



FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

***“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE EL PERSONAL DE
SALUD RURAL DE LA COHORTE 2023-2024 QUE TRABAJA EN LA
SIERRA Y LA AMAZONÍA ECUATORIANA”***

Autor (es)

Michelle Andrea Jácome Moreno

Kimberly Nicole Jibaja Hernández

2024



FACULTAD DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

***“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE EL PERSONAL DE
SALUD RURAL DE LA COHORTE 2023-2024 QUE TRABAJA EN LA
SIERRA Y LA AMAZONÍA ECUATORIANA”***

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

Profesor guía:

Ing. Ángel Báez

Autor (es)

Michelle Andrea Jácome Moreno

Kimberly Nicole Jibaja Hernández

2024

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo "Prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de salud rural de la cohorte 2023-2024 que trabaja en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana", a través de reuniones periódicas con las estudiantes Michelle Andrea Jácome Moreno y Kimberly Nicole Jibaja Hernández, en el segundo semestre 2024, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".



Ing. Ángel Báez

1715428973

DECLARACIÓN DEL PROFESOR
CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, "Prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de salud rural de la cohorte 2023-2024 que trabaja en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana", de Michelle Andrea Jácome Moreno y Kimberly Nicole Jibaja Hernández, en el segundo semestre 2024, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ángel Báez', with a stylized flourish at the end.

Ing. Ángel Báez
1715428973

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”



Michelle Andrea Jácome Moreno
1726413352



Kimberly Nicole Jibaja Hernández
1719002048

AGRADECIMIENTO

A todas las personas y entidades que,
de una forma u otra, contribuyeron
a la realización de esta tesis, ya
sea proporcionando recursos,
información, o apoyo emocional,
nuestro más sincero agradecimiento.
Su ayuda ha sido invaluable para el
logro de este objetivo.

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis, con profundo amor y gratitud, a nuestra familia, quienes han sido nuestra guía y apoyo incondicional. Su amor, sacrificio y fe inquebrantable en nosotras han sido la base sobre la cual hemos construido este logro.

RESUMEN

El estudio buscaba determinar cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de salud rural de la Sierra y la Amazonía ecuatoriana en la cohorte 2023-2024.

Métodos: Este fue un estudio descriptivo, observacional, transversal de prevalencia.

Resultados: El 88.1% de los profesionales de la salud encuestados experimentaron burnout. En este estudio se encontró niveles de agotamiento emocional bajos en el 61%, medios en el 24% y altos en el 42%. La despersonalización fue baja en el 38%, media en el 20.63% y alta en el 42%. El ítem de realización personal fue baja en el 73%, media en el 18.2% y alta en el 9.52%. Las mujeres estuvieron más representadas en ambas regiones. Los profesionales más jóvenes prevalecieron en la Amazonía, mientras que el personal de mayor edad fue más común en la Sierra. Hubo una distribución similar de médicos y odontólogos en ambas regiones, con más enfermeras rurales en la Amazonía y más obstetrices en la Sierra.

Ninguna de las variables analizadas (sexo, edad, profesión, lugar de trabajo, tiempo de trabajo) fue estadísticamente significativa, lo que indica que el burnout es un problema multifactorial que requiere un enfoque holístico e integral. No se identificaron factores de riesgo o protectores específicos para el burnout.

Conclusiones: Existe prevalencia del 88% de burnout en el personal de salud encuestados. Trabajar más de 8 horas diarias se asoció significativamente con el agotamiento emocional. Se identificó como factores de riesgo para la despersonalización a la profesión de médico rural, el horario de trabajo 18-12 y las largas jornadas laborales. Este estudio destaca la complejidad del síndrome de burnout y la necesidad de considerar diversos factores y variables que afectan a los profesionales de la salud.

ABSTRACT

The study aimed to determine the prevalence of burnout syndrome among rural healthcare workers in Ecuador's Sierra and Amazon regions for the 2023-2024 cohort.

Methods: This was cross-sectional prevalence study.

Results: The study found that 88.1% of the surveyed healthcare professionals experienced burnout. Emotional exhaustion levels were low in 61%, medium in 24%, and high in 42% of respondents. Depersonalization was low in 38%, medium in 20.63%, and high in 42%. Personal accomplishment was low in 73%, medium in 18.2%, and high in 9.52%. Women were more represented in both regions. Younger professionals were more prevalent in the Amazon, while older staff were more common in the Sierra. There was a similar distribution of doctors and dentists in both regions, with more rural nurses in the Amazon and more midwives in the Sierra.

None of the analyzed variables (sex, age, profession, workplace, working time) were statistically significant, indicating that burnout is a multifactorial issue requiring a holistic approach. No specific risk or protective factors for burnout were identified.

Conclusions: There is an 88% prevalence of burnout among surveyed healthcare professionals. Working more than 8 hours daily was significantly associated with emotional exhaustion. The rural physician profession, 18-12 work-rest schedule, and extended working hours were identified as risk factors for depersonalization. The study highlights the complexity of burnout syndrome and the need to consider various factors and variables affecting healthcare professionals.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	13
1.1 Identificación del objeto de estudio.....	13
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Pregunta de investigación.....	14
1.4 Objetivos del Estudio.....	14
1.4.1 General.....	14
1.4.2 Específicos.....	14
1.5 Revisión de literatura.....	15
2. JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	17
3. RESULTADOS	18
3.1 Distribución por sexo y región.....	18
3.2 Distribución por edad y región	19
3.3 Distribución por profesión y religión.....	20
3.4 Distribución por jornada laboral y religión.....	21
3.5 Distribución por tipología del centro de salud y región	21
3.6 Distribución por horas de trabajo diario y religión	21
4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN	28
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
6. REFERENCIAS	36
7. ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

1. TABLA 1. Características sociodemográficas	18
2. TABLA 2. Prevalencia De Los Síntomas – Agotamiento Emocional.....	22
3. TABLA 3. Prevalencia De Los Síntomas – Despersonalización	23
4. TABLA 4. Prevalencia De Los Síntomas – Realización Personal	25
5. TABLA 5. Prevalencia Burnout	26
6. TABLA 6. Regresión Logística (Odds Ratio)	27

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1: Distribución sexo – región de trabajo	19
2. Figura 2: Distribución edad - región de trabajo	20
3. Figura 3: Distribución profesión y región de trabajo	21
4. FIGURA 4: Prevalencia de la despersonalización en el personal rural	24
5. FIGURA 5: Prevalencia del burnout	27

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico caracterizado por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y un rendimiento laboral disminuido. Este síndrome es común entre los profesionales de la salud, que están constantemente propensos a sufrir niveles de estrés elevados por las demandas de su trabajo. En Ecuador, el personal de salud que trabaja en áreas rurales de la Sierra y la Amazonía enfrenta desafíos adicionales, como el aislamiento, la falta de recursos, largas jornadas y condiciones laborales difíciles, lo que puede incrementar la predisposición de sufrir burnout. La cohorte 2023-2024 de estos profesionales brinda una oportunidad valiosa para determinar la prevalencia de este síndrome en un contexto geográfico y social específico.

Identificación del objeto de estudio:

Personal de salud rural de la cohorte 2023-2024, de la Sierra y de la Amazonía Ecuatoriana, donde se incluye el servicio de medicina, obstetricia, odontología y enfermería. Para esto se tomó una muestra total de 127 personas.

Planteamiento del problema:

El personal de salud en las zonas rurales de la Amazonia y Sierra ecuatoriana trabaja en un entorno laboral extremadamente desafiante, caracterizado por la escasez de recursos, largas horas de trabajo y una infraestructura de apoyo insuficiente. Estas condiciones pueden contribuir significativamente al desarrollo del síndrome de burnout. Sin embargo, existe una falta de información sobre las características predisponentes del burnout y sus características en estos profesionales, lo cual limita la capacidad de implementar intervenciones efectivas para prevenir y tratar esta condición.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de salud rural de la cohorte 2023-2024 que trabaja en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana?

Objetivo general:

Establecer la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de salud rural de la cohorte 2023-2024 que trabaja en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de, despersonalización, agotamiento emocional y realización personal entre el personal de salud rural en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana empleando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).
2. Determinar los factores laborales y personales vinculados al síndrome de burnout en esta población, como las horas de trabajo, edad, sexo, ubicación geográfica, jornada laboral, tipología del centro de salud.
3. Contrastar la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal de salud de la Sierra y de la Amazonía para identificar diferencias geográficas.
4. Proponer recomendaciones y estrategias para disminuir el burnout entre el personal de salud rural basadas en los hallazgos del Estudio.
5. Comparar el horario laboral de la Amazonia ecuatoriana versus de la Sierra, para determinar si existe mayor prevalencia de burnout en horario 22-8, vs 5-2.

Revisión de literatura:

El síndrome de burnout es una condición de estrés crónico que guarda relación con el trabajo. Se manifiesta por, despersonalización agotamiento emocional y niveles bajos de realización personal. Por lo cual este trastorno en el personal de salud ha sido estudiado ampliamente, debido a las exigentes demandas y presiones de la profesión.

No existen estudios actualizados del burnout en personal de salud rural, por lo cual con este estudio se determinará la prevalencia, ya que en estos sectores existen condiciones de trabajo adicionales como ubicaciones geográficas alejadas y escasez de recursos, la carga de trabajo elevada. Varios estudios señalan que este síndrome en el personal de salud se produce principalmente por largas horas de trabajo, alta carga emocional, falta de apoyo institucional. Estas condiciones pueden disminuir la atención integral del paciente, afectando así la calidad de atención, un aumento de los errores médicos y un mayor índice de abandono de la profesión.

En el contexto rural, estas condiciones se acentúan. Los profesionales de salud en áreas rurales suelen trabajar en condiciones con recursos limitados, aislamiento profesional y personal, menor acceso a oportunidades de distracción. En los últimos años, el síndrome de burnout en personal sanitario de áreas rurales en Ecuador ha empezado a recibir más atención.

Estudios recientes han demostrado que los profesionales de salud en áreas rurales experimentan niveles de burnout significativamente más altos en comparación con sus colegas de áreas urbanas. Un estudio de 2023 indicó que aproximadamente el 60% del personal sanitario rural en Ecuador reportó síntomas de burnout, en comparación con el 45% del personal en áreas urbanas. Las razones detrás de esta alta prevalencia incluyen la falta de personal adecuado, lo que obliga a los profesionales existentes a trabajar horas extras y asumir múltiples roles. Además, la infraestructura de salud en áreas rurales suele ser insuficiente, lo que aumenta el estrés al tener que manejar situaciones médicas con recursos limitados. Otro factor crucial es el aislamiento geográfico, que no solo limita el apoyo social y profesional, sino que también dificulta el

acceso a oportunidades de capacitación y actualización profesional. Las investigaciones revisadas nos indican relación directa en situaciones adversas y el incremento de este síndrome en el personal de salud. Sin embargo, no hay datos claros de la relación con el área rural, por lo que es de amplio interés. Un informe del Ministerio de salud pública (MSP) de Ecuador de 2024 indicó que la implementación de programas de apoyo y formación en áreas rurales ha sido limitada debido a restricciones presupuestarias. Una adecuada investigación acerca del burnout en el personal de salud rural en Ecuador aporta significativamente al conocimiento existente al resaltar las particularidades y desafíos únicos que enfrentan estos profesionales.

Primero, se establece una base empírica que demuestra que el burnout es un problema más acentuado en las áreas rurales debido a condiciones laborales específicas. Segundo, identifica las áreas críticas donde se necesita intervención, como la implementación de mayor personal, el amparo de las instituciones, mejoras en las infraestructuras.

Además, esta investigación subraya la importancia de examinar el contexto cultural y geográfico al proponer e implementar estrategias para el burnout. En Ecuador, la diversidad geográfica implica que las soluciones deben ser adaptables a diferentes entornos y condiciones. Por ejemplo, en las regiones amazónicas, las soluciones pueden requerir un enfoque en la conectividad y el transporte, mientras que en las zonas montañosas puede ser necesario centrarse en la accesibilidad y la distribución de recursos. El burnout en el personal de salud rural en Ecuador es un dilema crítico que requiere atención urgente.

Las condiciones laborales adversas, la falta de recursos y el aislamiento geográfico son factores que contribuyen significativamente al desgaste profesional en estas áreas. La investigación reciente ha proporcionado una base sólida para entender las particularidades del burnout en el contexto rural y ha destacado la necesidad de intervenciones.

JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

El personal de salud rural de la cohorte 2023-2024 que trabaja en la Sierra y la Amazonía ecuatoriana, abarcando médicos, enfermeros, odontólogos y obstetras rurales que trabajan en centros de salud abarcan las provincias de Carchi, Ibarra Pastaza y Sucumbíos, lo que ayudará a determinar la prevalencia del síndrome de burnout.

Para la selección se hará mediante un muestreo aleatorio estratificado por tipo de profesional, en donde se asegurará que todos los subgrupos dentro del personal de salud rural estén adecuadamente representados. Tomando 127 personas para el estudio.

Se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para la recolección de datos sobre síndrome de burnout, un cuestionario validado científicamente y ampliamente utilizado en el estudio de esta patología. Las secciones específicas que se emplearon son: 1) agotamiento emocional: nos permitirá evaluar los sentimientos de sobrecarga emocional y agotamiento debido al trabajo; 2) despersonalización: para medir la actitud despersonalizada hacia los usuarios; y 3) realización personal: donde se evaluará los sentimientos de éxito y competencia en el trabajo.

Además, el MBI, incluirá una sección demográfica para recolectar información sobre edad, sexo, tipo de profesión, horario laboral, región en donde labora y características del lugar de trabajo.

RESULTADOS

Tabla 1. Características Sociodemográficas

VARIABLE	CATEGORÍA	REGIÓN		CHI CUADRAD O
		AMAZONÍA n(%)	SIERRA n(%)	
Sexo	Hombre	30 (39.5)	14 (27.5)	0.163
	Mujer	46 (60.5)	37 (72.5)	
Edad	<25 años	10 (13.2)	7 (13.7)	0.012
	25-30	64 (84.2)	35 (68.6)	
	>30	2 (2.6)	9 (17.6)	
Profesión	Médico/a rural	35 (46.1)	23 (45.1)	0.028
	Enfermero/a rural	28 (36.8)	11 (21.6)	
	Obstetrix rural	2 (2.6)	8 (15.7)	
	Odontólogo/a rural	11 (14.5)	9 (17.6)	
Jornada laboral	5-2	4 (5.3)	39 (76.5)	<.001
	22-8	48 (63.2)	8 (15.7)	
	18-12	24 (31.6)	4 (7.8)	
Tipología del centro de salud	Puesto de salud	19 (25.0)	6 (11.8)	0.068
	Centro de salud tipo A	37 (48.7)	21 (41.2)	
	Centro de salud tipo B	17 (22.4)	19 (37.3)	
Horas de trabajo diario	Centro de salud tipo C	3 (3.9)	5 (9.8)	0.032
	8 h	30 (39.5)	30 (58.8)	
	Más de 8 h	46 (60.5)	21 (41.2)	

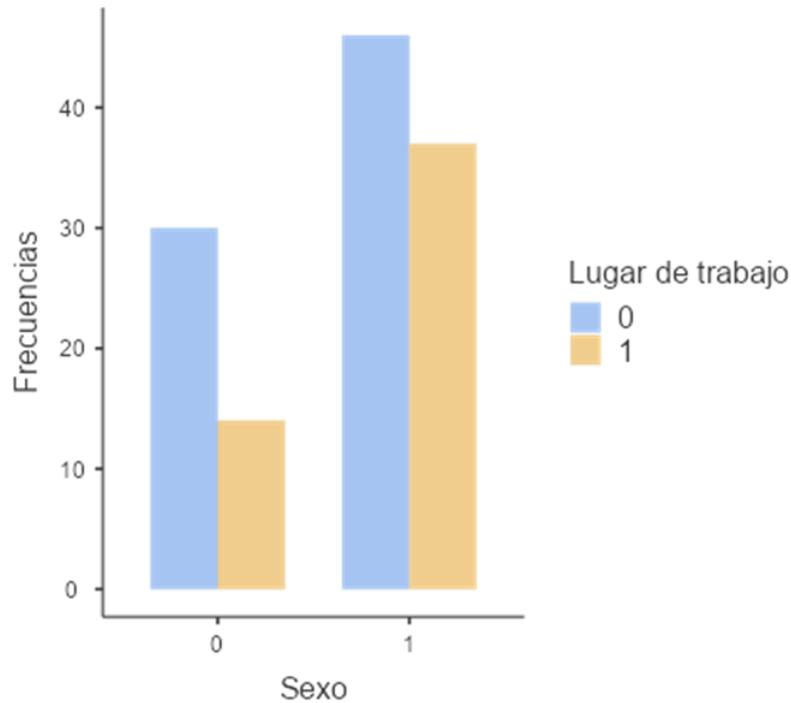
Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Distribución por Sexo y Región:

Los datos muestran una mayor proporción de mujeres en ambas regiones, el análisis chi cuadrado de 0.163 sugiere que no hay una diferencia significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de sexo y región.

Figura 1: Distribución sexo – región de trabajo



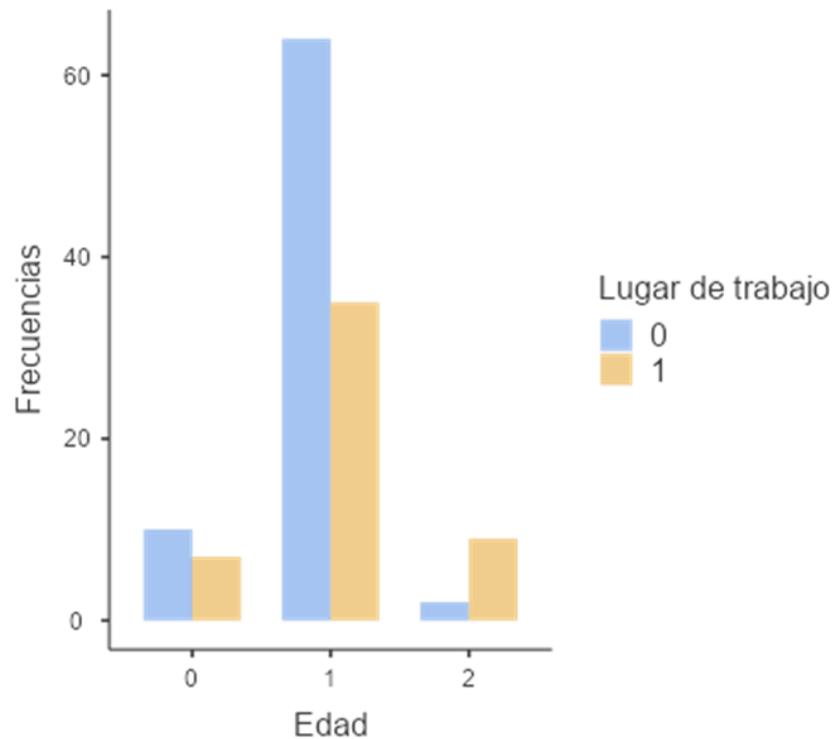
Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Distribución por Edad y Región:

Los datos muestran diferencias en las distribuciones de edad entre las dos regiones, con mayor porcentaje de personas de 25 a 30 años en la Amazonía y mayor porcentaje de personas de más de 30 años en la Sierra. El análisis chi cuadrado de 0.012 sugiere que hay una diferencia significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de edad y región.

Figura 2: Distribución edad - región de trabajo

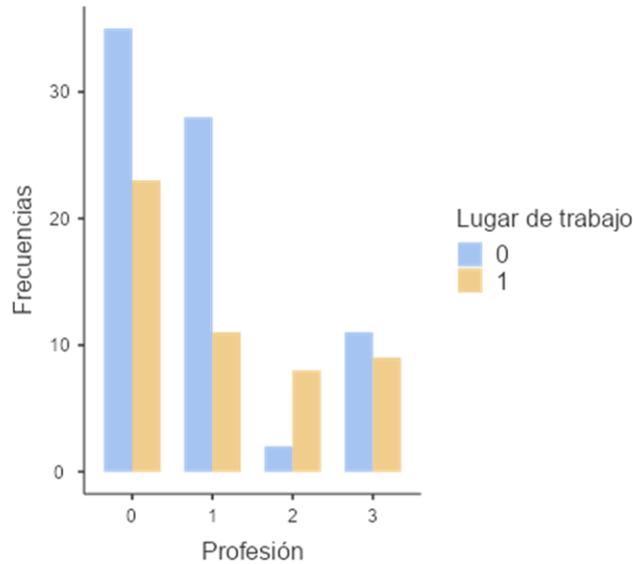


Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Distribución por Profesión y Región:

Los datos muestran mayor proporción de enfermeros/as rurales en la Amazonía y mayor proporción de obstetrices rurales en la Sierra. El análisis estadístico (chi cuadrado) de 0.028 sugiere que hay una diferencia significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de profesión y región.

Figura 3: Distribución profesión y región de trabajo

Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Distribución por Jornada Laboral y Región:

Existen diferencias significativas en las distribuciones de los tipos de jornada laboral entre las dos regiones, la jornada 5-2 predominante en la Sierra, mientras que las jornadas 22-8 y 18-12 son más comunes en la Amazonía. El análisis estadístico (chi cuadrado) de $<.001$ sugiere que hay una diferencia altamente significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de jornada laboral y región.

Distribución por Tipología del Centro de Salud y Región:

Se muestra diferencias en las distribuciones de los tipos de centros de salud entre las dos regiones, con una mayor proporción de centros de salud tipo A y puestos de salud en la Amazonía y centros de salud tipo C y B en la Sierra. El chi cuadrado de 0.068 sugiere que no hay una diferencia significativa en las categorías de tipología del centro de salud y región.

Distribución por Horas de Trabajo Diario y Región:

Los datos indican diferencias en las distribuciones de las horas de trabajo diario entre las dos regiones, con una mayor proporción de personas trabajando 8 horas diarias en la Sierra y una mayor proporción de personas trabajando más de 8 horas diarias en la Amazonía. El análisis estadístico (chi cuadrado) de 0.032 sugiere que hay una diferencia significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de horas de trabajo diario y región.

Tabla 2. Prevalencia de los síntomas – Agotamiento emocional

VARIABLE	CATEGORÍA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			CHI CUADRADO
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Sexo	Hombre	23 (52.3)	9 (20.5)	12 (27.3)	0.600
	Mujer	38 (45.8)	15 (18.1)	30 (36.1)	
Edad	<25 años	10 (58.8)	1 (5.9)	6 (35.3)	0.126
	25-30	47 (47.5)	18 (18.2)	34 (34.3)	
	>30	4 (36.4)	5 (45.5)	2 (18.2)	
Profesión	Médico/a rural	28 (48.3)	9 (15.5)	21 (36.2)	0.307
	Enfermero/a rural	20 (51.3)	6 (15.4)	13 (33.3)	
	Obstetriz rural	3 (30.0)	2 (20.0)	5 (50.0)	
	Odontólogo/a rural	10 (50.0)	7 (35.0)	3 (15.0)	
Jornada laboral	5-2	27 (62.8)	6 (14.0)	10 (23.3)	0.222
	22-8	23 (41.1)	12 (21.4)	21 (37.5)	
	18-12	11 (39.3)	6 (21.4)	11 (39.3)	
Tipología del centro de salud	Puesto de salud	13 (52.0)	6 (24.0)	6 (24.0)	0.786
	Centro de salud tipo A	26 (44.8)	12 (20.7)	20 (34.5)	
	Centro de salud tipo B	18 (50.0)	4 (11.1)	14 (38.9)	
Horas de trabajo diario	Centro de salud tipo C	4 (50.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	0.154
	8 h	31 (51.7)	14 (23.3)	15 (25.0)	
	Más de 8 h	30 (44.8)	10 (14.9)	27 (40.3)	

Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Tabla 3. Prevalencia de los síntomas – Despersonalización

VARIABLE	CATEGORÍA	DESPERSONALIZACIÓN			CHI CUADRADO
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Sexo	Hombre	15 (34.1)	10 (22.7)	19 (43.2)	0.800
	Mujer	33 (39.8)	16 (19.3)	34 (41.0)	
Edad	<25 años	4 (23.5)	4 (23.5)	9 (52.9)	0.575
	25-30	41 (41.4)	20 (20.2)	38 (38.4)	
	>30	3 (27.3)	2 (18.2)	6 (54.5)	
Profesión	Médico/a rural	24 (41.4)	15 (25.9)	19 (32.8)	<.001
	Enfermero/a rural	19 (48.7)	3 (7.7)	17 (43.6)	
	Obstetrix rural	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	
	Odontólogo/a rural	5 (25.0)	8 (40.0)	7 (35.0)	
Jornada laboral	5-2	17 (39.5)	15 (34.9)	11 (25.6)	0.019
	22-8	20 (35.7)	6 (10.7)	30 (53.6)	
	18-12	11 (39.3)	5 (17.9)	12 (42.9)	
Tipología del centro de salud	Puesto de salud	12 (48.0)	3 (12.0)	10 (40.0)	0.221
	Centro de salud tipo A	25 (43.1)	12 (20.7)	21 (36.2)	
	Centro de salud tipo B	11 (30.6)	8 (22.2)	17 (47.2)	
Horas de trabajo diario	Centro de salud tipo C	0 (0.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	0.014
	8 h	27 (45.0)	16 (26.7)	17 (28.3)	
	Más de 8 h	21 (31.3)	10 (14.9)	36 (53.7)	

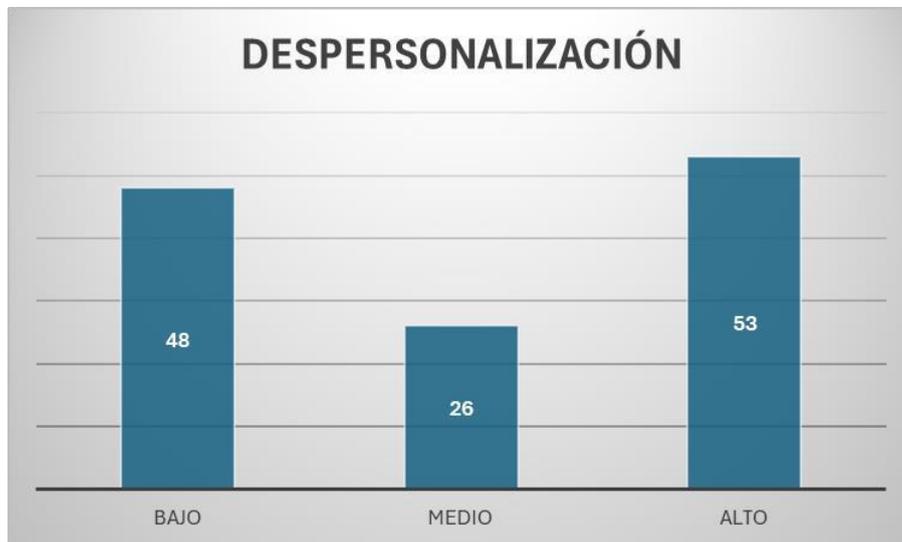
Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Cálculo del Valor de Chi Cuadrado Despersonalización

Se encontró que la profesión de médico rural, la jornada laboral, 18-12 y trabajar más de 8 horas son factores de riesgo para la despersonalización. En cuanto a las variables de realización personal y burnout no se encontraron datos estadísticamente significativos.

Figura 4: Prevalencia de la despersonalización en el personal rural



Fuente: Microsoft Excel

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Tabla 4. Prevalencia de los síntomas – Realización personal

VARIABLE	CATEGORÍA	REALIZACION PERSONAL			CHI CUADRADO
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Sexo	Hombre	31 (70.5)	8 (18.2)	5 (11.4)	0.862
	Mujer	61 (73.5)	15 (18.1)	7 (8.4)	
Edad	<25 años	12 (70.6)	4 (23.5)	1 (5.9)	0.344
	25-30	73 (73.7)	15 (15.2)	11 (11.1)	
	>30	7 (63.6)	4(36.4)	0 (0.0)	
Profesión	Médico/a rural	45 (77.6)	11 (19.0)	2 (3.4)	0.275
	Enfermero/a rural	25 (64.1)	8 (20.5)	6 (15.4)	
	Obstetriz rural	8 (80.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	
	Odontólogo/a rural	14 (70.0)	4 (20.0)	2 (10.0)	
Jornada laboral	5-2	34 (79.1)	7 (16.3)	2 (4.7)	0.624
	22-8	40 (71.4)	10 (17.9)	6 (10.7)	
	18-12	18 (64.3)	6 (21.4)	4 (14.3)	
Tipología del centro de salud	Puesto de salud	18 (72.0)	5 (20.0)	2 (8.0)	0.952
	Centro de salud tipo A	43 (74.1)	11 (19.0)	4 (6.9)	
	Centro de salud tipo B	25 (69.4)	6 (16.7)	5 (13.9)	
Horas de trabajo diario	Centro de salud tipo C	6 (75.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	0.353
	8 h	47 (78.3)	9 (15.0)	4 (6.7)	
	Más de 8 h	45 (67.2)	14 (20.9)	8 (11.9)	

Fuente: Jamovi

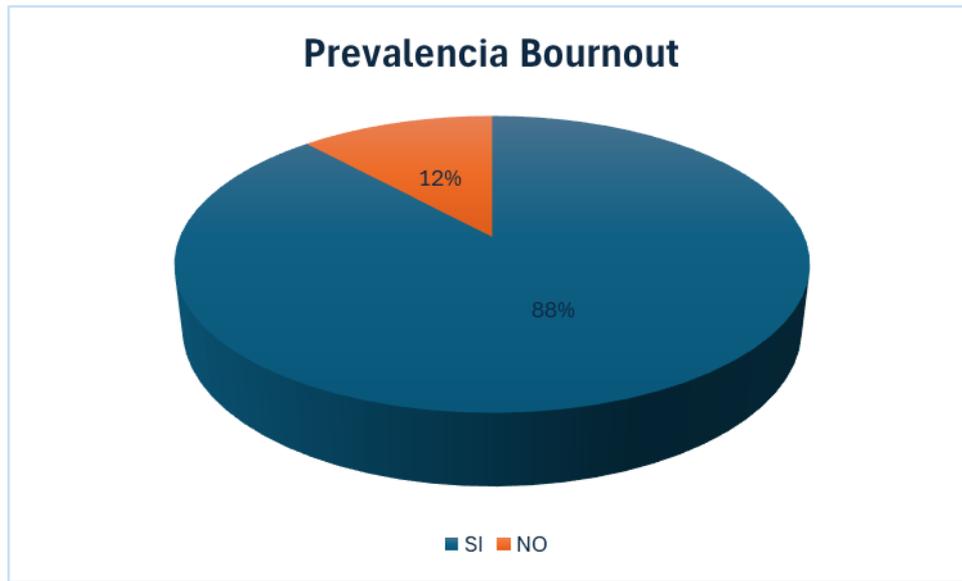
Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Tabla 5. Prevalencia de Burnout

VARIABLE	CATEGORÍA	BURNOUT		CHI CUADRADO
		no n(%)	si n(%)	
Sexo	Hombre	6 (13.6)	38 (86.4)	0.643
	Mujer	9 (10.8)	74 (89.2)	
Edad	<25 años	3 (17.6)	14 (82.4)	0.151
	25-30	9 (9.1)	90 (90.6)	
Profesión	>30	3 (27.3)	8 (72.7)	0.299
	Médico/a rural	5 (8.6)	53 (91.4)	
	Enfermero/a rural	6 (15.4)	33 (84.6)	
	Obstetriz rural	0 (0.0)	10 (100.0)	
Jornada laboral	Odontólogo/a rural	4 (20.0)	16 (80.0)	0.340
	5-2	7 (16.3)	36 (83.7)	
	22-8	4 (7.1)	52 (92.9)	
Tipología del centro de salud	18-12	4 (14.3)	24 (85.7)	0.542
	Puesto de salud	5 (20.0)	20 (80.0)	
	Centro de salud tipo A	6 (10.3)	52 (89.7)	
	Centro de salud tipo B	3 (8.3)	33 (91.7)	
Horas de trabajo diario	Centro de salud tipo C	1 (12.5)	7 (87.5)	0.292
	8 h	9 (15.0)	51 (85.0)	
	Más de 8 h	6 (9.0)	61 (91.0)	

Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

FIGURA 5: Prevalencia del burnout

Fuente: Microsoft Excel

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

REGRESIÓN LOGÍSTICA

Tabla 6. ODDS RATIO

VARIABLE	CATEGORIA	BURNOUT ORC (IC95%)
Sexo	Hombre	1
	Mujer	1.3 (0.43-3.92)
Edad	<25 años	1
	25-30	2.14 (0.52-8.89)
	>30	0.57 (0.09-3.53)
Profesión	Médico/a rural	1
	Enfermero/a rural	0.52 (0.15-1.83)
	Obstetrix rural	174.34 (4.35e-10 - 6.99e+13)
	Odontólogo/a rural	0.38 (0.09-1.57)
Jornada laboral	5-2	1
	22-8	2.53 (0.69-9.27)
	18-12	1.17 (0.31-4.42)
	Puesto de salud	1

Tipología del centro de salud	Centro de salud tipo A	2.17 (0.59-7.90)
	Centro de salud tipo B	2.75 (0.59-12.77)
	Centro de salud tipo C	1.75 (0.17-17.69)
Horas de trabajo diario	8 h	1
	Más de 8 h	1.79 (0.60-5.38)

Fuente: Jamovi

Elaborado por: Jácome Michelle; Jibaja Kimberly

Análisis de la Tabla

En base a los OR y sus IC95%, ninguna de las variables analizadas presenta un intervalo de confianza que excluya el valor 1, por lo que no se puede afirmar que sean estadísticamente significativas. No se identifican factores de riesgo ni factores protectores para el burnout en las categorías analizadas.

Los resultados del Odds ratio señalan que ninguna de las variables independientes (Profesión, Lugar de trabajo, Tiempo de trabajo) afectan la posibilidad de sufrir burnout, lo que sugiere que, al menos en este estudio, las variables no son predictores fuertes del burnout entre los participantes.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Nuestros hallazgos revelan una interesante distribución demográfica y profesional entre los trabajadores de la salud en las regiones de la Amazonia y Sierra ecuatoriana. La mayor representación de mujeres en ambas regiones indica una tendencia hacia la feminización de la fuerza laboral en el sector salud, (World Health Organization [WHO], 2016). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, lo que sugiere una distribución uniforme de género entre ambas regiones.

La significativa diferencia en la distribución por edad sugiere que los profesionales más jóvenes prefieren trabajar en la Amazonía, probablemente

debido nuevas experiencias, y falta de compromisos personales. En contraste, la mayor proporción de profesionales mayores en la Sierra podría reflejar una preferencia por condiciones de trabajo más cercanas a su provincia de origen. (Ministry of Health, Ecuador, 2020).

Estos resultados podrían reflejar diferencias en las oportunidades laborales y en las condiciones de vida que atraen a profesionales más jóvenes hacia la Amazonía, mientras que los profesionales de mayor edad pueden preferir establecerse en la Sierra. Estudios previos han señalado que las condiciones desafiantes en regiones remotas pueden atraer a profesionales más jóvenes y sin compromisos familiares (Mackey et al., 2016).

La distribución por profesión también muestra variaciones interesantes. La proporción de médicos rurales es similar en ambas regiones (46.1% en la Amazonía y 45.1% en la Sierra). Sin embargo, la Amazonía tiene una mayor proporción de enfermeros/as rurales (36.8%) en comparación con la Sierra (21.6%), mientras que la Sierra tiene una mayor proporción de obstetrices rurales (15.7% vs. 2.6% en la Amazonía). Las proporciones de odontólogos/as rurales son similares (14.5% en la Amazonía y 17.6% en la Sierra). El análisis de chi cuadrado arroja un valor de 0.028, indicando una diferencia significativa en la distribución de profesiones entre ambas regiones.

Estas diferencias pueden deberse a la demanda específica de servicios de salud en cada región. Por ejemplo, la mayor presencia de enfermeros/as en la Amazonía podría estar relacionada con la necesidad de atención primaria y comunitaria en áreas dispersas (Roxana, 2018). Por otro lado, la mayor proporción de obstetrices en la Sierra podría reflejar una demanda más alta en el área que comprende la salud materna y neonatal en esa región (Ministry of Health, Ecuador, 2020).

La jornada laboral presenta diferencias significativas entre las regiones. En la Sierra, la jornada 5-2 (trabajo por cinco días y descanso por dos) es predominante (76.5%), mientras que en la Amazonía solo el 5.3% sigue esta modalidad. Por otro lado, la jornada 22-8 (trabajo por 22 días y descanso por ocho) y la jornada 18-12 (trabajo por 18 días y descanso por 12) son más

comunes en la Amazonía (63.2% y 31.6%, respectivamente). El valor de chi cuadrado de $<.001$ indica una diferencia altamente significativa en las distribuciones de jornada laboral entre las dos regiones.

La marcada diferencia en las jornadas laborales entre las regiones refleja las diferentes condiciones y necesidades operativas. Las jornadas más largas en la Amazonía están relacionadas con la dificultad de acceso y la necesidad de cubrir áreas geográficamente extensas. En contraste, la Sierra permite una distribución de trabajo más convencional debido a la proximidad a centros urbanos (Roxana, 2018).

En cuanto a la tipología del centro de salud, la Amazonía tiene una mayor proporción de puestos de salud (25.0% vs. 11.8% en la Sierra), mientras que la Sierra tiene una mayor proporción de centros de salud tipo B (37.3% vs. 22.4% en la Amazonía) y tipo C (9.8% vs. 3.9% en la Amazonía). La proporción de centros de salud tipo A es similar en ambas regiones (48.7% en la Amazonía y 41.2% en la Sierra). El valor de chi cuadrado de 0.068 sugiere que no hay una diferencia significativa, aunque está cerca del umbral comúnmente aceptado de significancia (0.05), lo que indica una posible tendencia hacia una diferencia significativa.

Estas distribuciones reflejan la infraestructura de salud en cada región, con la Amazonía contando con más puestos de salud debido a la dispersión geográfica y la necesidad de accesibilidad en áreas remotas (Pan American Health Organization, 2017). En contraste, la Sierra parece estar más equipada con centros de salud más completos que pueden ofrecer servicios más especialidades.

En cuanto a las horas de trabajo diario, en la Sierra, la proporción de personas trabajando 8 horas diarias es mayor (58.8%) en comparación con la Amazonía (39.5%). En cambio, la Amazonía presenta una mayor proporción de personas trabajando más de 8 horas diarias (60.5%) comparado con la Sierra (41.2%). El análisis de chi cuadrado de 0.032 sugiere una diferencia significativa entre las distribuciones observadas en las categorías de horas de trabajo diario y región.

La mayor carga horaria en la Amazonía puede estar asociada con la necesidad de cubrir extensas áreas geográficas, la limitada disponibilidad de personal y difícil acceso de estas, lo que obliga a los profesionales a trabajar jornadas más largas para atender a la población dispersa (Pan American Health Organization, 2017). En la Sierra, la proximidad a zonas urbanas podría permitir una distribución de trabajo más balanceada.

El análisis de los factores protectores o de riesgo sugiere que la jornada laboral es un factor significativo para los síntomas de agotamiento emocional, con una asociación entre trabajar más de 8 horas y un mayor agotamiento emocional. Este hallazgo está en línea con estudios previos que indican que las largas jornadas laborales pueden conducir a un mayor estrés y de esta manera sufrir síndrome de burnout entre los profesionales de la salud (Shanafelt et al., 2015).

Sin embargo, ninguna de las otras variables analizadas (sexo, edad, profesión, lugar de trabajo, tiempo de trabajo) mostró un efecto significativo sobre el burnout. Los valores de chi cuadrado no indicaron diferencias significativas para estas variables, lo que sugiere que, al menos en el contexto de este estudio, estos factores no son predictores fuertes del burnout.

Para el modelo ajustado, se consideraron las variables con los p-values más bajos y los errores estándar más bajos: profesión, lugar de trabajo y tiempo de trabajo. Los resultados del análisis de regresión logística señalan que ninguna de las variables estudiadas posee un efecto significativo sobre la probabilidad de sufrir burnout. Los valores determinados en la regresión logística no resultaron significativos.

Estos resultados sugieren que, aunque ciertas variables pueden mostrar tendencias, no son suficientes por sí solas para predecir el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios en las regiones estudiadas.

En resumen, aunque la prevalencia de burnout entre el personal de salud encuestado fue del 88.2%, esto se debe a que el modelo predice correctamente solo cuando los casos de burnout son positivos, y no logra predecir

correctamente los casos negativos. Esto subraya la necesidad de considerar otros factores y variables que puedan influir en el burnout, así como la complejidad multifactorial de este síndrome.

Finalmente, aunque la jornada laboral, el horario de trabajo, la edad, horas laborables se identificaron como un factor significativo asociado con despersonalización, las demás variables no indicaron un efecto significativo en la prevalencia de burnout. Esto sugiere que, aunque algunos factores pueden contribuir al estrés laboral, el burnout es un fenómeno multifactorial que requiere un enfoque holístico para su comprensión y abordaje (Shanafelt et al., 2015).

Estos resultados tienen varias implicaciones prácticas para las políticas de salud en Ecuador. Primero, la alta proporción de mujeres en el sector salud destaca la necesidad de políticas de apoyo que consideren las necesidades específicas de las trabajadoras de salud, incluyendo equilibrio trabajo-vida y seguridad en el lugar de trabajo.

Las diferencias en las jornadas laborales y la tipología de los centros de salud indican la necesidad de adaptar las políticas laborales a las circunstancias específicas de cada región. Por ejemplo, la implementación de jornadas laborales más flexibles y apoyo logístico en la Amazonía podría ayudar a reducir el burnout entre los trabajadores de salud (Ministry of Health, Ecuador, 2020).

Como en cualquier estudio, este trabajo tiene limitaciones que deberían considerarse al analizar los resultados. Primero, la muestra utilizada, aunque representativa, es limitada en tamaño y no puede generalizarse a toda la población de trabajadores de salud en Ecuador. Además, el auto-reporte de síntomas de burnout mediante el MBI (Maslach Burnout Inventory) puede estar sujeto a sesgos de respuesta, donde los participantes pueden subestimar o sobreestimar sus niveles de agotamiento (Maslach et al., 2001).

Otra limitación es la falta de investigación de factores externos que pueden contribuir en el burnout, como un adecuado apoyo social, condiciones socioeconómicas y las políticas institucionales. Estos factores podrían

proporcionar una visión más completa del fenómeno y deberían ser considerados en estudios futuros (WHO, 2016).

En conclusión, nuestro estudio proporciona una visión detallada de la distribución demográfica y profesional de los trabajadores de salud en las regiones de la Sierra y Amazonía del Ecuador, y su relación con el burnout. La feminización de la fuerza laboral, las diferencias etarias y profesionales, así como las variadas jornadas laborales, resaltan la complejidad del entorno laboral en estas regiones.

Aunque la jornada laboral prolongada se asocia con un mayor agotamiento emocional, otros factores no mostraron un efecto significativo en la prevalencia de burnout. Esto recalca la necesidad de enfoques multifacéticos para abordar el burnout, considerando tanto factores individuales como contextuales (Shanafelt et al., 2015).

Es esencial que las políticas de salud en Ecuador se adapten a las necesidades específicas de los trabajadores de salud en diferentes regiones, promoviendo un entorno laboral saludable y sostenible que pueda disminuir el burnout y lograr una atención sanitaria calidad,

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio nos indica que el 88.1% de los profesionales de la salud encuestados padecen del síndrome de burnout, indicando un problema significativo en la comunidad de salud rural.

En cuanto al agotamiento emocional, los resultados señalan que el 61% de los encuestados experimentaron bajos niveles, el 24% niveles medios y el 42% niveles altos. Estos datos se obtuvieron de 126 encuestados, lo que da una visión clara de la magnitud del problema.

La despersonalización también fue evaluada, revelando que el 38% de los encuestados presentaron niveles bajos, el 20.63% niveles medios y el 42% niveles altos. Este aspecto del burnout refleja la desconexión emocional que el

personal sanitario puede sentir hacia sus pacientes, afectando potencialmente la calidad de la atención.

Además, la realización personal fue medida, y los resultados mostraron que el 73% del personal rural reportó una baja realización personal, el 18.2% niveles medios y el 9.52% niveles altos. Esto destaca una crisis en la percepción de efectividad y productividad entre los trabajadores de salud rurales.

En la muestra de 126 profesionales de salud, se observó una mayor representación de mujeres en ambas regiones, Sierra y Amazonía. Este dato puede reflejar tendencias demográficas y laborales específicas de estas áreas.

Los profesionales más jóvenes eran más comunes en la Amazonía, mientras que el personal de mayor edad predominaba en la Sierra ecuatoriana. Esto podría estar relacionado con las oportunidades laborales y preferencias de los diferentes grupos de edad.

En términos de profesión, hubo una distribución similar de médicos y odontólogos en ambas regiones. Sin embargo, había más enfermeros rurales en la Amazonía y más obstetrices en la Sierra, lo que tiene implicaciones importantes para la organización de recursos humanos en salud.

Basado en los OR (odds ratio) y sus IC95% (intervalos de confianza del 95%), ninguna de las variables analizadas resultó ser estadísticamente significativa. Esto sugiere que el burnout es una condición multifactorial que requiere un enfoque holístico, considerando múltiples factores y contextos.

No se identificaron factores de riesgo ni protectores específicos para el burnout en las categorías analizadas, subrayando la necesidad de investigaciones adicionales y enfoques más complejos para abordar y comprender el burnout entre los profesionales de la salud.

El estudio reveló una prevalencia de burnout del 88% entre el personal de salud encuestado. Este hallazgo subraya un problema grave que afecta a una gran parte de los trabajadores de salud en las regiones estudiadas.

El análisis de los factores protectores y de riesgo sugiere que la jornada laboral es un factor significativo para los síntomas de agotamiento emocional. Específicamente, se encontró una asociación entre trabajar más de 8 horas diarias y un mayor agotamiento emocional, lo que señala la necesidad de revisar y posiblemente reformar las políticas de horarios laborales.

Además, se identificaron varios factores de riesgo para la despersonalización, incluyendo la profesión de médico rural, la jornada laboral 18-12 (18 días de trabajo y 12 de descanso) y trabajar más de 8 horas. Estos factores deben ser considerados en las estrategias de intervención para reducir la despersonalización y mejorar la conexión emocional de los profesionales con sus pacientes.

Finalmente, ninguna de las variables analizadas (sexo, edad, profesión, lugar de trabajo, tiempo de trabajo) mostró un efecto significativo sobre el burnout. Esto subraya la necesidad de considerar otros factores y variables que puedan influir en el burnout y resalta la complejidad multifactorial del síndrome entre los profesionales de la salud. Es fundamental adoptar enfoques integrales y personalizados para abordar esta problemática de manera efectiva.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios con muestras más grandes y representativas.
- Implementar diseños de estudios longitudinales para seguir a los profesionales de la salud a lo largo del tiempo.
- Diseñar e implementar estudios que evalúen la eficacia de diferentes intervenciones destinadas a reducir el burnout.

REFERENCIAS

1. Arteaga-Romani, A. Junes-Gonzales, W., & Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
2. Becerra Espinosa, P. A. & Naranjo Barrera, P. A. (2022). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal que labora en un área de salud de la provincia de Loja – Ecuador, periodo 2021 – 2022. Universidad de las Américas. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/14223/1/UDLA-EC-TMSSO-2022-102.pdf>
3. Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2-1-2), 189-192.
4. Calahorrano, N. & Carrión, C. (2022). Prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud que laboró durante la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Tipo C del Comité del Pueblo en el período 2020 – 2021. Universidad de las Américas, Quito.
5. 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 Américas, Quito.
6. Daryanto, B., Kurniawan, J. Wiranigitasari, Hioe, F., Nurhadi, P., & Yudhantara, D. S. (2023). Prevalence of burnout and its associated factors among medical students during COVID-19 pandemic in Indonesia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(6), e0285986. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0285986>
7. Di Vincenzo, M. Arsenio, E., Della Rocca, B., Rosa, A., Tretola, L., Toricco, R., et al. (2024). Is There a Burnout Epidemic among Medical Students? Results from a Systematic Review. *Medicina (Mex)*, 60(4), 575. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/4/575>
8. Flores Rodríguez, L. E. (2022). Evaluación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud rural del distrito 04-D02 durante el primer trimestre 2022. Universidad de las Américas, Quito. Disponible en:

- <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/14097/1/UDLA-EC-TMSSO-2022-62.pdf>
9. García-Molina, C., Satorres-Pérez, M. Crespo-Mateos, A. P., Quesada Rico, J. A., García-Soriano, L., & Carrascosa-Gonzalvo, S. (2022). 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*, 15(1), 35-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100007&lng=es&tlng=es
 10. Girón, E. N. M., Mori, C. T. Cántaro, E. M. R., & Gonzales, E. B. S. (2021). Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. *Revista de investigación en psicología*, 24(1), 197-221.
 11. Gutiérrez-Lesmes, O. A. Loba-Rodríguez, N. J., & Martínez-Torres, J. (2017). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Universidad y salud*, 20(1), 37. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.107>
 12. Jezzini-Martinez, S. Martinez-Garza, J. H., Quiroga-Garza, A., Quiroz-Perales, X. G., Gil-Flores, L., de la Fuente-Villarreal, D., et al. (2023). Assessment of burnout syndrome and associated factors among medical students during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord Rep*, 14, 100616. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915323001506>
 13. Kushida, S. S. & Troster, E. J. (2023). Burnout prevalence in medical students attending a team-based learning school. *Front Educ*, 8, 1091426. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2023.1091426/full>
 14. León-Alonso, K., Macías-Mora, M., Mendoza-Moreira, R., & Escobar-Segovia, K. (2020). Riesgos Psicosociales y Burnout en el Personal de Salud de Emergencia de un Hospital de Segundo Nivel en Guayaquil - Ecuador 2019. *III Jornadas Int Investig científica UTN*, 839-852.

15. Marković, S., Kostić, O. Terzić-Supic, Z., Tomic Mihajlovic, S., Milovanović, J., Radovanovic, S., et al. (2024). Exposure to Stress and Burnout Syndrome in Healthcare Workers, Expert Workers, Professional Associates, and Associates in Social Service Institutions. *Medicina (Mex)*, 60(3), 499. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/3/499>
16. Naranjo, R. (2023). Burnout, Ansiedad y Depresión en el personal de salud rural en el Ecuador durante el año 2022-2023. (Tesis de maestría). Universidad de las Américas, Quito.
17. Ramírez, M. R. (2016). Burnout en profesionales de la salud del Ecuador. (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).
18. Serna Corredor, D. S. & Martínez Sánchez, L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 372-387. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100372&lng=es&tlng=es
19. Sánchez, S. (2022). Análisis documental del Síndrome de Burnout en el sistema de salud pública del Ecuador entre los años 2010 y 2020. Universidad Politécnica Salesiana, Quito. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21596>
20. Torres Toala, F. G. Irigoyen Piñeiros, V., Moreno, A. P., Ruilova Coronel, E. A., Casares Tamayo, J., & Mendoza Mallea, M. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *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>
21. Torres Toala, F. G. Irigoyen Piñeiros, V., Moreno, A. P., Ruilova Coronel, E. A. Casares Tamayo, J., & Mendoza Mallea, M. (2021). Burnout syndrome in health professionals in Ecuador and associated factors in times of pandemic. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna*, 8(1), 126-136.
22. Vinueza Veloz, A. Aldaz Pachacama, N., Mera Segovia, C., Tapia Veloz, E., & Vinueza Veloz, M. (2021). Síndrome de Burnout en personal

- sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1932>
23. Vivanco, M. E. V., León, C. D. S., Rivera, R. P. M., & Ortega, E. R. N. E. (2018). Síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: un análisis en la provincia de Loja-Ecuador. *Revista boletín REDIPE*, 7(11), 179-194.
24. Yaghmour, K., Alghanmi, R., Bafail, S., Alotaifi, M., Danish, D., Hazzazi, A. M. et al. (2023). A Cross-Sectional Study on the Prevalence of Burnout among Healthcare Professionals Working in Jeddah, Saudi Arabia, during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel)*, 11(13), 1896. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/13/1896>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

- 0= NUNCA.
 1= POCAS VECES AL AÑO.
 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
 3= UNAS POCAS VECES AL MES.
 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
 5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.
 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

VALORES DE REFERENCIA

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 – 33	34 – 39	40 – 56