



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL
TRABAJO

TRABAJO DE TITULACIÓN:
RELACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT CON FACTORES
SOCIODEMOGRAFICOS Y LABORALES EN PROFESIONALES
DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA EMERGENCIA
SANITARIA POR COVID 19

Director de trabajo de titulación:
MGTR. Sebastián Herrera Puente

Maestrante:
Fernanda Margarita Cueva Moya

CUENCA -2020

Índice

	Pág.
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Metodología	9
Resultados	10
Discusión.....	12
Conclusiones	14
Bibliografía	15

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este trabajo de titulación a mi madre que así ya no se encuentre conmigo físicamente, sé que ella guía mis pasos, a ella siempre todos mis esfuerzos y logros.

A mi padre por ser mi principal ejemplo y apoyo, por su paciencia mientras me guiaba para forjar la persona que soy en la actualidad.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a mi director de trabajo de titulación Mgtr. Sebastián Herrera Fuente, por su valioso tiempo y guía en este arduo proceso de elaboración del proyecto y culminación del mismo. Agradezco sus valiosas recomendaciones e ideas y el respeto con el que apoyaba mi trabajo.

Asimismo, agradezco a mis compañeras Md. Johanna Zaruma Tocto y Md. Jessica Parra Sinchi por su valiosa amistad, tiempo y estímulo para sacar adelante este trabajo a pesar de los tiempos difíciles en los que se desarrolló por la pandemia debida al Covid-19.

Este trabajo es fruto de esfuerzos previos debidos a muchas personas entre ellas a mi directora de maestría Mgtr. Fernanda Coello, a la Dra. Ximena Albuja Arias por permitirme realizar el trabajo de titulación en la Fundación Municipal de la Mujer y el Niño de Cuenca, a la Mgtr. Julia Avecillas por ser guía para la investigación bibliográfica, metodología y redacción adecuada del artículo, al Dr. Hernán Sacoto por su paciencia, tiempo y guía para poder realizar el análisis estadístico del trabajo de titulación.

También es el resultado del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman sin el cual no tendríamos la fuerza que nos alienta a ser mejores personas cada día.

Gracias a mi padre, hermana y sobrina mi pequeña familia, pero muy noble y enorme de corazón. A las valiosas personas que Dios ha colocado en mi camino y que han creído en mis aptitudes dándome ánimos para seguir adelante como son la Dra. Delma Hugo, Dra. Verónica Astudillo, Dr. Gustavo Duque, Ing. Juan Pablo Álvarez.

Agradezco a todos los profesores de la maestría por los conocimientos impartidos

Pero sobre todo gracias a Dios por su infinito amor y por la oportunidad de seguir viviendo para ser una mejor persona y profesional.

RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

Fernanda Margarita Cueva Moya
1505nanda1985@es.uazuay.edu.ec

Resumen

El presente estudio planteó como objetivo relacionar los factores sociodemográficos y laborales con las dimensiones del Síndrome de Burnout durante el contexto de la emergencia sanitaria por Covid 19. Los participantes fueron 31 individuos profesionales de la salud. Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory y una ficha sociodemográfica - laboral. Los resultados fueron que la mayor parte de individuos correspondió a personal femenino 80.6%. Así mismo se evidenció baja realización personal en el 32.3% de individuos.

Se observó que la media más baja para las tres dimensiones del SB correspondió a los licenciados en enfermería. En conclusión, no se evidencia SB en un grupo con predominancia de mujeres adultas jóvenes con un alto puntaje en la dimensión de baja realización personal.

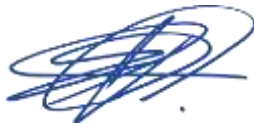
Palabras clave: Síndrome de Burnout, Factor de Riesgo Psicosocial, factores organizativos en profesionales de salud.

Abstract

The objective of this study was to relate the sociodemographic and labor factors with the dimensions of the Burnout Syndrome during the context of the health emergency caused by Covid 19. The participants were 31 health professional individuals. The Maslach Burnout Inventory questionnaire and a sociodemographic - labor record were applied. The results showed that the majority of individuals corresponded to 80.6% female personnel. Likewise, low personal fulfillment was evidenced in

32.3% of individuals. It is believed that the lowest mean for the three dimensions of the BS corresponds to nursing graduates. In conclusion, there is no evidence of SB in a group with a predominance of young adult women with a high score in the dimension of low personal fulfillment.

Keywords: Burnout Syndrome, psychosocial risk factor, organizational factors in health professionals



Introducción

Fundamentalmente la globalización predispone al sistema productivo a una carga alta de estrés en la rutina cotidiana constituyendo el Síndrome de Burnout un factor psicosocial de riesgo en los espacios laborales de bienestar social como lo son por ejemplo sector salud o educación. Las características psicosociales del empleado, sus rasgos psicológicos y ciertos factores sociodemográficos interactúan con los ambientes laborales y determinan la aparición del síndrome de Burnout (1) (2). Se puede señalar que ya en 1974, Freudenberg realizó la primera conceptualización de SB a partir de observaciones en trabajadores en el transcurso de 10 años de trabajo (3). De la misma forma, en 1982, la psicóloga Cristina Maslach y el psicólogo Michael P. Leiter, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) -que desde 1986 se ha constituido en el instrumento más importante para el diagnóstico de esta patología (4).

El síndrome de Burnout (SB) describe determinantes en el contexto laboral, el estrés y el estilo de vida del trabajador. Se caracteriza por su capacidad para afectar la salud mental y poner en riesgo la vida del individuo que padece este trastorno (5). Fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral. El diagnóstico de esta patología nos permite identificar sujetos expuestos a estrés y fatiga laboral (6).

El SB es un proceso multicausal y altamente complejo, se proponen diversas causas: aburrimiento, estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas,

sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento (7). Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del SB, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo (8).

Se ha observado que el SB se manifiesta con mayor frecuencia en profesiones que brindan ayuda a otras personas, como el personal de atención en salud (9). El personal sanitario con SB podría proporcionar un servicio inoperante e incurrir en un marcado ausentismo, alterar la relación médico-paciente y disminuir su calidad de prescripción (10) (11) (12). Las exigencias y sobrecargas del perfil laboral varían según los servicios, existen demandas para cada tipo de trabajo en el hospital (13) las mismas que con llevan una alta responsabilidad al trabajar directamente con pacientes, y de ellos depender la evolución favorable de los mismos, pero actualmente estas exigencias se vieron sobrecargadas por los cambios requeridos como aislamiento, uso de equipos de protección personal y el trabajo o no con pacientes sospechosos de Covid-19 entre otros, causados por la pandemia debida al virus SARS-CoV-2 y la falta de conocimiento por ser un virus nuevo.

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo durante el contexto de la emergencia sanitaria por Covid 19 iniciada en el Ecuador tras el primer caso de Covid-19 el 29 de febrero del 2020, Ecuador declaró el primer caso de COVID 19, por lo que todas las instituciones tanto públicas

como privadas, se han articulado de manera oportuna para estar preparadas al declárese el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del sistema nacional de salud (15).

El tratamiento y la prevención del SB consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del SB como: proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana; equilibrio de áreas vitales; fomento de una buena atmósfera de equipo; limitar la agenda laboral y la formación continua dentro de la jornada laboral (3) (14).

En lo que respecta al SB en el personal sanitario, los datos del proyecto RN4CAST de una encuesta transversal realizada entre 23,446 enfermeras en 2087 unidades de enfermería en 352 hospitales en 11 países describen que la dinámica del entorno laboral de la enfermera en la unidad de enfermería y en el hospital se relaciona con las tres dimensiones de agotamiento (16). En un estudio de SB en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales se constató que la despersonalización resultó ser la dimensión más importante (17).

En un estudio transversal de se aplicó un cuestionario a 565 trabajadores de emergencias sanitarias en Santiago, Chile, cincuenta y siete encuestados (10.5%, clasificaron con síndrome de burnout, con un alto agotamiento emocional (OR adj = 1.7) y despersonalización (OR adj = 2.0,). (18). También un estudio realizado a residentes y anestesiólogos del Distrito Federal, Brasil concluyó que existió una correlación entre el estado de ansiedad y la variable: agotamiento emocional, despersonalización de agotamiento y rasgo de ansiedad (19).

En un estudio transversal en el que participaron 43 cirujanos de guardia en el Hospital Estatal General Profesor Osvaldo Brandão Vilela, Maceió, en el que se utilizó un formulario autoadministrado para evaluar BS a través del Inventario de Burnout Maslach (MBI) y sociodemográfico características entre los participantes. Se concluyó que la carga de trabajo semanal media de guardia en trauma fue de 33.90 ± 16.82 horas. La frecuencia de las puntuaciones altas en al menos una de las tres dimensiones de MBI fue del 46,5%. En esta muestra hubo correlación entre la carga de trabajo semanal y el SB. (20).

Inclusive en una revisión de literatura se seleccionaron diez producciones científicas, que enumeraron que los factores que contribuyen al estrés y al SB de los profesionales de enfermería son el ambiente de trabajo como fuente de estrés y la carga de trabajo excesiva como fuente de fallas. El estrés y el SB experimentados por estos profesionales conducen a una mayor vulnerabilidad y desarrollo de atención insegura, y factores como la falta de apoyo organizacional pueden contribuir a prevenir estas fallas (21).

Se observó en un estudio realizado con 589 trabajadores de enfermería brasileños y españoles, que el personal de enfermería españoles presentó promedios más altos en la dimensión de despersonalización y el personal brasileño puntajes más altos en la dimensión de logro profesional. Tanto en España como en Brasil, se observó que los asistentes / técnicos de enfermería tenían un mayor agotamiento emocional que las enfermeras; En Brasil, la despersonalización es mayor en enfermeras y en España es mayor en

auxiliares / técnicos de enfermería (22). En un estudio en el que participó personal de enfermería se encontró una relación entre su participación en eventos adversos prevenibles y 2 dominios de agotamiento: agotamiento emocional ($P = .009$) y despersonalización ($P = .030$) (23)

De modo idéntico, en una investigación en un hospital general de la provincia de Manabí, Ecuador entre los resultados obtenidos se encuentra la tendencia del personal de enfermería a desarrollar burnout y la relación que existe entre el síndrome de burnout y la satisfacción del usuario de los servicios hospitalarios (24).

De hecho, una revisión de literatura que incluyó 106 artículos concluyó que la mayoría de las prevalencias involucradas necesitan estudios exploratorios cualitativos para comprender mejor el SB entre los profesionales de enfermería (25). En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud y severos. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los subgrupos de 18-30 años y los mayores de 60 años propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población, Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un

16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados (26).

La encuesta se efectuó considerando que el hospital no cuenta con un diagnóstico de la presencia de Síndrome de Burnout en enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos residentes. Alcanzando así a la pregunta de investigación que se desea conocer ¿Influyen las variables sociodemográficas y laborales en la prevalencia del Síndrome de Burnout en los individuos del hospital en estudio?

Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, y correlacional. Se considera la relación entre variables sociodemográficas y las dimensiones del cuestionario Maslach Burnout Inventory, instrumento más utilizado en todo el mundo para medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout (10). Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Está conformado por 22 ítems de escala Likert con 7 grados que van 0 (nunca) a 6 (siempre, todos los días). Mide las 3 dimensiones del síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. La dimensión 1, agotamiento o cansancio emocional tiene 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) con una puntuación máxima de 54. La dimensión 2, despersonalización es valorada en 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) con una puntuación máxima de 30. La dimensión 3, baja realización personal se valora en 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.). Los Indicios de burnout corresponden a cansancio emocional más de 26, despersonalización más de 9, realización personal menos de 34 (27).

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno (27). El hospital de en estudio, proporciona un segundo nivel de complejidad dentro del sistema salud. Por lo que la muestra se determinó por selección censal, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó el estudio, con 31 profesionales de la salud, nombrados y contratados, 16 médicos generales, 10 licenciados /as en enfermería, 5 auxiliares de enfermería. Personal de salud que participó voluntariamente y estuvieron laborando en

sus respectivos establecimientos de salud, durante el periodo de trabajo de campo. Los datos fueron procesarlos en el sistema estadístico IBM SPSS. 23 estadistic y se ubicaron los resultados en frecuencias y porcentajes ubicados en tablas simples y el análisis se efectuó con chi cuadrado ubicando resultados en tablas de doble entrada. Se efectuó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra, correspondió a una muestra paramétrica por lo que uso la prueba ANOVA para un solo factor para comparar medias según ocupación.

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas

En la tabla 1 observamos en la distribución según género que el 80,6% de individuos corresponden al género femenino, un 48,4% tienen de 20 a 25 años de edad, son casados el 45,2 %, el estatus educativo que corresponde a educación superior es 77,4 % y el 51,6% son médicos generales.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Femenino	25	80.6
Masculino	6	19.4
Grupos etarios (años)		
20 A 25	15	48.4
26 A 35	10	32.3
36 A 45	6	19.4
Estado civil		
Soltero/a	10	32.3
Casado/a	14	45.2
Divorciado/a	6	19.4
Viudo/a	1	3.2
Estatus educativo		
Educación primaria	3	9.7
Educación secundaria	4	12.9
Educación superior	24	77.4
Ocupación		
Médico general	16	51.6
Licenciado /a en enfermería	10	32.3
Auxiliar de enfermería	5	16.1
Total	31	100

Tabla 2. Situación laboral

En la tabla 2 se evidencia 64,5% están bajo contrato ocasional, el 77,4 % en función operativa, 35,5 % en neonatología, 58,1 de a meses a 4 años. El 90,3% atención a pacientes covid-19.

Situación laboral	n	%
Tipo de contrato		
Contrato ocasional	20	64.5
Contrato indefinido	5	16.1
Contrato temporal	1	3.2
Otro tipo de contrato	5	16.1
Función		
Administración	2	6.5
Operativa	24	77.4
Ambas	5	16.1
Area de trabajo		
Emergencia	4	12.9
Hospitalización	6	19.4
Quirófano	2	6.5
Unidad de cuidados intensivos adultos	3	9.7
Unidad de cuidados intensivos pediátrico	2	6.5
Neonatología	11	35.5
Otra	3	9.7
Años de trabajo		
De 6 meses a 4 años	18	58.1
5 a 9 años	6	19.4
10 a 14 años	4	12.9
15 a 19 años	3	9.7
Atención a pacientes covid-19		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Total	31	100

RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

Fernanda Margarita Cueva Moya

Gráfico 1. Número de hijos

En el gráfico 1 observamos el número de hijos, 12 individuos del personal de salud que no tuvieron hijos 38.7%. Tuvieron un hijo 8 individuos 25.8%, 5 individuos tuvieron dos hijos 16.1%, 3 individuos tuvieron 3 hijos 9.7% y 3 individuos tuvieron más de 3 hijos 9.7%.

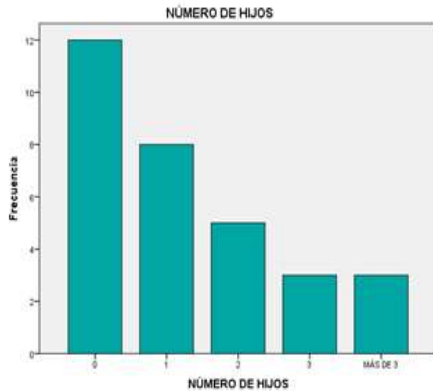


Gráfico 2. Carga horaria semanal

En el gráfico 2 observamos 7 individuos el 22.6% trabajaron 40 horas en la semana, 21 individuos el 67.7% 41 a 50 horas y 3 individuos el 9.7% más de 50 horas.

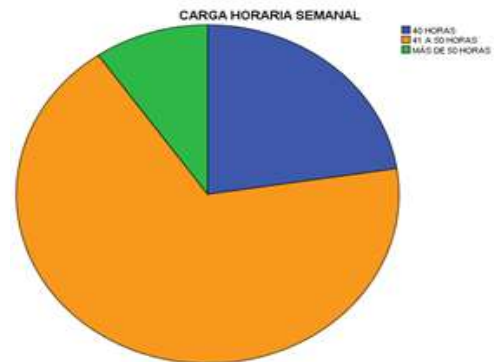


Tabla 3 Dimensiones del Síndrome de Burnout

En la tabla 3 observamos en la dimensión de baja realización personal el 32.3% con puntaje alto; en la dimensión de despersonalización el 12.9% con puntaje alto y en la dimensión Agotamiento o cansancio emocional 3.2%.

Dimensión	Puntaje			Total
	alto	medio	bajo	
Agotamiento o cansancio emocional	3.2%	19.4%	77.4%	100%
Despersonalización.	12.9%	12.9%	74.2%	100%
Baja realización personal	32.3%	41.9%	25.8%	100%

Tabla 5. Relación entre factores sociodemográficos y la dimensión de despersonalización.

En la tabla 5 se evidencia diferencias significativas en la dimensión de despersonalización del puntaje para diagnóstico de SB, según sexo (masculino) ($p < 0.05$).

Relación entre factores sociodemográficos y la dimensión de despersonalización.						
Factores sociodemográficos	Puntaje de la dimensión de despersonalización				P	
	alto	medio	bajo	Total		
Sexo	Femenino	1	4	20	25	0.009 *
	Masculino	3	0	3	6	
Edad	20 a 25	3	1	11	15	0.658
	26 a 35	1	2	7	10	
	36 a 45	0	2	5	7	
Estado Civil	Soltero/a	2	1	7	10	0.154
	Casado/a	2	2	10	14	
	Divorciado/a	0	0	6	6	
	Viudo/a	0	1	0	1	
Tenencia de vivienda	Si	3	3	8	14	0.144
	No	1	1	15	17	

Tabla 4. Distribución según: confirmación de diagnóstico

En la tabla 4 observamos que 31 individuos, el 100% de la población de estudio no cumple los criterios para la confirmación de síndrome de burnout.

Síndrome de Burnout	n	%
Si	0	0
No	31	100
total	31	100

RELACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

Fernanda Margarita Cueva Moya

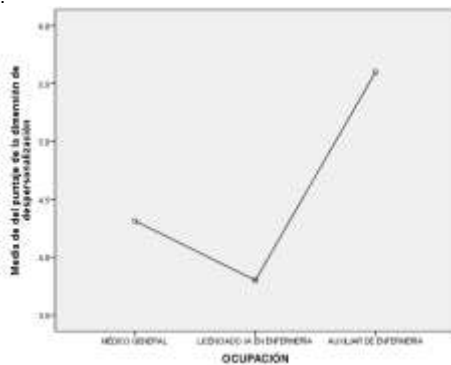
Tabla 6. Relación entre factores sociodemográficos y la dimensión de despersonalización

En la tabla 6 se evidencia diferencias significativas en la dimensión de despersonalización del puntaje para diagnóstico de SB, según tenencia de vivienda (no tenencia de vivienda) ($p < 0.05$). Con un OR DE 5.625 (0.915- 34.572)

Relación entre factores sociodemográficos y la dimensión de despersonalización					P	OR
Factores sociodemográficos		Puntaje de la dimensión de despersonalización				
		Alto-Medio	Bajo	Total		
Sexo	Femenino	5	20	25	.132	.250 (.038- 1.633)
	Masculino	3	3	6		
Edad	20 a 25	4	11	15	.836	-----
	26 a 35	3	7	10		
	36 a 45	1	5	6		
Estado Civil	Soltero/a	3	7	10	.164	-----
	Casado/a	4	10	14		
	Divorciado/a	0	6	6		
	Viudo/a	1	0	1		
Tenencia de vivienda	Si	6	8	14	.049 *	5.625 (.915- 34.572)
	No	8	15	23		

Gráfico 3. Comparación entre las medias del puntaje de la dimensión de despersonalización según la ocupación.

En la gráfica 3 de comparación de medias, ANOVA de un solo factor se observa que la media más baja corresponde a los licenciados en enfermería y los auxiliares en enfermería tiene la más alta. La suma de cuadrados entre grupos fue 10.859; gl_2 ; media cuadrática 5.430; F.305; Sig.0 .739



Discusión

Con respecto a las puntuaciones que permiten diagnosticar el trastorno de SB (27), no se observa en los profesionales de salud la presencia de SB, los 31 individuos 100 %, no cumplen con los criterios de SB. Pero puede agregarse que existieron puntajes altos en ciertas dimensiones. De hecho, una revisión de la literatura concluyó que la mayoría de las

Gráfico 4. Comparación entre las medias del puntaje de cansancio emocional según la ocupación.

En la gráfica 4 de comparación de medias, ANOVA de un solo factor se observa que la media más baja corresponde a los licenciados en enfermería y los médicos generales tienen la más alta. La suma de cuadrados entre grupos fue 217.382; gl_2 ; media cuadrática 108.691; F 2.392; sig. 0.110

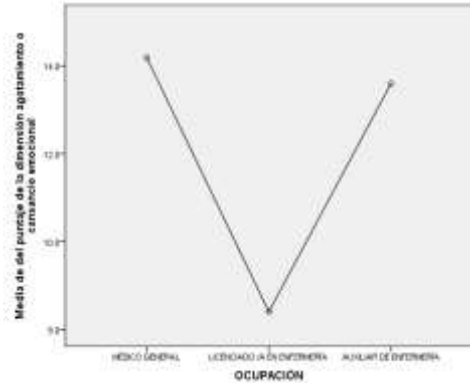
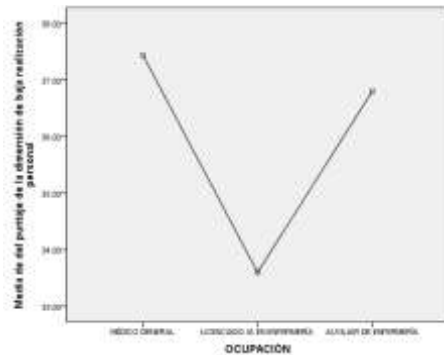


Gráfico 5. Comparación entre las medias del puntaje de realización personal según la ocupación.

En la gráfica 5 de comparación de medias, ANOVA de un solo factor se observa que la media más baja corresponde a los licenciados en enfermería y los médicos generales tienen la más alta. La suma de cuadrados entre grupos fue 93.572 ; gl_2 ; Media cuadrática 46.786; F . 1.083; Sig. .305



prevalencias involucradas necesitan estudios exploratorios cualitativos para comprender mejor el SB entre los profesionales de enfermería (25). Lo que toma relevancia si consideramos también que, en los sistemas de clasificación de enfermedades, DSM-V y CIE 10, no se describe al SB como una entidad independiente y se considera algunas similitudes con otros cuadros nosológicos

(28). En todo caso, aun se considera que el cuestionario Maslach es el instrumento más utilizado en todo el mundo para medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

En la mayor parte de individuos correspondió a personal femenino, 80.6% y, de hecho, el grupo etario de 20 a 25 constituyó el 48.4% y el de 26 a 35 años el 32.3% lo que evidencia la predominancia del grupo de mujeres adultas jóvenes. La mayor parte eran casados, un 45.2%. Cabe resaltar que no tuvieron hijos el 38.7 % y 25.8% tuvieron un hijo. La edad media de los hijos corresponde a 15.1 años de edad con una desviación estándar de 10.251. La edad mínima fue de 0 años y la edad máxima de 32 años.

Datos que evidencian que una carga familiar y responsabilidades incrementan las exigencias y sobrecargas del perfil laboral (13).

Por otra parte, un elevado número 77.4% de individuos tienen educación superior. Con respecto a su ocupación constituyendo el médico general el 51.6%. De la misma forma la mayor parte del personal trabaja con contrato ocasional 64.5%, y en menor proporción contrato indefinido 16.1%, contrato temporal 3.2% y otro tipo de contrato 16.1%

La función operativa el 77.4%, involucrar un gran esfuerzo mental y físico. Al mismo tiempo gran parte del personal evaluado trabaja en áreas en las que se encuentran pacientes con probable covid-19 como emergencia 12.9%, hospitalización 19.4%, unidad de cuidados intensivos adultos 9.7% y unidad de cuidados intensivos pediátrico 6.5%

Con respecto a las puntuaciones se

consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno (27). La media de dimensión de agotamiento o cansancio emocional en el personal corresponde a 12.22, dimensión de baja realización personal 36.09 y despersonalización 4.35.

En un estudio de SB en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales se confirmó que la despersonalización resultó ser la dimensión más importante. (17). Mientras que en nuestro estudio predominó la baja realización personal.

De modo idéntico, en una investigación en un hospital general de la provincia de Manabí, Ecuador entre los resultados obtenidos se encuentra la tendencia del personal de enfermería a desarrollar burnout (24). Así mismo en un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue mayor en mujeres enfermeras que entre los médicos. (26). En este análisis de comparación de medias, ANOVA de un solo factor se observó que la media más baja para las tres dimensiones del SB con respecto a la ocupación correspondió a los licenciados en enfermería.

De los 31 profesionales de salud encuestados, en un gran porcentaje presentan puntaje alto en la dimensión de baja realización personal 32.3% Es decir que el profesional de salud manifiesta desaprobación de su desempeño laboral, con percepción de escasa oportunidad de desarrollo y sensación de fracaso profesional. Factores que afectaría su autoestima, motivación laboral y sus relaciones familiares.

Cabe recalcar la evidencia de diferencias

significativas en la dimensión despersonalización del puntaje para diagnóstico de SB, según sexo (masculino) y en la dimensión despersonalización del puntaje para diagnóstico de SB, según tenencia de vivienda. La tenencia de vivienda eleva 5 veces las posibilidades de puntaje alto y medio en la dimensión de despersonalización.

despersonalización posiblemente por los costos que conlleva su pago.

Si bien no se han establecido diferencias significativas entre los porcentajes de otras de las dimensiones del SB. Se considera relevante en la comparación entre las medias, ANOVA de un solo factor, del puntaje de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal según la ocupación. Ya que se observa que la media más baja corresponde a los licenciados en enfermería.

Conclusiones

No existen individuos con diagnóstico de SB en este estudio. Pero en hombres a pesar de su bajo número se observan altos puntajes en la dimensión de despersonalización. Mientras que, si consideramos que los Indicios de burnout corresponden al puntaje cansancio emocional con más de 26 puntos se obtuvo 1 individuo, despersonalización con más de 9 puntos califican 3 sujetos, realización personal con menos de 34 puntos califican 5 individuos evaluados, con lo que 9 personas presentan indicios de SB. En los licenciados de enfermería se observó la media más baja para las tres dimensiones por lo que podría considerarse como un indicador a mejorar.

Además, la tenencia de vivienda puede elevar 5 veces las posibilidades de puntaje alto y medio en la dimensión de

Bibliografía

1. Araquistain L, Damis H. Lo insalubre de trabajar en salud. Síndrome de Burnout. Boletín de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires 26:1-8,. 2011.
2. Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg G. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care-an observational study. BMC Fam Pract. 2015;; p. 16(1).
3. Aceves, G. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. 2006;; p. 11, 4, 305-309.
4. Quinceno, J.; Alpi, V. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología. 2007;; p. 10, 117-125.
5. Mariños; A.; Otero, M. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Revista Medica Herediana. 2011.
6. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011;; p. 108(46):781-7.
7. Navarro, U. Síndrome de Burnout o Quemazón Profesional. Intermedicina.com [en línea]. 2002.
8. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A.,. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. JAMA. 2010;; p. 304, 11, 1173-1180.
9. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? Cogent Med. 2016;; p. 3(1):1.
10. Motluk. Do doctors experiencing burnout make more errors?. In.; 2018. p. 1216-1217.
11. WelpA, MeierLL, ManserT. Emotional exhaustion and workload predic tclincian-rated and objective patient safety. Frontiers in psychology. 2015; 5:1573.
12. Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job out comes, and quality of care, and patient adverse events—Across-sectional survey. In.; 2014. p. 1123–34.
13. Breilh J, Castro F. La salud en el trabajo de los médicos en el Ecuador: contexto hospitalario, estrés y "burnout". In Breilh J, editor. La Medicina Ecuatoriana en el siglo XXI. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2018. p. 135-152.
14. Valdez H. Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco. Resultados de investigación. 2009;; p. Año 1, Vol. 1, No. 1.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 00126-2020, el Ministerio de Salud Pública. MSP. 2020 12 de marzo .
16. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, Van den Heede K, Matawie K, Aiken LH, et al. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. Int J Nurs Stud. 2013;; p. 50(2):281-91.
17. Marreo M. Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. 2017.
18. Jiménez R. Bachelet C. et al. Violencia y agotamiento en trabajadores de emergencias sanitarias en Santiago, Chile: un estudio transversal basado en encuestas. Int Emerg Nurs. 2019;; p. noviembre; 47: 100792.
19. Govêia C, Cruz T, Miranda D, Guimarães G, Ladeira L, Tolentino F. et al.

Association between burnout syndrome and anxiety in residents and anesthesiologists of the Federal District]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;; p. 68(5):442-446..

20. Novais R, Rocha L , Eloi R, Santos L , Ribeiro M , Ramos F, Lima F. et al. Prevalencia del síndrome de burnout de los cirujanos de guardia en un hospital de referencia de trauma y su correlación con la carga de trabajo semanal: estudio transversal. *Rev Col Bras Cir.* 2016;; p. 43 (5): 314-319.
21. Rodrigues C, Santos V, Sousa P. Seguridad del paciente y enfermería: interfaz con el estrés y el Síndrome de Burnout. *Rev Bras Enferm.* 2017;; p. 70 (5): 1083-1088.
22. Baldonado-Mosteiro M, Almeida M , Baptista P , Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Díaz F , Mosteiro-Díaz M. Síndrome de burnout en trabajadores de enfermería brasileños y españoles. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;; p. 27: e319.
23. Lewis E. Baernholdt, Marianne B. Yan G, Guterbock, Thomas G. Relación de eventos adversos y apoyo a RN Burnout. *Journal of Nursing Care Quality.* 2015; - Volumen 30(- Número 2): p. p 144–152.
24. Pín T, Menéndez, et.al. SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL GENERAL EN LA PROVINCIA DE MANABI, ECUADOR. CCCSS. 2018.
25. Medeiros-Costa M, Maciel R , Rêgo D, Lima L , Silva M , Freitas J. Síndrome de Burnout ocupacional en el contexto de enfermería: una revisión integradora de la literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2017.
26. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020 83(1): 51-56.
27. Maslach, C. Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo.* 2009;; p. 32:37-44.
28. Maercker A LL. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *World J Biol Psychiatry.* 2018;; p. S3-13.