientes (Ferreira y otros, 2018).

3.8.2. Componentes de la calidad de vida

El concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos que según (Galván Bonilla, 2014) son:

1. "Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.
2. Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.
3. Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.
4. Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.
5. Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo del mismo". (Galván Bonilla, 2014)

3.8.3. Escala de Calidad de Vida Profesional – 5 (ProQOL)

La Escala de calidad de vida profesional (ProQOL) es un cuestionario de autoinforme de 30 elementos diseñado para medir la fatiga por compasión, la satisfacción laboral y el agotamiento en la ayuda a los profesionales. Los profesionales que ayudan se definen de manera amplia, desde los que se encuentran en entornos de atención médica, como psicólogos, enfermeras y médicos, hasta trabajadores de servicios sociales, maestros, policías, bomberos u otros socorristas. Es útil tanto para trabajadores que realizan labores emocionales como para profesionales que están expuestos a situaciones traumáticas. (NovoPsych, 2021)

La Calidad de Vida Profesional es la calidad que uno siente en relación con su trabajo como ayudante. Tanto los aspectos positivos como los negativos de hacer el trabajo influyen en la calidad de vida profesional. El ProQOL mide tres aspectos de la calidad de vida profesional:

- Satisfacción por Compasión (SC): placer que se deriva de poder hacer bien su trabajo

- Burnout o Síndrome de Quemado (SQ): agotamiento, frustración, ira y depresión relacionados con el trabajo
- Estrés traumático secundario (ETS): sentir miedo en relación con un trauma primario o secundario relacionado con el trabajo) (NovoPsych, 2021)

“El instrumento se compone por tres subescalas, satisfacción por compasión, síndrome de quemado y estrés por trauma secundario. En total se integra por 30 reactivos en una escala tipo Likert de cinco puntos en la que 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Alguna vez, 4 = A menudo y 5 = Frecuentemente. Los puntajes más altos representan mayores niveles en cada una de las subescalas. Las cuales se obtienen a través de la suma de las puntuaciones obtenidas por cada participante en los ítems correspondientes, permitiendo obtener un puntaje por cada subescala, siendo la puntuación mínima de 1 y la máxima de 50. Para su análisis e interpretación global se establecen rangos de referencia, siendo estos: bajo de 1 a 22, medio de 23 a 41 y alto más de 42”. (Ojeda y otros, 2020) A partir de lo cual se cataloga la calidad de vida laboral en cinco niveles:

- 1) “Alta SC, moderado a bajo SQ y ETS (Reforzado positivamente).
- 2) Alto SQ, moderado a bajo SC y ETS (Riesgo bajo).
- 3) Alto ETS con bajo SQ y baja SC (Riesgo medio).
- 4) Alto ETS y alto SC con bajo SQ (Riesgo alto).
- 5) Alto ETS y alto SQ con bajo SC (En peligro)”. (Ojeda y otros, 2020)

3.9. Relación entre Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del rendimiento laboral (Maslach y otros, Maslach Burnout Inventory, 1996). Este síndrome es especialmente común entre los profesionales de la salud debido a las exigencias de su trabajo, la presión del tiempo, el contacto frecuente con la enfermedad y el sufrimiento humano, entre otros factores (Shanafelt T. y otros, 2015).

Se ha demostrado que el síndrome de burnout tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los profesionales de la salud. Por ejemplo, un estudio transversal de (Vidotti y otros, 2019) donde se realizó a 502 profesionales de enfermería de un hospital general filantrópico de la región sur de Brasil el test elMaslach Burnout Inventory, elDemand-Control-Support Questionnairey IWorld Health Organization Quality of Life - Bref.WHOQOL-BREF para analizar la ocurrencia del síndrome de Burnout y su relación con el estrés laboral y la calidad de vida entre trabajadores de enfermería, obteniendo como resultado que la ocurrencia del síndrome de burnout fue del 20,9% y se concluye que el síndrome de Burnout estaba relacionado con altos niveles de estrés y a la percepción negativa de la calidad de vida de los trabajadores de enfermería.

Por otro lado, un estudio realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en Guatemala, donde se “tuvo como objetivo determinar la frecuencia del síndrome de burnout y de deficiencias en la calidad de vida laboral del personal de enfermería de los servicios de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Roosevelt”, concluyó “que algunos dominios de la escala de calidad de vida laboral poseen alguna relación de débil a moderada con los dominios de la escala de Burnout”. (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018)

En resumen, los estudios realizados en los últimos años han demostrado consistentemente una relación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud, tanto en términos de bienestar físico como psicológico. Por lo tanto, es importante que se preste atención al bienestar mental y emocional de los profesionales de la salud.

4. Metodología

El Síndrome de Burnout es una preocupación global ya que tiene el potencial de afectar negativamente la salud psicológica y física, así como la efectividad de la persona afectada y por ende de la organización o institución en la que realiza sus actividades.

Posterior a definir el problema del síndrome de burnout y como este afecta al profesional de la salud se realizó este proyecto de investigación en búsqueda de disminuir y sobre todo prevenir la aparición de este síndrome en los profesionales de la salud.

4.1. Diseño de estudio

El presente trabajo es un estudio cuantitativo con enfoque analítico de corte transversal, ya que los datos serán recogidos, analizados en tiempo determinado mediante instrumentos que determinan la presencia o ausencia de las variables (Síndrome de Burnout y Calidad de Vida).

4.2. Materiales y Métodos

Instrumento de recolección de la información de la muestra

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo mediante instrumentos validados los cuales son:

- El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), en su última versión traducida al español
- El instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL), en su última versión traducida al español

4.3. Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta estructurada mediante la herramienta Google Forms donde se incluyeron inicialmente variables sociodemográficas como: edad, sexo, profesión, estado civil, horas de trabajo a la semana y años de trabajo, seguido de los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI) y el instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL).

“El cuestionario Maslach Burnout posee los siguientes puntos de corte: cansancio emocional, 27 a 54 puntos (alto), 19 a 26 puntos (medio), 0 a 18 puntos (bajo); despersonalización 10 a 30 (nivel alto), 7 a 9 (nivel medio), 0 a 6 puntos (nivel bajo); realización personal 10 a 30 puntos (nivel alto), 7 a 9 puntos (nivel medio), menos de 9 (nivel bajo)”. (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018)

El instrumento “ProQOL posee los siguientes puntos de corte para cada subescala: 22 o menos (nivel bajo), 23 a 41 (nivel promedio) y 42 o más (nivel alto)”. (Hegarty, 2021) (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018)

4.4. Técnicas para analizar los datos

Luego de la recolección de información a través de la encuesta mediante Google forms, se procesó y almacenó los datos obtenidos en una base de datos en Microsoft Office Excel y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los datos obtenidos fueron elaborados y resumidos en tablas de frecuencia absoluta y porcentajes. Para verificar la asociación de las variables de ambos instrumentos se utilizó la prueba de normalidad y correlación estadística de Pearson y Spearman.

4.5. Población

El Universo de estudio está conformado por 44 adultos que forman parte del personal de salud del Hospital Básico de Alamor.

4.6. Muestra

La muestra se seleccionó de manera probabilista y aleatoria, tomando en consideración que es una parte de una población finita se realizó el siguiente cálculo:

$$\text{Formula: } n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N-1) + z^2 p q}$$

$$N = \text{total de la población} = 44$$

$$Z = \text{nivel de confianza} = 0.05 (1.96)$$

$$e = \text{error estimado} = (0.05)$$

$$p = \text{probabilidad a favor} = 0.5$$

$q = \text{probabilidad en contra} = 0.5$

$n = \text{tamaño de la muestra} = ?$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 44 * 0.5}{(0.05)^2 * (44 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$n = 40$

4.7. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Todo el personal de salud del Hospital Básico de Alamor dentro del periodo mencionado; que desearon participar libre y voluntariamente en la investigación.
- Todo el personal de salud que haya aceptado el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Personal de salud que se negara a participar en la investigación
- Personal de salud que no se encuentre laborando en el periodo de efectuación del estudio

5. Resultados

Cuestionario Inventario de Maslach

Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud del Hospital Básico de Amor mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Tabla1. Caracterización del grupo estudiado según variables sociodemográficas

		f	Porcentaje
Sexo Biológico	Femenino	21	52.5%
	Masculino	19	47.5%
	Total	40	100%
Grupo de Edad	De 20 a 39 años	26	65%
	De 40 a 49 años	10	25%
	Mayores a 50 años	4	10%
	Total	40	100%
Profesión	Auxiliar de Enfermería	4	10%
	Enfermero/a	13	32.5%
	Laboratorista Clínico	4	10%
	Médico Especialista	5	12.5%
	Médico/a General	13	32.5%
	Psicóloga Clínica	1	2.5%
	Total	40	100%
Estado Civil	Casado/a	18	45%
	Divorciado/a	3	7.5%
	Soltero/a	13	32.5%
	Unión Libre	6	15%
	Total	40	100%
Horas de trabajo a la semana	Menos de 40 horas	3	7.5%
	Mas de 40 horas	37	92.5%
	Total	40	100%
Años de trabajo	Menos de 5 años	11	27.5%
	Entre 5 y 9 años	15	37.5%
	Entre 10 y 20 años	13	32.5%
	Mas de 20 años	1	2.5%
	Total	40	100%

*Fuente: Instrumento utilizado para recolección de datos
Elaborado por: Cristian Joel Morocho Alberca*

Análisis: Al analizar el grupo de estudio según sus características sociodemográficas y laborales se pudo evidenciar que, de los 40 participantes, 52.5%

(n=21) son de sexo femenino y 47.5% (n=19) masculino. Además, la mayoría 65% (n=26) comprende edades entre 20 a 39 años. En cuanto a los profesionales que conforman el hospital 65% lo conforman entre médicos generales y enfermeros. Un 92.5% (n=37) señalaron que trabajan mas de 40 horas con una media de 41.6 horas y en cuanto a los años de trabajo 37.5% (n=15) llevan laborando entre 5 y 9 años y 32.5% (n=13) entre 10 y 20 años, con una media de 8.1 años.

Tabla 2. Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud del Hospital Básico de Alamor mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

		f	Porcentaje
Cansancio Emocional	Alto	10	25%
	Bajo	20	50%
	Medio	10	25%
	Total	40	100%
Despersonalización	Alto	15	37.5%
	Bajo	14	35%
	Medio	11	27.5%
	Total	40	100%
Realización Personal	Alto	8	20%
	Bajo	17	42.5%
	Medio	15	37.5%
	Total	40	100%
Síndrome de Burnout	Si	3	8%
	No	37	93%
	Total	40	100%

Fuente: Instrumento: Maslach Burnout Inventory (MBI).

Elaborado por: Cristian Joel Morocho Alberca

Análisis: Al emplear el instrumento de medición MBI y sumar los resultados para cada subescala se identificó que en la subescala de cansancio emocional la mitad de los participantes 50% (n=20) obtuvieron un burnout bajo y solamente un 25% (n=10) un burnout alto. En cambio, en la subescala despersonalización 37.5% (n=15) obtuvieron un burnout alto y 35% (n=14) un burnout bajo. Por último, en la subescala de realización personal se evidencia que solamente 20% (n=8) obtuvieron un nivel alto de realización personal y 42.5% (n=17) un nivel bajo siendo esta una subescala inversa a las demás, lo que indica un burnout alto en esta subescala. Sin embargo, para definir la prevalencia de síndrome de burnout el participante debía obtener niveles altos en las subescalas cansancio emocional y despersonalización y bajo en

realización personal. Con esos valores se evidenció que la prevalencia de síndrome de burnout es de 8% (n=3).

Test Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)

Determinar la calidad de vida en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor mediante el instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL).

Tabla 3. Calidad de vida en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor mediante el instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)

		f	Porcentaje
Satisfacción por compasión	Alto	12	30%
	Moderado	28	70%
	Bajo	0	0%
	Total	40	100%
Burnout	Alto	0	0%
	Moderado	35	87.5%
	Bajo	5	12.5%
	Total	40	100%
Estrés Traumático Secundario	Alto	0	0%
	Moderado	26	65%
	Bajo	14	35%
	Total	40	100%

Fuente: Instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)
Elaborado por: Cristian Joel Morocho Alberca

Análisis: Para evaluar la calidad de vida profesional se utilizó el instrumento Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL), donde al sumar los resultados para cada subescala se identificó que 70% (n=28) y 30% (n=12) presentan una satisfacción por compasión moderada y alta respectivamente, ninguno de los participantes presento niveles bajos de satisfacción por compasión. En cuanto la subescala de burnout un 87.5% (n=35) presentan un nivel moderado y 12.5% (n=5) nivel bajo. La subescala de estrés traumático secundario un 65% (n=26) de los participantes presenta un nivel moderado y 35% (n=14) un nivel bajo. En ninguna de las subescalas se presentan niveles compatibles con riesgo de la calidad de vida del profesional, sin embargo, si se evidencia de manera aislada que la subescala de burnout es la que mayor afectación presenta dentro de los profesionales de la salud.

Relación entre subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL

Establecer la relación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL.

Tabla 5. Relación entre las subescalas del inventario Maslach de Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL.

		ProQOL			
			Satisfacción por compasión	Burnout	Estrés Traumático Secundario
Maslach Burnout Inventory	Cansancio Emocional	Coeficiente de correlación	-0.239	.593**	.653**
		Sig. (Bilateral)	0.138	0.000	0.000
	Despersonalización	Coeficiente de correlación	-.432**	.436**	.570**
		Sig. (Bilateral)	0.005	0.005	0.000
	Realización Personal	Coeficiente de correlación	.750**	-0.291	-0.105
		Sig. (Bilateral)	0.000	0.068	0.517

Fuente: Instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) y Professional Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)
Elaborado por: Cristian Joel Morocho Alberca

Análisis: Para analizar la relación entre las subescalas del MBI y las subescalas del ProQOL se utilizó medidas de correlación de Pearson y Spearman. Previo empleo de las pruebas de correlación se realizó una prueba de normalidad (tabla 4 ver anexos) entre las subescalas donde se encontró que la subescala de cansancio emocional y despersonalización presentaron un nivel de significancia ($p= 0.014$ y 0.011 , respectivamente) en asociación del estadístico Shapiro-Wilk ($S-W= 0.928$ y 0.925 , respectivamente). Por lo tanto, se puede decir que estas dos variables no se distribuyen de manera normal, por ende, se utiliza la prueba de correlación de Spearman. Para el resto de subescalas se evidencio con la prueba de Shapiro-Wilk una distribución de manera normal, por lo cual se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

Como se puede observar en la tabla 5 se ha encontrado una correlación positiva muy significativa entre las subescalas cansancio emocional y burnout ($r= .593$, $p= 0.000$), cansancio emocional y estrés traumático secundario ($r= .653$, $p= 0.000$). La

subescala de despersonalización tiene un correlación negativa con respecto a la satisfacción por compasión, es decir mientras la una disminuye la otra aumenta ($r = -.432$, $p = 0.005$), en cambio existe una correlación positiva con las subescalas de burnout y estrés traumático secundario ($r = .436$, $p = 0.005$, $r = .570$, $p = 0.000$ respectivamente). Por último, la subescala de realización personal tiene una correlación muy fuerte con la subescala de satisfacción por compasión ($r = .750$, $p = 0.000$).

6. Discusión

Al analizar los resultados obtenidos sobre el estudio realizado en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor, se observó que los participantes tenían una distribución homogénea tanto para sexo femenino (52.5%) como para el masculino (47.5), la mayoría con una edad comprendida entre 20 y 39 años (65%), conformado en su mayoría por médicos generales y enfermeros/ras (65%). En cuanto a las variables laborales la media de horas de trabajo a la semana fue de 41.6 horas y una media de años de trabajo fue de 8.1 años.

Al aplicar el test de Maslach se pudo observar que la subescala de realización personal fue la más afectada, ya que un 42.5% de los prestadores de salud manifiestan baja realización personal, la alta despersonalización estuvo presente en 37.5 % del personal y el cansancio emocional alto solo en la cuarta parte de los participantes. Esto se correlaciona con un estudio efectuado al personal de enfermería del Departamento de Medicina Interna en Guatemala por (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018), en su estudio de igual forma la más afectada fue la escala de satisfacción laboral, siendo un 30 % de estos trabajadores que manifestaban baja satisfacción laboral, seguido de despersonalización y agotamiento emocional.

De la misma forma (Ramírez, 2017), realizó un estudio sobre el burnout en profesionales de la enfermería y de la medicina que trabajaban en las Instituciones de Salud de una provincia de Ecuador, donde 26.5% de los participantes obtuvieron cansancio emocional en nivel alto, con la dimensión de despersonalización un 25.9% de los profesionales sanitarios presentaron un nivel elevado y por último en cuanto a la realización personal los participantes obtuvieron un 44.2%.

Con respecto a la prevalencia del síndrome de burnout se observó que 8% de los participantes resultaron afectados, es decir, presentaron niveles altos de cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal. Esto difiere un poco con los datos de (Maslach & Leiter, 2016) quienes indican que la prevalencia del Burnout estimada esta entre el 10% y el 60% de los profesionales de la salud en todo el mundo. De la misma forma es diferente a un estudio efectuado por (Astudillo y otros, 2018) en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile donde la prevalencia de síndrome de burnout fue de 64.4%. Estas diferencias podrían explicarse por la muestra evaluada ya que en dicho estudio la mayoría de participantes eran internos de medicina, quienes por su falta de experiencia podrían asociarse a niveles más altos de burnout.

Por otro lado, con los datos de prevalencia de síndrome burnout (4.2%) en el estudio de (Ramírez, 2017) tienen mayor relación, esto podría ser por la similitud de las muestras ya que el personal evaluado en dicho estudio estaba conformado por médicos y enfermeras.

Al aplicar el instrumento ProQOL para medir la calidad de vida se evidencia que en las subescalas de burnout y estrés traumático secundario están presentes de manera moderada (87.5% y 65%, respectivamente) y la subescala de satisfacción por compasión de la misma forma moderada en un 70% de los participantes. Cabe señalar que ninguno de los participantes cumplió con los criterios de riesgo de calidad de vida. En un estudio realizado por (Ojeda y otros, 2020) donde evalúan “la calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital privado en Yucatán aplicando el mismo instrumento, se puede apreciar que la mayoría tiene una alta satisfacción por compasión (63%) y bajo síndrome de quemado (71%) y estrés por trauma secundario (86%)”, si bien los resultados de ambas subescalas al comparar los dos estudios no es igual, en ambos no cumple con los criterios que evidencie la existencia de afectación de la calidad de vida laboral.

Finalmente, al comparar ambos instrumentos se pudo evidenciar la relación entre cansancio emocional del Maslach y las subescalas de burnout y estrés traumático secundario del ProQOL que va desde una correlación moderada a alta. Es decir, mientras más cansancio emocional tenga el participante más quemado y más estrés presenta. Por otro lado, la despersonalización tiene una correlación negativa con la

satisfacción por compasión. Es decir, mientras menos satisfacción obtenga un participante mayor será su puntuación en la subescala de despersonalización. Por último, se encontró una correlación muy fuerte entre realización personal y satisfacción por compasión, lo cual tiene mucho sentido ya que son variables positivas que se espera que aumenten en caso de presentarse. Las relaciones presentadas en las diferentes subescalas permiten demostrar que “la calidad de vida laboral tiene relación con la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo”. Esto guarda relación con los resultados del estudio de (Leonardo Granados & Chocó Cedillos, 2018), donde para evaluar la relación de las subescalas se utilizó la prueba de ji cuadrado de linealidad encontrando asociaciones significativas entre satisfacción laboral y realización personal, burnout con realización personal y estrés traumático.

7. Propuesta de Solución

Política de Salud para disminuir la prevalencia de Síndrome de Burnout y mejorar la Calidad de Vida del personal de Salud del Hospital Básico de Alamor

La propuesta de política de salud que se presenta tiene como objetivo disminuir la prevalencia de síndrome de burnout y mejorar la calidad de vida del personal de salud. El burnout es un problema común en el personal de salud, y se produce debido a una combinación de factores y laborales personales, como el estrés, la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo emocional. Durante el desarrollo de este estudio se evidencio la presencia de burnout en las diferentes subescalas del test de Maslach en correlación con el cuestionario de ProQOL. Si bien la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor es baja (8%), la alteración de las diferentes subescalas orienta al riesgo que presentan los funcionarios de salud para desarrollar este síndrome en un futuro y por ende su afectación en la calidad de vida.

Para abordar este problema, la propuesta de política de salud propone una serie de medidas para reducir los factores que contribuyen al síndrome de burnout, al tiempo que se fomenta la creación de un entorno laboral saludable y sostenible. La política se enfoca en cinco áreas principales: capacitación y prevención, reducción de la carga laboral, apoyo psicológico y emocional, espacios de trabajo saludable y monitoreo y evaluación.

1. Capacitación y prevención: Se propone desarrollar e implementar programas de capacitación para el personal de salud en temas relacionados con el manejo del estrés y el síndrome de burnout. Estos programas pueden incluir técnicas de relajación y mindfulness, habilidades de comunicación efectiva y estrategias de afrontamiento para manejar el estrés laboral. Además, se buscará fomentar la prevención del síndrome de burnout mediante la promoción de prácticas de trabajo saludables y el equilibrio entre la vida laboral y personal.
2. Reducción de la carga laboral: Se proponen medidas para reducir la carga laboral del personal de salud, incluyendo la reorganización de horarios para el personal que realizar guardias de 24 horas, reduciendo así a 12 horas con su respectivo descanso posterior al turno nocturno, también la implementación de descansos adecuados durante la jornada laboral. La sobrecarga de trabajo es un factor importante que contribuye al síndrome de burnout, por lo que se buscará implementar medidas para prevenir la sobrecarga laboral.
3. Apoyo psicológico y emocional: Se propone proporcionar acceso a servicios de apoyo psicológico y emocional para el personal de salud, incluyendo la terapia y el asesoramiento que sea al menos dos veces al año. También se buscará fomentar el desarrollo de redes de apoyo entre los miembros del personal de salud, lo que puede ayudar a reducir el aislamiento social y el estrés laboral.
4. Espacios de trabajo saludables: Se proponen adecuar y mejorar los espacios de trabajo saludables para que de esta manera sean seguros, incluyendo la ventilación adecuada y el mantenimiento del equipamiento. Además, se buscará proporcionar acceso a servicios de salud y seguridad ocupacional para el personal de salud.
5. Monitoreo y evaluación: Se proponen mecanismos para monitorear y evaluar la implementación de la política de salud. Se realizarán evaluaciones regulares del bienestar del personal de salud y la eficacia de las medidas implementadas, lo que permitirán hacer los ajustes necesarios y garantizar que la política esté cumpliendo con sus objetivos.

En resumen, la propuesta de política de salud busca abordar los factores que contribuyen al síndrome de burnout y mejorar la calidad de vida del personal de salud mediante la implementación de medidas preventivas y de apoyo. La capacitación, la reducción de la carga laboral, el apoyo psicológico y emocional, los espacios de trabajo saludable y el monitoreo y evaluación son áreas clave en las que se enfoca la política de salud. Además, se busca que esta política pueda ser replicada en las diferentes instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Plan de Actividades

Plan de actividades: Política de Salud para prevenir el Síndrome de Burnout y mejorar la Calidad de Vida del personal de Salud del Hospital Básico de Alamor							
Objetivos	Estrategias/Actividades	Grupo Objetivo	Responsables	Periodicidad		Presupuesto	Indicador
				Fecha de inicio	Fecha de Fin		
Establecer un programa de capacitación para el personal de salud que promueva la prevención del síndrome de burnout.	<p>Capacitación anual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas relacionados con el manejo del estrés y el síndrome de burnout. • Técnicas de relajación Mindfulness, habilidades de comunicación efectiva y estrategias de afrontamiento para manejar el estrés laboral. 	Personal de Salud	Md. Cristian Morocho en trabajo conjunto con Psicología Clínica del Hospital y Lic. Encargada de calidad de servicios del Distrito de Salud	Día de salud mental: 10/10/2023	11/10/2023	Presupuesto mínimo para materiales a utilizar, refrigerio para los participantes,	Número de participantes en la capacitación
Implementar medidas para reducir la carga laboral del personal de salud (Plan Piloto)	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganización de horarios para el personal que realizar guardias de 24 horas, reduciendo así a 12 horas con su respectivo descanso posterior al turno nocturno. • Descansos adecuados durante la jornada laboral. 	Personal de Salud	Md. Cristian Morocho conjuntamente con autoridades distritales y del Ministerio de Salud Pública.	Periodo tentativo 2024, previa aprobación del plan		Presupuesto mínimo para materiales	Reloj biométrico de entrada y salida de la institución

<p>Proporcionar apoyo psicológico y emocional al personal de salud para manejar el estrés laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de apoyo psicológico y emocional para el personal de salud. • Terapia y el asesoramiento que sea al menos dos veces al año. • Desarrollo de redes de apoyo entre los miembros del personal de salud 	<p>Personal de Salud</p>	<p>Psicología Clínica del Hospital en conjunto con personal de calidad de los servicios del distrito de salud</p>	<p>La actividad se realiza dos veces al año Primera atención: 01/09/2023 –02/09/2023 Segunda atención: 01/04/2024-02/04/2024</p>	<p>Presupuesto mínimo para materiales</p>	<p>Resultados emitidos de las valoraciones por parte de psicología</p>
<p>Fomentar la creación y mantener los espacios de trabajo saludables y seguros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los espacios de trabajo del personal de salud • Acceso a servicios de salud y salud ocupacional 	<p>Personal de Salud</p>	<p>Personal de TIC Salud Ocupacional del Hospital</p>	<p>Fecha a disposición del personal encargado</p>	<p>No se requiere presupuesta para esta actividad</p>	<p>Informe emitido por el persona de TIC y Salud Ocupacional</p>
<p>Establecer mecanismos para monitorear y evaluar la implementación de la política de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones regulares del bienestar del personal de salud y la eficacia de las medidas implementadas 	<p>Personal de salud Evaluadores</p>	<p>Director/ra del hospital y Distrital</p>	<p>Dos veces al año a disposición del encargado</p>	<p>No se requiere presupuesta para esta actividad</p>	<p>Informes previos de las actividades realizadas con sus respectivos resultados</p>

8. Conclusiones

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Básico de Alamor fue de 8%, sin embargo, la alteración de las diferentes subescalas orienta al riesgo que presentan los funcionarios de salud para desarrollar este síndrome en un futuro.

Ninguna de las subescalas del cuestionario ProQOL presentan niveles compatibles con riesgo de la calidad de vida del profesional, sin embargo, si se evidencia de manera aislada que la subescala de burnout es la que mayor afectación presenta dentro de los profesionales de la salud.

Se ha encontrado que si existe correlación significativa entre las subescalas del inventario de Maslach del Síndrome de Burnout y las subescalas de calidad de vida profesional del instrumento ProQOL. Con lo cual puede afirmarse que la calidad de vida laboral tiene relación con la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el área de trabajo.

9. Recomendaciones

Se recomienda al Sistema Nacional de Salud mediante el Ministerio de Salud Pública la implementación de políticas de salud pública que busquen prevenir el desarrollo de un síndrome de burnout en el personal de salud.

Se recomienda al personal de salud priorizar el cuidado personal: Es importante que el personal de salud priorice su propio cuidado personal y bienestar. Esto incluye cuidar su salud física y mental, mantener una alimentación saludable, hacer ejercicio periódico y buscar formas de relajarse y desconectar del trabajo.

Se recomienda al Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud Pública la implementación de programas educativos en las escuelas de salud humana con enfoque en la promoción de la salud mental y física del futuro personal de salud de la comunidad.

10. Referencias

- Aragão, JCA, Reis, DDD, Nogueira, JAD y Diniz, GS (2018). Efectos del ejercicio físico sobre el síndrome de burnout: una revisión sistemática. *Revista de Educación Física y Deporte*, 18(4), 2374-2383.
- Baird, M., & Saltos, M. (2020). Síndrome de Burnout en un Hospital Básico de la Provincia de Manabí. *Revista San Gregorio*(43), 13.
- Astudillo, P., Losada, H., Schneeberger, P., Coronado, F., & Curitol, S. (2018). Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. *Revista Chilena de Cirugía*, 70(2), 117-126.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000200117>
- CARE. (junio de 2021). *Care.org*. Care.org.ec: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2021/10/Analisis-Rapido-de-Genero-Ecuador-2021.pdf>
- Castillo, I., Orozco, J., & Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.*, 47(2), 187-192.
- Chavez, C. (2016). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA*, 1(9), 19.
<https://doi.org/https://doi.org/10.33890/innova.v1.n9.2016.55>
- Duran, S., Garcia, J., Parra, A., Velázquez, M., & Hernandez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *CULTURA. EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*, 9(1), 18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.1.2018.02>
- Dyrbye, L., Satele, D., & Shanafelt, T. (2014). Ambientes de trabajo saludables. *Ambientes de trabajo saludables*, 89(7), 939-942. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.03.011>.
- Fajardo Lazo, F., Mesa Cano, I., Ramirez Coronel, A., & Rodriguez Quezada, F. (2021). Professional Burnout syndrome in health professionals. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 8.
<https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.5038655>
- Ferreira, L., Ferreira, P., & Pereira, L. (2018). La guía de usuario en portugués EQ-5D-5L: información básica para usar el instrumento del grupo EuroQol. *Acta Médica Portuguesa*, 31(12), 702-707.
- GADM-PUYANGO. (2020). *Datos Históricos*. Datos Históricos:
<https://www.gadmpuyango.gob.ec/index.php/municipio/datos-historicos>
- Galván Bonilla, M. (2014). ¿QUE ES CALIDAD DE VIDA? *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 1(2).
- García Romero, M., Martín Calvo, M., & Martínez González, C. (2019). Actualización en el tratamiento farmacológico del síndrome de burnout. *Actas Esp Psiquiatr.*, 47(6), 263-73. <https://doi.org/PMID: 31833469>
- Heames, R., & Cox, S. (2010). Como enfrentar el malestar docente. En R. Heames, & S. Cox, *Como enfrentar el malestar docente* (pág. 160). Octaedro.
- Hegarty, D. (29 de Noviembre de 2021). *Novo Psych*. Novo Psych:
<https://novopsych.com.au/news/psychologist-norms-for-the-professional-quality-of-life-scale-proqol/>
- Laurancio, C., & Laurancio, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 12. <https://doi.org/ISSN: 2664-1496 ISSN-L: 2664-1488>

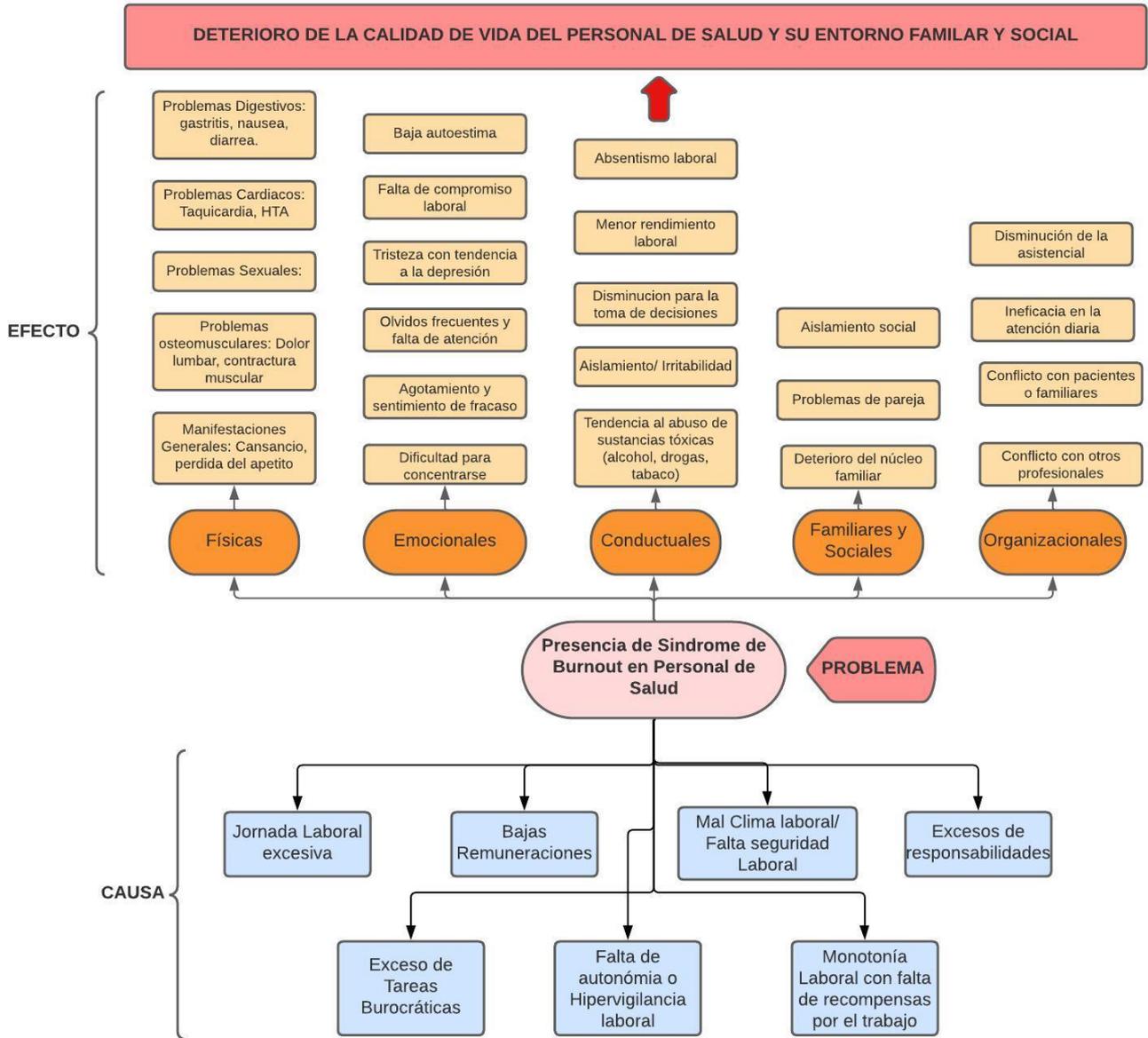
- Leonardo Granados, M., & Chocó Cedillos, A. (2018). Calidad de vida profesional y Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt. *Revista Científica*, 28(1), 9.
- Lopez, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. *Universidad de Vigo Escuela Internacional de Doctoramiento*, 276.
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno*,(70), 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Marrero, D., Loor, Á., Briones, S., & López, L. (Mayo-Agosto de 2021). caracterización del embarazo en adolescentes menores de 15 años asistidas en el área de atención primaria El Milagro, Riochico. *Revista de Ciencias de la Salud*, 5(2).
- Martínez Pérez, A. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 40. <https://doi.org/https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Medscape. (21 de Enero de 2022). *Informe de agotamiento y depresión del médico 2022: estrés, ansiedad e ira*. Informe de agotamiento y depresión del médico 2022: estrés, ansiedad e ira: <https://www.medscape.com/slideshow/2022-lifestyle-burnout-6014664#1>
- Mella, M., Sánchez, C., & Padilla, O. (2019). Terapia psicodinámica grupal y síndrome de burnout en profesionales de la salud. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 57(2), 116-125.
- Ministerio de Salu Pública del Ecuador. (2014). *ecuadorencifras.gob.ec*. [ecuadorencifras.gob.ec: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (Junio de 2018). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. [salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POLÍTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCIÓN-DEL-EMBARAZO-EN-NIÑAS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POLÍTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCIÓN-DEL-EMBARAZO-EN-NIÑAS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf)
- Molina Rodríguez, L. (2020). Consecuencias del síndrome de burnout en el trabajo y estrategias de prevención de riesgos para la seguridad y salud laboral. *Cielo Laboral*, 3.
- Molina, A., Pena, R., Díaz, C., & Antón, M. (Abril-Junio de 2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 45(2).
- Morales, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines*, 32(1), 6.
- National Geographic. (21 de 11 de 2022). *Síndrome de burnout: síntomas, tratamiento y cómo enfrentar esta enfermedad*. Síndrome de burnout: síntomas, tratamiento y cómo enfrentar esta enfermedad: <https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2022/11/sindrome-de-burnout-sintomas-tratamiento-y-como-enfrentar-esta-enfermedad#:~:text=Para%20la%20OMS%2C%20existen%20tres%20signos%20principales%20de%20burnout%3A&text=Sensaci%C3%B3n%20de%20cansancio%20>
- Navarro, J. (2016). Un poco de historia sobre el burnout, nuevo 2016. *Revista Aides*(ISSN 2618-5466).

- NovoPsych. (2021). *NovoPsych*. NovoPsych: <https://novopsych.com.au/assessments/clinician-self-assessment/the-professional-quality-of-life-scale-5-proqol/>
- Ojeda, R., Mul, J., & Jiménez, O. (2020). Calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital privado en Yucatán. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 9(17). <https://doi.org/https://doi.org/10.23913/ricsh.v9i17.205>
- Olivar, C., González, S., & Martínez, M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*, 24, 352- 359.
- OMS. (1994). *Evaluación de la calidad de vida: una perspectiva internacional*. OMS.
- OMS. (30 de Septiembre de 2005). *El número de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo sigue aumentando*. Ginebra Suiza. Organización Mundial de la Salud. El número de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo sigue aumentando. Ginebra Suiza. Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr18/es/index.html>
- OMS. (5 de Enero de 2020). *Neumonía de causa desconocida – China* Organización Mundial de la Salud. Neumonía de causa desconocida – China Organización Mundial de la Salud: . <https://www.who.int/csr/>
- Organización Médica y Colegial de España. (28 de 05 de 2019). *Medicos y Pacientes*. Médicos y Paciente: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>
- Patrick, D., & Erickson, P. (1988). *Estado de salud y política sanitaria: calidad de vida en la evaluación de la atención sanitaria y asignación de recursos*. Prensa de la Universidad de Oxford.
- Perea, E. (03 de Enero de 2020). *Ergobi Salud & Bienestar Laboral*. Ergobi Salud & Bienestar Laboral: <https://www.ergobi.es/blog/sindrome-de-burnout-factores-desencadenantes/>
- Ramirez Baena, L. (2019). Prevalencia de Burnout e Identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del servicio Andaluz de Salud. *Tesis Doctoral*, 114.
- Ramírez, M. (2017). PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DE ECUADOR. *INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 241-251.
- Rivera , A., Ortiz, R., Miranda, M., & Navarrete, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado*, 8(2), 7. <https://doi.org/> ISSN: 2244-761X
- Rotenstein, L., Torre, M., Ramos, M., Rosales , R., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Sanchez, M., Álava, L., Contreras, R., Torres, T., Cardenas, K., & López, A. (2018). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos de atención primaria en Ecuador. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(2), 237-243.
- Santaella Palma, L. E. (2022). Prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con sobrepeso, sedentarismo y presión arterial elevada. *Uisrael Revista Científica*, 9(3), 2631 - 2786. <https://doi.org/https://doi.org/10.35290/rcui.v9n3.2022.601>
- Sen, A. (1999). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*(55), 14-20.
- Shanafelt, T., Boone , S., & Tan , L. (2018). Burnout y satisfacción con la integración vida-trabajo entre médicos de un centro médico académico. *Revista de Medicina Interna General*, 33(7), 1190-1196. <https://doi.org/doi:10.1007/s11606-018-4429-x>.
- Shanafelt, T., Hasan , O., & Dyrbye, L. (2016). Intervenciones para promover el bienestar de los médicos y mitigar el agotamiento: una revisión sistemática y un metanálisis. *La*

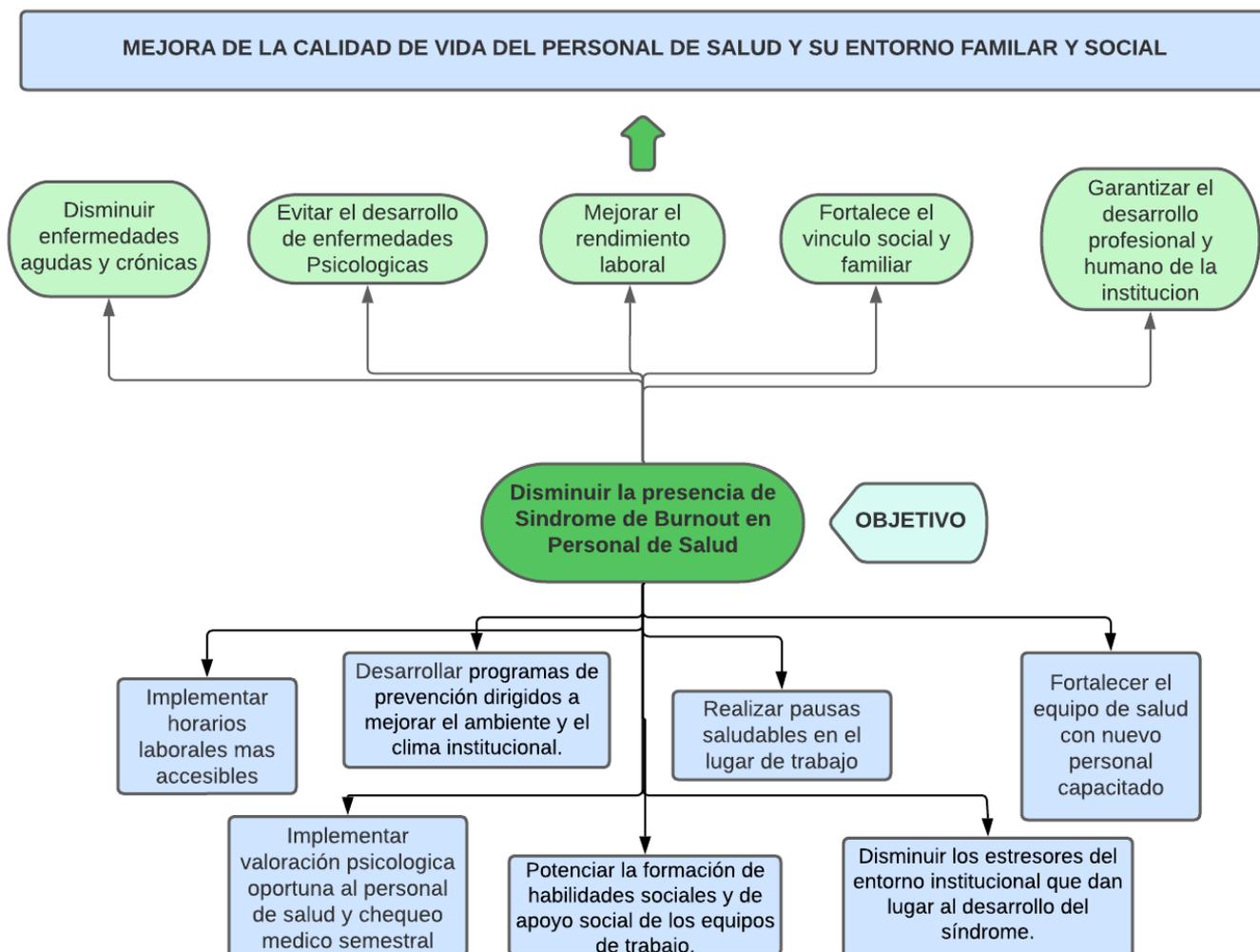
- Psiquiatría Lancet*, 3(3), 215-226. [https://doi.org/doi:10.1016/S2215-0366\(15\)00521-0](https://doi.org/doi:10.1016/S2215-0366(15)00521-0).
- Shanafelt, T., Hasan, O., Dyrbye, L., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Vanessa Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M., & Stortti, M. (2006). Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la Salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 1-4.
- Vidotti, V., Trevisan, J., Quina, M., Perfeito, R., & Cruz, M. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
- Villarreal, D., Fernández, A., & Alonso, J. (2020). Eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual para el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de psicología clínica en entornos médicos*, 23(3), 469-482.

11. Anexos

11.1. Anexo nº 1: Árbol de Problemas



11.2. Anexo nº 2: Árbol de Objetivos



11.3. Anexo nº 3: Matriz de estrategias

MATRIZ DE ESTRATEGIAS	
Fin	<p>Disminuir enfermedades agudas y crónicas</p> <p>Evitar el desarrollo de enfermedades psicológicas</p> <p>Mejorar el rendimiento laboral</p> <p>Fortalecer el vínculo social y familiar</p> <p>Garantizar el desarrollo profesional y humano de la institución</p>
Propósito	Disminuir la presencia de Síndrome de Burnout del personal de salud
Componentes	<p>Implementar horarios laborales más accesibles</p> <p>Implementar valoración psicológica oportuna y chequeo médico semestral al personal de salud</p> <p>Desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y clima institucional</p>
Actividades	<p>Implementar horarios laborales más accesibles</p> <p>Planificar los horarios de turnos de 12 horas en lugar de 24 horas para todo el personal de salud con posterior descanso luego de turno nocturno</p> <p>Realizar pausas saludables en el lugar del trabajo</p> <p>Disminuir la carga laboral burocrática designada al personal de salud</p> <p>Remunerar económicamente las horas extra del personal de salud</p> <p>Implementar valoración psicológica oportuna y chequeo médico semestral al personal de salud</p> <p>Permitir al personal de salud con o sin afectación una valoración psicológica oportuna</p> <p>Realizar un chequeo médico del personal de salud dos veces al año</p> <p>Desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y clima institucional</p> <p>Dar incentivos como: actualizaciones científicas, días libres, oportunidad de progreso académico, al personal de salud</p> <p>Identificar los estresores del entorno institucional para poder eliminarlos o disminuirlos</p> <p>Realizar actividades de confraternidad entre el personal de salud en horario extralaboral.</p>

11.4. Anexo 4: Variables de estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional - Indicador	Escala de Medición
Edad	Tiempo trascurrido medido en años desde el momento del nacimiento.	Numérico	Variable: Independiente Cuantitativa Discreta
Sexo Biológico	Conjunto de particularidades y rasgos físicos que diferencia a los miembros del sexo masculino y femenino	0: Masculino 1: Femenino	Variable: Independiente Cualitativa Nominal
Profesión	Se refiere al empleo o trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica.	0: Médico/a 1: Médico Especialista 2: Enfermero/a 3: Auxiliar de enfermería 4: Otro	Variable: Independiente Cualitativa Nominal
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	0: Soltero 1: Casado 2: Viudo 3: Unión libre 4: Separado 5: Divorciado	Variable: Independiente Cualitativa Nominal
Horas de trabajo a la semana	Medida de tiempo de trabajo en una semana	Numérico	Variable: Independiente Cuantitativa Discreta
Años de trabajo	Tiempo que ha permanecido laborando hasta la fecha	Numérico	Variable: Independiente Cuantitativa Discreta

Variable <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	Definición Conceptual	Definición Operacional - Indicador	Escala de Medición
Agotamiento emocional	Disminución y pérdida de recursos emocionales, en donde se presenta un desbalance entre la demanda y los recursos. Preguntas a evaluar 1-2-3-6-8-13-14-16-20	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Alto: 27 o > Medio: 19 a 26 Bajo: 18 o <

		al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días	
Despersonalización	Consiste en el desarrollo de Actitudes negativas, insensibles, produciendo un estado de tensión psicofísica Preguntas a evaluar 5-10-11-15-22	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Alto: 10 o > Medio: 6 a 9 Bajo: < o 5
Realización personal	Tendencias a evaluar el propio trabajo de manera negativa, con baja autoestima Preguntas a evaluar 4-7-9-12-17-18-19-21	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Alto: 40 o > Medio: 34 a 39 Bajo: 0 a 33

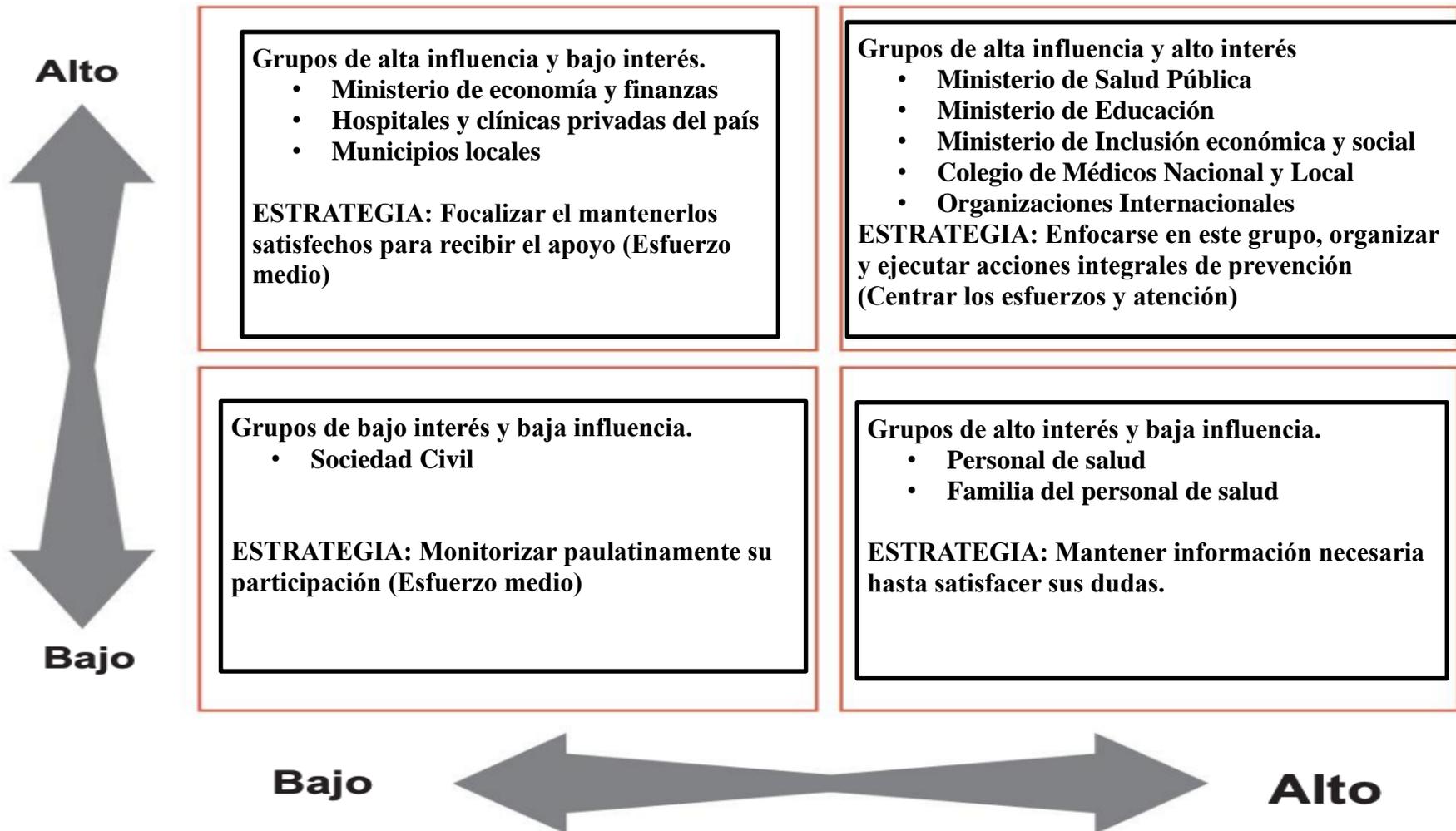
Variable <i>Quality of Life Scale - 5 (ProQOL)</i>	Definición Conceptual	Definición Operacional - Indicador	Escala de Medición
Satisfacción por compasión	Se refiere al placer que obtienes de poder hacer bien tu trabajo.	0: Nunca 1: Raramente 2: Algunas veces 3: Con alguna frecuencia 4: Casi siempre 5: Siempre	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Bajo: 22 o menos Moderado: entre 23 y 41 Alto: 42 o más.
Burnout	Se asocia con sentimientos de desesperanza y dificultades para hacer frente al trabajo o para hacer su trabajo de manera efectiva	0: Nunca 1: Raramente 2: Algunas veces 3: Con alguna frecuencia 4: Casi siempre 5: Siempre	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Bajo: 22 o menos Moderado: entre 23 y 41 Alto: 42 o más.
Estrés Traumático Secundario	Se trata de su exposición secundaria relacionada con el trabajo a eventos estresantes.	0: Nunca 1: Raramente 2: Algunas veces 3: Con alguna frecuencia 4: Casi siempre 5: Siempre	Variable: Dependiente Cualitativa Nominal Bajo: 22 o menos Moderado: entre 23 y 41 Alto: 42 o más.

11.5. Anexo nº 5: Matriz de Actores Principales

Matriz de Actores Principales (Stakeholders)

Nombre del actor interesado (Stakeholder)	Tipo de actor (Gubernamental, ONG, empresas privadas, gobiernos locales, comunidad etc.)	Nivel de influencia / Poder (alto o bajo)	Interés en el asunto (alto o bajo)	Posición probable en relación a la política pública nacional (a favor, en contra)	Prioridad de colaboración (alta, moderada, baja)
Ministerio de Salud (MSP)	Gubernamental	Alto	Alto	A favor	Alta (Directa)
Ministerio de Educación	Gubernamental	Alto	Alto	A favor	Alta (Directa)
Ministerio de inclusión económica y social	Gubernamental	Alto	Alto	A favor	Moderado (Directa)
Ministerio de Economía y Finanzas	Gubernamental	Alto	Bajo	A favor, pero con limitantes	De moderada a baja (Indirecta)
Colegio de Médicos Nacional y Local	Privado	Alto	Alto	A favor	De moderada a alta (Directa)
Hospitales y Clínicas privadas del país	Empresa de salud privada	Bajo	Alto	A favor	Moderado (Indirecta)
Municipios	Gobiernos Locales	Alto	Bajo	A favor	Moderado (Indirecta)
Organizaciones Internacionales (OMS, OPS, UNICEF, UNFPA)	Instituciones Internacionales	Alto	Alto	A favor	Alta (Indirecta)

Sociedad Civil (Pacientes)	Comunidad	Bajo	Bajo	A favor	Alta (Indirecta)
Personal de salud	Comunidad	Bajo	Alto	A favor	Alta (Directa)
Familia del personal de salud	Comunidad	Bajo	Alto	A favor	Alta (Indirecta)



11.6. Anexo nº 6: Tabla 5 prueba de normalidad

Pruebas de normalidad				
Shapiro-Wilk				
		Estadístico	gl	Sig.
Maslach Burnout Inventory	Cansancio Emocional	0.928	40	0.014
	Despersonalización	0.925	40	0.011
	Realización Personal	0.969	40	0.336
	Satisfacción por compasión	0.965	40	0.244
ProQOL	Burnout	0.977	40	0.569
	Estrés Traumático Secundario	0.980	40	0.704

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors