



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE PREGRADO TITULADO:

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE DETECCIÓN DE RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS INTENSIVISTAS Y EMERGENCIÓLOGOS”

REALIZADO POR:

MARÍN FUSTILLOS MICAELA

DIRECTOR DEL PROYECTO:

M.SC. ESTEBAN RICAURTE RICAURTE

Como requisito para la obtención del título de:

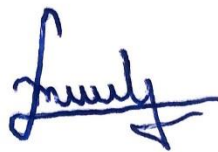
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Quito, 2022

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, MICAELA FUSTILLOS MARÍN, con cédula de identidad # 1726866138, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado por ningún grado a calificación profesional y se ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



Micaela Fustillos Marín

C.C.: 1726866138

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

“ANÁLISIS COMPARATIVO DE DETECCIÓN DE RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS INTENSIVISTAS Y EMERGENCIÓLOGOS”

Realizado por:

MARÍN FUSTILLOS MICAELA

Como requisito para la Obtención del título de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Ha sido dirigido por el profesor:

M.SC. ESTEBAN RICAURTE RICAURTE

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor



M.Sc. Esteban Ricaurte Ricaurte

DIRECTOR

PROFESORES INFORMANTES

Después de revisar el trabajo presentado. Lo ha calificado como apto para su defensa oralante el tribunal examinador.



PhD. Gabriela Andrea Llanos Román



Msc. Jaime Eduardo Moscoso Salazar

DEDICATORIA

Dedicado a los profesionales de salud que cada día se esfuerzan para brindar la mejor atención posible a sus pacientes y se encuentran trabajando en primera línea durante la pandemia que enfrenta la humanidad.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a la Universidad Internacional SEK, sus docentes y a mi tutor de tesis por todo el conocimiento que me han transmitido y la experiencia que he podido adquirir durante este camino profesional y en la realización de este trabajo.

De igual manera, un agradecimiento a mi familia y a todas las personas que me apoyaron incondicionalmente durante este proceso y creyeron en mí. Una mención especial a mi tía Karina Marín, que pudo transmitirme la visión de su profesión y que gracias a su cooperación me permitió llevar a cabo esta investigación.

Finalmente, un profundo agradecimiento para todos los participantes que contribuyeron para que este estudio sea posible.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo comparar los niveles de alto riesgo de Síndrome de Burnout en los médicos que trabajan en áreas de cuidados críticos, emergencias y terapia intensiva en hospitales del sector público y privado en la ciudad de Quito. Para la investigación se utilizó un método cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo comparativo y de corte transversal. Se aplicó el Inventario Burnout de Maslach mediante Google Forms y se utilizó la herramienta de análisis estadístico R para procesar los datos. Se empleó la técnica bola de nieve para la recolección de la muestra. La cual, estuvo conformada por (n=85) médicos de los cuales (n=59) trabajan en terapia intensiva y (n=26) en emergencias, (n=27) pertenecen al sector privado y (n=58) al sector público. En total hay (n=13) hospitales, (n=7) públicos y (n=6) privados, donde (n=8) son de II nivel y (n=5) de III nivel de atención. Los resultados principales muestran que en unidades críticas existe un alto riesgo de síndrome de burnout en los hospitales de Quito (69.5%). Los hospitales públicos tienen mayor riesgo de burnout que los hospitales privados en la subescala de baja realización personal ($\chi^2 = 7.42$; $p = 0.006$). Los médicos de unidades de cuidados intensivos tienen mayor riesgo de burnout que los trabajadores de emergencias en la subescala de despersonalización ($\chi^2 = 4.14$; $p = 0.04$). Se identifica que (n=5) participantes tienen presencia de Burnout. Como conclusión, los médicos que trabajan en terapia intensiva y emergencias en los hospitales de Quito tienen alto riesgo de presentar Síndrome de Burnout, constituyendo un problema de salud para estos profesionales, lo que reduce su capacidad de una adecuada atención al paciente. El trabajo conjunto de salud ocupacional y profesionales de salud mental enfocado a la prevención, detección y soporte mejorarían el manejo de este síndrome.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Unidades de Cuidados Intensivos, Emergencias, Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal.

Abstract:

The present study aims to compare the high risk levels of Burnout Syndrome in physicians working in critical care, emergency and intensive care areas in public and private sector hospitals in the city of Quito. The research used a quantitative method, non-experimental design, descriptive, comparative and cross-sectional scope. The Maslach Burnout Inventory was applied by means of Google Forms and the statistical analysis tool R was used to process the data. The snowball technique was used to collect the sample. The sample consisted of (n=85) physicians of whom (n=59) work in intensive care and (n=26) in emergency care, (n=27) belong to the private sector and (n=58) to the public sector. In total there are (n=13) hospitals, (n=7) public and (n=6) private, where (n=8) are level II and (n=5) level III hospitals. The main results show that in critical units there is a high risk of burnout syndrome in Quito hospitals (69.5%). Public hospitals have a higher risk of burnout than private hospitals in the subscale of low personal accomplishment ($\chi^2 = 7.42$; $p = 0.006$). Intensive care unit physicians have a higher risk of burnout than emergency workers on the depersonalization subscale ($\chi^2 = 4.14$; $p = 0.04$). It is identified that (n=5) participants have presence of Burnout. In conclusion, physicians working in intensive care and emergencies in hospitals in Quito are at high risk of presenting Burnout Syndrome, constituting a health problem for these professionals, reducing the capacity for adequate patient care. The joint work of occupational health and mental health professionals focused on prevention, detection and support would improve the management of this syndrome.

Key words: Burnout Syndrome, Intensive Care Unit, Emergency, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Accomplishment.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT:.....	8
INDICE DE TABLAS	10
INDICE DE FIGURAS	12
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	13
Problema de investigación	14
Justificación:	17
Objetivo General:	18
Objetivos Específicos:	18
Pregunta de Investigación	19
Hipótesis	19
Marco Teórico:	19
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	37
Enfoque de investigación.....	37
Diseño de investigación	37
Alcance de investigación	37
Corte o Temporalidad	37
Consideraciones éticas.....	38
Muestra	38
Técnicas o Instrumentos de investigación	38
Operacionalización de variables.....	41
Procedimiento	43
Análisis de datos.....	44

CAPÍTULO III: RESULTADOS	46
Nivel de Confiabilidad del Instrumento MBI	46
Resultados Demográficos.....	48
Evaluación Inventario Burnout de Maslach (MBI).....	51
Evaluación de riesgo de Síndrome de Burnout.....	53
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	61
Discusión	61
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	66
CAPÍTULO V: REFERENCIAS	68
CAPÍTULO VI: ANEXOS	74
Consentimiento Informando Individual	74
Inventario Burnout de Maslach vía online en Google Forms	75

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	47
<i>PRUEBA DE NORMALIDAD SHAPIRO-WILK, QQ-PLOTS</i>	47
TABLA 2	48
<i>DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DIVIDIDOS DE ACUERDO A SI LOS PARTICIPANTES PERTENECEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS O TERAPIA INTENSIVA</i>	48
TABLA 3	50
<i>DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LA MUESTRA DIVIDIDOS DE ACUERDO A SI LOS PARTICIPANTES PERTENECEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS O TERAPIA INTENSIVA</i>	50

TABLA 4	51
<i>DESCRIPTIVO GENERAL MASLACH SUBESCALA CANSANCIO EMOCIONAL (CE)</i>	51
TABLA 5	52
<i>DESCRIPTIVO GENERAL MASLACH SUBESCALA DESPERSONALIZACIÓN (DP)</i>	52
TABLA 6	52
<i>DESCRIPTIVO GENERAL MASLACH SUBESCALA REALIZACIÓN PERSONAL (RP)</i>	52
TABLA 7	53
<i>NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON CALIFICACIÓN DE RIESGO PARA BURNOUT POR TODAS LAS ÁREAS (EMERGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA) SECTORES DE TRABAJO (PÚBLICO Y PRIVADO) Y CANTIDAD DE CATEGORÍAS DEL MBI</i>	53
TABLA 8	54
<i>NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON PRESENCIA DE BURNOUT POR TODAS LAS ÁREAS (EMERGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA) SECTORES DE TRABAJO (PÚBLICO Y PRIVADO) Y CANTIDAD DE CATEGORÍAS DEL MBI</i>	54
TABLA 9	56
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS EN EL CUESTIONARIO DE MASLACH DE ACUERDO AL SECTOR (PÚBLICO VERSUS PRIVADO), SE INDICAN LA FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE PARTICIPANTES CON CALIFICACIÓN DE ALTO RIESGO PARA BURNOUT</i>	56
TABLA 10	58
<i>NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON CALIFICACIÓN DE ALTO RIESGO PARA BURNOUT POR ÁREA DE TRABAJO: EMERGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA</i>	58
TABLA 11	59
<i>RESUMEN DE LOS HALLAZGOS EN EL CUESTIONARIO DE MASLACH DE ACUERDO AL ÁREA DE TRABAJO: EMERGENCIAS (ER) O TERAPIA INTENSIVA (UCI)</i>	59

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. NIVEL DE CONFIABILIDAD INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI)	46
FIGURA 2. NIVEL DE CONFIABILIDAD ESCALA DE CANSANCIO EMOCIONAL (CE).....	46
FIGURA 3. NIVEL DE CONFIABILIDAD ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN (DP).....	46
FIGURA 4. NIVEL DE CONFIABILIDAD ESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL (RP)	47
FIGURA 5. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES DE ACUERDO CON SU ROL OCUPACIONAL (IZQUIERDA) O SECTOR DE TRABAJO (DERECHA).....	49
FIGURA 6. COMPARACIÓN ESTADÍSTICA DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL SECTOR (PÚBLICO VS PRIVADO) EN LA CATEGORÍA DE CANSANCIO EMOCIONAL.....	54
FIGURA 7. COMPARACIÓN ESTADÍSTICA DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL SECTOR (PÚBLICO VS PRIVADO) EN LA CATEGORÍA DE DESPERSONALIZACIÓN	55
FIGURA 8. COMPARACIÓN ESTADÍSTICA DE ALTO RIESGO DE ACUERDO AL SECTOR (PÚBLICO VS PRIVADO) EN LA CATEGORÍA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....	55
FIGURA 9. COMPARACIÓN ESTADÍSTICA CON ALTO RIESGO DE ACUERDO AL ÁREA DE TRABAJO (EMERGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA) EN LA CATEGORÍA DE CANSANCIO EMOCIONAL.....	57
FIGURA 11. COMPARACIÓN ESTADÍSTICA CON ALTO RIESGO DE ACUERDO AL ÁREA DE TRABAJO (EMERGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA) EN LA CATEGORÍA DE REALIZACIÓN PERSONAL.....	58
FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES ALCANZADOS EN EL CUESTIONARIO DE MASLACH EN SUS COMPONENTES, CANSANCIO EMOCIONAL (CE); DESPERSONALIZACIÓN (DP) Y REALIZACIÓN PERSONAL (RP) DE ACUERDO AL ÁREA EN LA QUE LABORAN. EMERGENCIAS (ER) Y TERAPIA INTENSIVA (UCI)	60

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El SB o agotamiento profesional es un problema psicosocial, está compuesto por una serie de signos y síntomas, suele aparecer cuando las presiones laborales sobrepasan la capacidad que tiene un individuo para responder ante la situación estresora, conllevando al apareamiento de problemas de salud físicos, psicológicos y laborales.

Los primeros investigadores dentro de este ámbito como Maslach y Jackson (1981) lo establecieron como un síndrome tridimensional, puesto que, se presenta principalmente un agotamiento emocional quiere decir una sensación de desgaste continuo. Luego está la despersonalización que representa actitudes negativas o cinismo frente a los demás y un bajo nivel respecto a la realización personal donde se evidencia una incapacidad para cumplir con las exigencias laborales (González Ortega et ál., 2015).

Inicialmente fue identificado en expertos de servicios humanos, los cuales tienen una interacción directa con otras personas, estas son áreas como la educación, salud y seguridad.

Dado que estos profesionales se encuentran expuestos a múltiples factores psicosociales, los cuáles pueden llegar a transformarse en riesgos, ya que son derivados de condiciones laborales demandantes y peligrosas permanentes, tienen una mayor probabilidad de que su salud se deteriore y abra paso al apareamiento de enfermedades que amenacen gravemente su estado de bienestar, uno de ellos es este síndrome ya mencionado anteriormente (Muñoz-del-Carpio Toya et ál., 2019).

Entre los profesionales que tienen mayor incidencia a desarrollarlo se encuentran los profesionales de la salud, como lo son médicos y enfermeras, quienes durante su carrera profesional debido a la naturaleza de su trabajo, deben enfrentarse a número extenuante de factores estresantes y que conllevan un papel importante al atender a pacientes con diferentes niveles de malestar, entre ellos se encuentran los que trabajan en las unidades de cuidados críticos, como lo son Terapia Intensiva y Emergencias.

A pesar de que estos servicios cuentan con sus propios protocolos guías de actuación para cada eventualidad, tienen pacientes en diferentes situaciones críticas, por lo que se requiere un nivel de alerta mayor y asimismo en estas unidades se suelen producir más agresiones hacia los profesionales (Albendín et ál., 2016). Con el tiempo,

todos estos factores mencionados representan un peligro para la salud y calidad de atención de los médicos, además de que por estas mismas razones, representan una de las más altas tasas de prevalencia respecto al agotamiento profesional.

Los intereses en la realización de estas investigaciones sobre el SB dentro del ámbito de salud surge como una necesidad al convertirse en un problema social (Cañadas-de la Fuente et ál., 2018).

Para Navinés et ál. (2021) el COVID-19 es un factor que tuvo un gran impacto en la salud tanto física como mental de los profesionales sanitarios, debido a que estuvieron expuestos a un riesgo con un alto grado de incertidumbre y agotamiento continuado. Aunque, la situación de la pandemia ha mejorado, es importante conocer el nivel de impacto que sigue teniendo este desgaste profesional en los médicos pertenecientes a áreas de cuidados críticos debido a las presiones laborales a las que se ven constantemente expuestos, puesto que, tanto su salud como su rol como profesionales es de suma importancia.

El tema abordar dentro de la presente investigación es la realización de un estudio comparativo entre médicos pertenecientes de áreas críticas (unidades de terapia intensiva y emergencias) que trabajen en hospitales privados y públicos en la ciudad de Quito, con el fin de detectar niveles de Síndrome de Burnout (SB) que representen un riesgo para su salud, el estudio se apoya en el Inventario Burnout de Maslach (MBI), la versión utilizada para médicos.

Problema de investigación

El Síndrome de Burnout o traducido como “síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT) es un problema que afecta y se ha estudiado en muchas profesiones a nivel mundial, la prevalencia cambia según el tipo de trabajo, las demandas de su ocupación, como el individuo evidencia su realización personal y otras. Entre sus amplias áreas de ocupación, principalmente aquellos que se encuentran laborando dentro de servicios humanos, debido a una implicación permanente de ayuda tienen una mayor probabilidad de exposición a riesgos psicosociales (Carlin y de los Fayos, 2010).

Los profesionales de salud son esenciales dentro de las prestaciones de servicios humanos y se ven afectados por una excesiva demanda de atención que supone un trabajo delicado e importante, la mayoría de investigaciones se realizan con

médicos y enfermería. Aunque, los estudios disminuyen un poco menos específicamente en áreas críticas como Terapia Intensiva y Emergencias se implican con situaciones psicológicas, emocionales y físicamente exigentes.

En estas áreas se han reportado bastante hostilidad y una excesiva demanda permanente generadora de estrés laboral, sobre todo, por los turnos y ritmos de trabajo, desarrollo de emociones negativas frente al sufrimiento o muerte de los pacientes y reducción de apoyo social dentro del trabajo (Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2020).

En Europa y Asia existen algunos estudios respecto al síndrome de burnout que incluye áreas críticas como emergencias y unidades de cuidados intensivos. Un estudio realizado dentro de un hospital de Malasia con 216 profesionales de las áreas de emergencia durante el COVID 19, entre ellos el 35.1% que eran médicos presentaron el SB, sobre todo con altos valores en agotamiento emocional (52.2%). Los factores que se identificaron fueron la enorme sobrecarga de trabajo, incertidumbre, respecto a las pautas a seguir o cambios reiterativos y reclamos por parte de los pacientes (Zakaria et ál., 2021).

En un hospital de Jamaica en Kingston se realizó el Inventario de Maslach en 30 médicos de emergencias, donde se encontró la prevalencia de niveles moderados a altos de agotamiento emocional (70%) y despersonalización (43%), indicando que son susceptibles al estrés (Hutchinson et ál., 2014).

En cambio, en Francia dentro de un hospital universitario se realizó un estudio con 161 profesionales de las unidades de cuidados intensivos. Se identificó que en 51% de los participantes tenían SB, siendo la baja realización personal la categoría con mayores niveles (40%) (Malaquin et ál., 2017).

Albendín et ál. (2016) realizaron un estudio sistemático que incluyó países como España, Reino Unido, Estados Unidos, Chile, Irlanda, México y Grecia donde el 50% de áreas de emergencias presentaban burnout en valores medios y altos, debido a factores principalmente como turnos y cargas de trabajo, edad, experiencia, años de servicio, edad y género.

Un estudio realizado por Sarmiento Valverde (2019) en Cusco con 110 trabajadores de emergencias de un hospital público, halló que 16.3 % de médicos presentan burnout, con una mayor frecuencia en profesionales sanitarios con contratos temporales, del sexo masculino y con menores tiempos en servicio. En América del Sur

países como Brasil y Perú son los que más han estudiado acerca de este tema dentro de unidades intensivas y emergencias.

En Ecuador, existen muy pocos estudios respecto a este síndrome en áreas críticas, lo que no permite visibilizar si los niveles actuales de burnout en médicos que trabajan en los distintos hospitales conllevan una amenaza para su bienestar y servicio ofrecido a los pacientes.

La Organización mundial de la Salud (2022) incluyó y publicó oficialmente en él nuevo manual de clasificación de enfermedades, dentro de exposición a factores de riesgo por ocupación que pueden causar problemas de salud, el síndrome de desgaste ocupacional. Lo define como:

Una respuesta al estrés crónico laboral que no ha podido ser manejado con éxito. Se distingue por 3 dimensiones. La primera es sentimientos de pérdida de energía o agotamiento, la segunda es aumento de una distancia mental, cinismo y perspectiva negativa del trabajo, la tercera es una sensación de ineficacia respecto a sus habilidades y carencia de realización personal. Se distingue porque se relaciona de manera específica con el contexto laboral y no se debería utilizar su descripción en otras esferas de la vida (Clasificación Internacional de Enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad [CIE-11 EMM], 2022).

Principalmente fue reconocido en esta época, debido a que, en la emergencia sanitaria de COVID-19 los profesionales de salud debieron atender situaciones críticas donde los pacientes superaban la capacidad de los hospitales y eso produjo graves secuelas en su salud y desempeño laboral, este factor estresor fue un desencadenante para la aparición y crecimiento en los niveles de burnout, por lo que, se vio la necesidad de evaluar cómo se encontraban los médicos.

Dentro de un hospital en Guayaquil durante la crisis sanitaria, Cifuentes-Casquete y Escobar-Segovia (2021) realizaron un estudio longitudinal con 42 profesionales de salud de áreas críticas, donde entre los meses de marzo y abril existió un 71% de individuos con incidencia de SB, mientras que entre los meses de septiembre y octubre, el 95% tuvo rasgos de SB, sobre todo en la dimensión de agotamiento emocional. Quiere decir, aumentó en un 24% en el año del 2020 entre esos últimos meses.

Justificación:

El estudio permite comprender el nivel de impacto que el síndrome de Burnout está teniendo en los médicos que laboran dentro de áreas de cuidados intensivos y emergencia de los hospitales público y privados en Quito.

A diario por su ocupación laboral, estos profesionales deben lidiar con pacientes en estado de salud graves, muerte, incertidumbre, tensiones asistenciales, carga emocional de los pacientes y sus familiares quienes suelen ejercer presión para la recuperación del familiar, también violencia verbal o física (Domínguez Fernández et ál., 2012).

Existen muy pocos estudios al respecto en Ecuador donde se incluyan ambas áreas críticas en una sola investigación y son bastantes escasas en la ciudad de Quito, se suelen realizar estudios con médicos generales e incluir otras áreas de salud como enfermeros y enfermeras.

Una investigación representativa fue de Calvopiña Molina y López Cueva (2017) realizaron un estudio con médicos de unidades de cuidados intensivos y emergencias en 6 hospitales principales públicos del distrito metropolitano de Quito, como resultado se obtuvo que en un total de 10,4% de médicos tenían presencia de burnout, (8.3%) son de cuidados intensivos y emergencias (11.8%).

Igualmente, se observa una predominancia de estudios en hospitales de los sectores públicos y casi inexistentes dentro de los sectores privados, realizar un estudio multicéntrico que incluya ambos sectores permitiría observar como los niveles de burnout pueden o no variar según los tipos de instituciones en que los médicos trabajan entendiendo que las condiciones laborales y ambientes de trabajo son diferentes.

Durante el año anterior, Veloz et ál. (2021) realizaron una investigación que incluyó médicos y enfermeros de la Red Integral de Salud Ecuatoriana, hallaron que más del 90 % del personal sanitario presentó niveles severos de SB, siendo los médicos los que tenían mayores puntuaciones y el principal factor de riesgo era el COVID19. Aquí es donde se toma mayor relevancia este problema de salud ya que el desgaste aumentó notablemente en los profesionales.

El burnout es producto del estrés crónico y factores de riesgo psicosocial laborales. Dentro del Ministerio Del Trabajo et ál. (2018) existe el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales que se propone para todas las empresas,

instituciones e instancias tanto públicas como privadas que cuente con más de diez trabajadores con el fin de mejorar condiciones de trabajo y salud, que igualmente busca prevenir el Burnout.

Tomando en cuenta que los profesionales de salud desempeñan un rol indispensable dentro de los servicios humanos y que existen limitadas investigaciones en Ecuador respecto a este tema que incluyan unidades de cuidados intensivos y emergencias donde los médicos fueran reclutados de manera independiente siendo que laboren en hospitales públicos o privados.

Este estudio podría contribuir para visibilizar la importancia de conocer en qué circunstancias se encuentran los médicos de áreas críticas en Quito actualmente e identificar que tan altos son los niveles de burnout, entendiendo que ya de por sí estas unidades son altamente exigentes con un exceso de demanda de trabajo. Por lo tanto, tienen una mayor probabilidad de desarrollar este síndrome, el cual representa un riesgo para la salud física y mental que tiene grandes repercusiones en el trabajo de estos profesionales.

De esta manera, podría aportar como una colaboración para futuras investigaciones y entidades organizacionales. El poder comprender la importancia de reconocer tempranamente el riesgo de poder presentar este síndrome y reducir su incidencia resultaría beneficioso porque permitiría mejorar la calidad de vida de los médicos y de esta manera den una prestación de servicios de calidad a sus pacientes.

Objetivo General:

Comparar los niveles de riesgo de Síndrome de Burnout entre médicos en áreas de emergencia y terapia intensiva en hospitales de la ciudad de Quito, mediante la aplicación de un cuestionario validado con la finalidad de analizar la magnitud del problema y determinar grupos de mayor vulnerabilidad.

Objetivos Específicos:

- Analizar los niveles de riesgo de Síndrome de Burnout utilizando el “Inventario burnout de Maslach”.
 - Analizar las variables sociodemográficas y laborales de los médicos intensivistas y emergenciólogos que trabajan en los hospitales públicos y privados.
-

- Identificar el grupo de médicos con el más alto nivel de riesgo de Síndrome de Burnout entre hospitales público y privados.
- Comparar los niveles de riesgo de Síndrome de Burnout entre médicos que laboran en el área de emergencia y terapia intensiva de diferentes hospitales de la ciudad de Quito.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los niveles de riesgo existentes de Síndrome de Burnout entre médicos intensivistas y emergenciólogos de hospitales públicos y privados en la ciudad de Quito?

Hipótesis

- Dentro de unidades críticas de hospitales públicos y privados en Quito existen altos niveles de riesgo de síndrome de burnout.
- Los médicos de áreas críticas que trabajan en hospitales públicos tienen mayor riesgo de presentar síndrome de burnout que los médicos de hospitales privados.
- Los médicos en unidades de terapia intensiva presentan mayores niveles de riesgo de burnout que los médicos de unidades de emergencias.

Marco Teórico:

Enfoque Psicología social:

Según Gil Lacruz es una “disciplina científica que se encarga de analizar cuáles factores son los que influyen nuestro comportamiento, pensamientos y emociones en determinadas situaciones sociales” (2007, p. 10).

Evolución del Concepto

El término fue acuñado primeramente por Herbert Freunderberg durante el año 1974, “quemado” se utilizaba para referirse a los efectos de abuso de sustancias toxicológicas, ámbito donde trabajó como voluntario y comenzó a observar que tanto su estado de salud y de sus compañeros se estaba deteriorando por el agotamiento laboral, provocando un bajo nivel de comprensión con los pacientes e irritabilidad, también es una palabra que hace referencia aquellos que a pesar de sus esfuerzos no consiguen los resultados que desean (Carlin y de los Fayos, 2010).

Maslach, Jackson, & Leiter (1997) plantean que dentro del ámbito psicológico de salud ocupacional el Burnout es una respuesta al estrés laboral permanente que no ha podido ser debidamente tratado y sigue manteniéndose en el tiempo. Sucede cuando existe una exposición prolongada a factores psicosociales considerados como un riesgo para el trabajador, entonces los niveles de estrés generados sobrepasan la capacidad del individuo para poder responder ante las situaciones de manera adaptativa.

Después, en 1980 Edelwich y Brodsky plantean que se presenta en profesionales de ayuda debido a condiciones de su trabajo y se presenta una pérdida progresiva de la energía. Además, establecieron una serie de fases que un individuo transcurre cuando presenta burnout, el primero es cuando se tiene energía elevada y baja percepción de peligro, en el segundo se produce un estancamiento, lo que en el tercero lleva a una sensación de frustración debido a la sensación de no llegar a cumplir con las expectativas laborales y lleva al apareamiento de problemas físicos, emocionales y conductuales, por último se activa un mecanismo de defensa frente a la frustración de indiferencia frente a las situaciones externas, lo que afecta también a su desempeño laboral (Carlin y de los Fayos, 2010).

Maslach en 1981 comenzó a estudiar cómo se encontraban los profesionales de servicios humanos (salud, seguridad, educación). Debido a que, por la naturaleza de sus ocupaciones son entornos laborales bastante demandantes y tenían una mayor probabilidad de desarrollar un conjunto de signos y síntomas que se dividió en 3 dimensiones principales los cuales son: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DE) y Baja Realización Personal (RP). Estas dimensiones sirvieron para la elaboración del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) un test altamente validado y estandarizado. (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001).

Garden años después en 1987, menciona que es muy pronto para dar una definición específica del burnout y que es necesario más investigación para lograr su esclarecimiento. Mayormente los estudios que se realizaron más adelante igualmente se basaron en profesiones de ayuda, estableciendo una paradoja o confrontación de ideales donde trabajadores en ámbitos de salud solían enfermarse mientras que los pacientes sanaban (Carlin y de los Fayos, 2010).

Dentro del recorrido histórico existen varias propuestas del síndrome de burnout, lo principal que se puede llegar a extraer que es necesario una interacción permanentemente extenuante para su apareamiento, es un proceso continuado ya que

surge de manera paulatina debido a factores estresores laborales que una persona no puede manejar que resultan en una serie de síntomas como mecanismos de defensa.

Los principales a los que se puede llegar a evidenciar entre un consenso con algunos autores dentro del ámbito organizacional son los psicosomáticos (alteración del sueño, cefaleas, enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares) sociales (conflictos interpersonales, aislamiento) conductuales (desorganización, absentismo laboral) cognitivos (pérdida de autoestima, valor y cinismo) y emocionales (hostilidad, desesperanza e irritación) (Carlin y de los Fayos, 2010).

Modelos desarrollados sobre el Burnout

Su origen abrió paso a la aparición de diferentes modelos que explican sobre este síndrome y causas de aparición a través de múltiples perspectivas. Según Martínez Pérez (2010):

La clasificación más destaca respecto a su utilización es la de Gil-Monte y Peiró (1997), estos autores categorizaron los modelos existentes en 4 importantes tipos de ámbitos de investigación que son: la primera Teoría Sociocognitiva del yo, segundo Teoría de Intercambio social, tercera Organizacional y la última Estructural. (2010, p. 55)

Dentro de la primera categorización se basa en como las cogniciones se ven afectadas por el entorno y al mismo tiempo influyen en la manera en cómo nos percibimos a nosotros mismo y la realidad, temas como el auto concepto y autoconfianza son indispensables para la consecución de objetivos (Gil-Monte y Peiró, 1999). Dentro de esta área se encuentran 4 modelos.

El primer modelo es de Harrison (1983) conocido como Competencia social, explica que aquellos que trabajan en servicios humanos tienen un elevado grado de motivación por ayudar a otros, sin embargo dentro del contexto laboral pueden aparecer factores de ayuda como capacitación, objetivos claros y realistas, remuneración, valores acordados entre el trabajador y la institución (Martínez Pérez, 2010). Así como también existen otros que se convierten en barreras como la sobrecarga laboral, ausencia de recursos, conflictos, ambigüedad respecto al rol, estos hacen difícil la consecución de metas, lo que lleva a un decrecimiento en los sentimientos de autoeficacia, cuando las condiciones laborales se siguen prologando llevan al apareamiento del SB.

Ahora, otro modelo según Pines (1993) se basa en la teoría de que aquellos que realizan labores humanitarias dan un sentido a su propia existencia a través de las acciones que realizan, está estrechamente relacionado con la motivación y expectativas, por lo que, cuando el individuo afronta situaciones de estrés constantes con altas expectativas lleva a un proceso de desilusión, incapacidad de adaptación u agotamiento mental, físico y emocional (Martínez Pérez, 2010).

El tercer modelo fue propuesto por Cherniss en 1993 se basa principalmente en la autoeficacia que es percibida por uno mismo, quienes tienen altos sentimientos sobre el mismo tienen mayor capacidad de afrontar las situaciones críticas porque creen que pueden hacerlo, en cambio quienes no se perciben a sí mismos como capaces de enfrentarse a situaciones amenazantes tienen una mayor probabilidad de llegar a desarrollar burnout (Gil-Monte y Peiró, 1999).

El último modelo es de Thompson et ál. (1993) quienes explican que tras fracasar reiterativamente en la consecución de metas de origen laboral y la demanda del trabajo empieza a superar su capacidad de adaptación y se desarrolla una estrategia para afrontar el malestar realizando una retirada conocida como despersonalización, uno de los principales síntomas que indica que una persona presenta SB. Además, mencionan que existen 4 factores implicados en la incidencia de este síndrome, el primero es la incompatibilidad que se forma entre las exigencias laborales y los recursos que dispone el sujeto para hacerles frente, luego se encuentra el grado de autoconciencia del sujeto, expectativas individuales de éxito y los sentimientos de confianza en uno mismo (Martínez Pérez, 2010).

La segunda línea de investigación se basa en un establecimiento de relaciones interpersonales donde es a través de las mismas se puede llegar a realizar una comparación con las demás personas, si se llega a realizar una evaluación de percepciones negativas como falta de beneficios u equidad eso aumentaría el riesgo de burnout, existen 2 modelos importantes dentro de este apartado.

El primero, es de Buunk y Schaufeli (1993) se lo conoce como comparación social, se estudió específicamente en enfermeras donde se explica que se existe un intercambio social con los pacientes y una comparación con los colegas de trabajo. Además, de encontrarse expuestos a factores estresantes directamente relaciones en este intercambio social, que son la incertidumbre, la equidad percibida respecto a su trabajo y la falta de un control adecuado (Martínez Pérez, 2010). En lo que concierna a

que los profesionales realización una comparación con sus compañeros, explican que no suelen buscar ayuda ante estas situaciones estresoras por miedo a ser etiquetados como si fueran incompetentes en su labor.

El otro modelo fue propuesto en el mismo año por Hobfoll y Freedy (1993), su teoría de conservación de los recursos, como lo dice el título se basa en que cuando un trabajador tiene una larga exposición a demandas laborales se da un estado de agotamiento tanto psicológico como físico, que lleva al SB. Esto sucede cuando su motivación se ve amenazada llevando a generar estrés, según estos autores para disminuir los niveles de burnout se debe trabajar en los recursos que dispone el sujeto y prevenir su desaparición, estos son principalmente cuatro los propósitos o capacidad de afrontar dificultades, condiciones laborales, capacidades físicas y las características personales. Siendo el principal objetivo su modificación para que el individuo perciba sus recursos de manera positiva o pueda lograr desarrollar nuevos (Martínez Pérez, 2010).

La tercera línea de investigación es la que se encuentra relacionada específicamente con el ámbito organizacional, siendo que los factores que generan estrés son dentro de estos contextos solamente donde se origina el Burnout. Algunas de las principales variables que influyen en su apareamiento detalladas son el clima laboral, funciones laborales realizadas, la cultura organizacional, el apoyo que es percibido por el individuo y su capacidad de hacer frente ante situaciones amenazantes. Claramente varían según el tipo de profesión y la estructura de la organización. Por ejemplo, en áreas hospitalarias se las conoce como organizaciones burocráticas profesionalizadas donde este padecimiento suele surgir por conflictos interpersonales o disfunciones respecto a su rol (Gil-Monte y Peiró, 1999). Aquí se encuentran 3 modelos esenciales.

El modelo inicial es de Golembiewski, Munzender y Carter planteada en 1988. Explican que el burnout es un serie de componentes progresivos que se dan por un factor desencadenante que produce una reacción en cadena, principalmente se da cuando aparecen dificultades respecto a su rol. La primera fase se conoce como despersonalización desencadenada por ambigüedad respecto al rol y una sobrecarga laboral, lo que como consecuencia lleva una sensación de pérdida de control, autonomía e irritabilidad (Martínez Pérez, 2010).

En la siguiente fase, el individuo desarrolla una serie de estrategias para alejar el malestar y enfrentar la situación que resulta ser una amenaza dentro del contexto laboral, claro que, las estrategias utilizadas pueden ser constructivas o perjudiciales para la propia persona, según eso se llegará a presentar SB. La tercera fase que es la última, donde se entrelaza con las estrategias negativas que lleva a la presencia de una sensación de baja realización personal y luego desemboca en un agotamiento emocional (Martínez Pérez, 2010).

Cox, Kuk y Leiter desarrollan el segundo modelo durante 1993, donde explican que el SB, se da particularmente en lo que se conoce como servicios humanos, donde la dimensión principal es un agotamiento emocional. La estrategia utilizada para reducir la sensación de agotamiento es la despersonalización y el resultado psicológico frente a la incapacidad de responder frente al estrés es una baja realización personal, lo cual esta concatenado con la percepción del trabajo o las expectativas que tienen los profesionales, las cuales vienen a ser totalmente frustradas (Gil-Monte y Peiró, 1999). Además se introduce algo que se conoce como salud en la organización, lo que se encuentra más relacionado con los sistemas organizacionales psicosociales, que son las políticas, procedimientos y estructuras existentes en los diferentes ámbitos laborales.

El tercer patrón, fue diseñado por Winnubst igualmente en 1993, este autor defiende que el burnout puede llegar a todos los tipos de profesionales y no solo aquellos que laboran en áreas de servicios humanos, donde surge por una interacción entre el estrés, estructura organizacional y apoyo social. Por lo que los niveles varían según el contexto laboral. Además según el autor el grado de apoyo social percibido por el trabajador servirá como herramienta para disminuir o incluso prevenir que sigan aumentando los niveles de SB (Martínez Pérez, 2010).

La última línea de investigación permite explicar el burnout desde una perspectiva integral, siendo su aparición una interacción entre hechos posteriores personales, organizacionales e interpersonales (Gil-Monte y Peiró, 1999). Este explica al igual que algunos otros que el estrés generado viene a ser una consecuencia cuando existe un desequilibrio entre la capacidad de responder de un individuo ante las demandas externas y depende de cómo son percibidas por el sujeto. Dentro de este apartado se encuentra un esencial modelo.

Durante 1997 Gil-Monte y Peiró, proponen un modelo donde plantean que el SB, es una respuesta ante lo que el trabajador percibe como estrés dentro del ámbito laboral y que surge principalmente cuando la manera en que trata de afrontar estas situaciones son inadecuadas, siendo una interacción inestable entre ambas variables y que tienen consecuencias como evitación, baja satisfacción laboral, disminución de la de salud, etc....

Según Enzmann y Schaufeli (1998) para poder comprender el estrés laboral y el incremento de interés en las investigaciones con el fin de entender que origina el burnout o el aumento de su prevalencia, no solo se debería tomar en cuenta únicamente los factores dentro del ámbito laboral, sino también estudiar el cambiante contexto social, cultural, económico e ideológico.

En su modelo propone 7 factores interrelacionados que podría explicar el predominio de este síndrome. Que son: una rápida expansión del sector de servicios humanos, aumento en la carga de trabajo mental y emocional de los empleados, debilitamiento de la autoridad y derechos del profesional, ideologías que refuerzan expectativas poco realistas respecto al trabajo, una etiqueta negativa impuesta respecto al estrés, la individualización de la sociedad que evidencia una necesidad de búsqueda inmediata de gratificaciones y cambios en el contrato psicológico con el empleador donde se evidencia que suelen realizar más laborales a cambio de menores recompensas (Enzmann y Schaufeli, 1998).

Shanafelt y Noseworthy (2017) plantearon un modelo que busca el bienestar de los médicos mediante la identificación de siete factores que en condiciones óptimas conducen al compromiso y dedicación de los profesionales con su trabajo. En cambio, en situaciones que no lo son llevan al agotamiento, cinismo e ineficacia, quiere decir el burnout. Estos factores son la carga de trabajo, eficiencia y recursos, flexibilidad y capacidad de afrontamiento del individuo, integración entre la vida laboral y personal, alineación con valores individuales y organizacionales, apoyo social, grado de significado de cada empleado respecto a su trabajo.

Cabe destacar que si bien el papel del médico para lograr el bienestar personal es necesario, sería insuficiente sin el apoyo de la organización en la que trabaja y el gobierno para reducir o prevenir el burnout (Shanafelt y Noseworthy, 2017).

Para Vinkers (2021) lo que se conoce como burnout, es innegablemente un gran problema y su impacto en los trabajadores sigue en aumento. Su base científica sigue

siendo limitada y sus definiciones son bastante cambiantes a lo largo del tiempo. Sin embargo, el planteamiento de estos diferentes modelos sobre el burnout abre paso para un mayor entendimiento sobre este síndrome, sus causas y soluciones siguen siendo una discusión abierta. Además, cada contexto establece sus protocolos para ayudar a los trabajadores en la prevención y recuperación de distintas maneras.

Diferenciación con otras terminologías

Estrés

Como menciona Lovo (2020) el origen del burnout reside en el estrés. Sin embargo, no representan lo mismo ya que el estrés a pesar de asociarse con un efecto negativo en realidad representa una respuesta innata que permite la adaptación y protección del individuo ante situaciones sobredemandantes presentes. Si la persona logra adaptarse adecuadamente a esta sobredemanda entonces se lo denomina “eustrés”, en cambio si estas demandas sobrepasan la capacidad del individuo para poder enfrentarlas se conoce como “distrés”.

En la actualidad los estilos de vida originan numerosos estresores que se extienden en el tiempo, uno de los más notables es en el ámbito laboral, donde la demanda incrementa enormemente así como la sobrecarga de trabajo y se requiere acelerar cada vez más los procesos realizados, la persistencia de estos factores inciden en el desarrollo de otros problemas como el estrés crónico (Lovo, 2020).

Entonces, el estrés de manera general es una respuesta natural que se puede experimentar en distintos ámbitos de la vida de un individuo. Olivares Faúndez (2017) comenta que pueden generarse respuestas tanto positivas como negativas según las demandas y la capacidad del individuo para responder ante las mismas y adaptarse en ese instante.

En cambio el Burnout es un síndrome que se utiliza exclusivamente dentro del ámbito laboral y genera solamente efectos negativos para el individuo y la organización. Surge como una consecuencia tras una prolongada y constante exposición al estrés donde se vuelve complicado poder afrontar las presiones porque sobrepasa la capacidad de adaptación a un entorno que sigue siendo inestable y no permite una adecuada restauración (Lovo, 2020).

Estrés laboral

El estrés laboral hace referencia específicamente a un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas como producto de una interacción entre el individuo y su entorno laboral, el cual es percibido como nocivo y excede la capacidad del individuo para responder ante las exigencias del trabajo (Patlán Pérez, 2019).

La acumulación de estrés de manera continua y ausencia de un periodo de recuperación lleva a lo que se conoce como estrés crónico, donde el sujeto evalúa el entorno como desbordante o amenazante. Como consecuencia de este persistente proceso de desgaste los trabajadores llegan a un punto donde se encuentran totalmente exhaustos y agotados lo que afecta tanto su salud como su productividad laboral, esta etapa final es el síndrome de burnout (Rodríguez Carvajal y Rivas Hermosilla, 2011).

Se suele identificar diferentes conceptos acerca del estrés en el ámbito laboral, los 3 principales son el laboral, ocupacional y organizacional. El primero se relaciona con las exigencias y demandas a las que un trabajador de manera general reacciona, él ocupacional se refiere a las respuestas de un trabajador según las características propias del puesto que desempeña. Por último él organizacional son las reacciones ante condiciones de trabajo que un individuo enfrenta cuando labora dentro de una entidad y estas resultan ser una amenaza para su bienestar (Patlán Pérez, 2019).

Fatiga crónica

Ambos se originan debido a una extensa exposición al estrés, pero difieren en el tiempo de afectación, signos y síntomas presentes. En el síndrome de fatiga crónica se genera estado de agotamiento a nivel físico debido a una sobrecarga laboral, se puede mejorar la condición con un tiempo de descanso. Por otro lado, el burnout surge como resultado de una interacción entre el individuo con su entorno laboral con una variedad de factores de riesgo psicosocial, el agotamiento es tanto físico, psicológico y emocional. Además, se sigue acentuando con el pasar del tiempo y es difícil mejorar la condición a pesar del reposo (Atila Balan et ál., 2019).

Factores de riesgo psicosocial

En primer lugar, los factores psicosociales son todas aquellas condiciones laborales, organizacionales y personales (capacidades, necesidades, expectativas del empleado) que interactúan entre sí según la realidad de cada individuo y pueden llegar

a influir de manera positiva o negativa en el bienestar y la productividad del trabajador (Aranda Beltrán et ál., 2015).

Se consideran como riesgo a los factores cuando representan un peligro para el individuo de manera física, cognitiva, emocional, conductual y social. Además, existen dos tipos de factores, los que son inherentes a gestiones del ámbito laboral; conocidos como intralaborales, por ejemplo las jornadas y tareas extenuantes de trabajo; los segundos en cambio son los extralaborales que se encuentran ligados a un contexto social fuera del trabajo pero que igualmente afectan a su rendimiento laboral, como conflictos familiares.

Una constante exposición a estos diversos tipos de situaciones amenazantes podrían llegar a causar el apareamiento de diferentes trastornos psicológicos como depresión, trastornos de personalidad, adicción a sustancias psicoactivas, fatiga crónica y Síndrome de Desgaste Profesional (Beltrán y Carvajal, 2019).

Factores desencadenantes del Burnout en Personal de la Salud

Existen algunos factores que suelen intervenir en el desarrollo de este síndrome, para Luna et ál. (2016) se pueden dividir en 4 principales ámbitos, los cuales a su vez se pueden desglosarse en otras pequeñas subcategorías:

Inicialmente, se encuentran los factores individuales, los cuales se pueden subdividir en la etapa de la carrera profesional, donde este síndrome parece estar más presente en aquellos trabajadores que se encuentran iniciando su carrera. Un estudio en un hospital de Perú en el área de servicios de emergencia mostró que aquellos médicos que llevaban de uno a diez años de servicio un 11,8% presentaban manifestaciones de burnout, mientras que los que llevan 11 o más de servicio solo un 4% (Sarmiento Valverde, 2019).

Aunque el comenzar a ejercer es una presión en sí misma debido al nivel de responsabilidad que tienen los médicos, también depende mucho de cómo el individuo responda ante la situación estresante, este periodo de formación médica podría representar un nuevo reto de aprendizaje. En cambio, para otros que no logran adaptarse al ritmo y demandas de trabajo, conlleva a un crecimiento del estrés que al prolongarse su intensidad conduce al agotamiento (Navinés et al., 2021).

Otra es la personalidad de cada uno, Luna et ál. (2016) destaca que aquellos que tienen rasgos altamente competitivos o relajados suelen desarrollar agotamiento laboral. En el primer caso hace referencia aquellas personas que suelen ser bastante idealistas respecto a su trabajo y con altos niveles de auto exigencia, suele causar frustración en los médicos ya que no siempre pueden conseguir recompensas respecto a todo aquello que desean o esperan en la recuperación de sus pacientes, sobre todo en áreas críticas donde se enfrentan continuamente a las complicaciones o pérdidas de los mismos (Rivera Guerrero et ál., 2019). Por lo general los individuos desarrollan altos niveles de estrés porque omiten los signos de cansancio y les cuesta mucho relajarse.

Por otro lado, en el segundo caso son personas que prefieren evitar el conflicto, pero tampoco luchan por sus propias necesidades, porque principalmente buscan complacer a otras personas y se resisten ante los cambios, lo que nos les permite crecer y también sufren de altos niveles de tensión debido a que deben cumplir con sus labores y a veces también con otras que no les pertenecen.

El género se suele agregar como otro factor de riesgo. Sin embargo, varía mucho en las investigaciones realizadas. Un estudio en emergencias mostró que los trabajadores de género masculino tenían mayor incidencia de burnout que el género femenino (Sarmiento Valverde, 2019). Por otro lado, Muñoz-del-Carpio Toya et ál (2019) no registraron en los médicos diferencias significativas de burnout respecto al sexo. Por lo que dificulta la colocación de algo concreto.

En segundo lugar se encuentran los factores laborales, los cuales se relacionan con situaciones extenuantes dentro del entorno de trabajo. Una de ellas es la ambigüedad del rol, que es el estrés generado debido a la sensación de incertidumbre que sienten los trabajadores cuando no existe información clara de las funciones que deben cumplir.

La incertidumbre según la percepción médica podría ser debido a una demanda de atención con diversos tipos de malestares y su cantidad fluctuante, durante la emergencia sanitaria los profesionales se encontraban expuestos a un virus desconocido del cual no se contaba con pautas claras para un tratamiento adecuado, por lo que los médicos sentían frustración por el estado de los pacientes y temor de ser contaminados, también aumentó rápidamente la carga laboral debido a la demanda asistencial por contagios que tenían que atender (Cifuentes-Casquete y Escobar-Segovia, 2021).

Otra categoría frecuente en la incidencia del burnout son las extensas jornadas laborales de los médicos que incrementa el riesgo de presentar agotamiento emocional y despersonalización (Amaya Sandoval et ál., 2021). Un estudio en Quito en áreas de cuidados críticos mostró que existe mayor riesgo de presentar SB en médicos que tienen una carga horaria de 41 a 80 horas a la semana. Además, otra de las causas más conocidas es la sobrecarga de trabajo con limitados periodos de descanso y las guardias que suelen aumentar el estrés crónico en los residentes (Calvopiña Molina y López Cueva, 2017).

La sobrecarga laboral conjuntamente con la falta de apoyo dentro de las organizaciones que puede incluir la inatención de las necesidades de los trabajadores, inexistencia de recompensas u oportunidades de crecimiento profesional, trato desigualitario y un ambiente laboral hostil también son desencadenantes para el SB. Según Zakaria et ál (2021) la mayoría de profesionales del área de emergencia de un hospital en Malaysia durante la pandemia sintieron que su demanda de trabajo excedía sus capacidades, tenían turnos irregulares largos, negación de permisos por vacaciones o tiempos de espera, falta de protocolos y se les exigieron adaptarse rápidamente a los cambios en los programas. Crea a un agotamiento y desequilibrio entre la vida laboral y personal de los médicos.

Según la ocupación profesional y sus funciones también puede existir mayor incidencia de burnout. Los profesionales sanitarios en sí mismos se exponen a diversos tipos de riesgo. La Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo plantean diversos riesgos ocupacionales como: "Peligros químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, donde se incluye la violencia, afectan tanto la salud como seguridad de médicos y pacientes" (2021, p. 4).

Por un lado, las unidades de cuidados intensivos se enfrentan diariamente a pacientes críticos con retenimiento y retirada de soportes vitales, dolor e impacto emocional, horarios laborales extensos y guardias (Malaquin et ál., 2017). Por otro lado, en áreas de emergencia de igual manera atienden pacientes con distintos niveles de riesgo, suelen sentir frustración debido a que tienen un primer contacto y luego son transferidos a otros servicios, al perder su contacto no se conoce la recuperación y la demanda de pacientes suele ser bastante grande (Calvopiña Molina y López Cueva, 2017).

El último factor son las redes de apoyo que una persona cree disponer o que las percibe como tal, pueden actuar como un sostén emocional e instrumental para ese trabajador como un factor protector, pero también la falta de los mismos hace que se convierta en un riesgo para que se produzca este padecimiento (Ortiz Luna et ál, 2016).

Consecuencias del Burnout

En principio se tienen los 3 componentes básicos conocidos desde que fueron propuestos por la socióloga Christina Maslach. Estos permiten identificar específicamente lo que se conoce como Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Ortiz Luna et ál. (2016) los enfatizan de la siguiente manera:

- **Agotamiento Emocional:** Sensación de desgaste psíquico, físico y emocional. Suele aparecer por un nivel alto de sobreesfuerzo laboral y de implicación emocional con los demás, como en el caso de los médicos que se encuentran en contacto directo continuo con pacientes y algunos de ellos se encuentran situaciones críticas. En general, tienen la impresión de haber superado sus límites y no poder dar más de sí mismo debido a su constante fatiga, lo que hace que las personas se sientan poco motivadas e impotentes.
- **Despersonalización:** Se evidencia cuando la actitud con la que se dirige el individuo hacia las otras personas denota cinismo, sentimientos negativos, hostilidad e insensibilidad.
- **Baja realización personal:** Para Carrillo-Esper et ál lo definen como: “Una tendencia de autoevaluarse de forma negativa” (2012, p. 580). Principalmente sucede cuando las personas se ven así mismas con la incapacidad de cumplir con su rol profesional, debido a que dudan sobre sus propias habilidades y de llegar a conseguir metas. De igual manera termina afectando su capacidad de soportar la presión, sus relaciones y rendimiento laboral (Ortiz Luna et ál, 2016).

Manifestaciones clínicas:

Además de estos tres componentes existen otros tipos de signos y síntomas que se puede evidenciar en este síndrome, comprenden un grado de complejidad debido a que tienden a variar según las distintas profesiones en las que se han realizado investigaciones. Según Carrillo-Esper et ál este padecimiento ya se ha estudiado: “En

aproximadamente 60 diferentes profesiones” (2012, p. 580). En ciertos artículos de manera general se encontraron las siguientes manifestaciones:

- **Emocionales:** Se evidencian síntomas disfóricos donde el individuo suele pasar de la tristeza a la irritabilidad e inquietud, impaciencia, existen sentimientos de pesimismo, culpabilidad, impotencia y aburrimiento. Puede crear un distanciamiento afectivo con los demás como manera de protegerse a sí mismo. Además, puede verse acompañado de otros problemas como la ansiedad y la depresión (Ortiz Luna et ál, 2016).
- **Cognitivas:** Una de los primeros síntomas es la sensación de pérdida de sentido y falta de expectativas a futuro, atención dispersa, carencia de creatividad, apatía y se realiza una modificación de su auto concepto debido a las autocríticas que la persona se hace a sí mismo constantemente (Martínez Pérez, 2010).
- **Psicosomáticas:** La sensación de agotamiento mental y frustración suele trasladarse y generar malestar físico causando alteraciones en la funcionalidad del organismo. Algunos de los sistemas afectados son el nervioso, digestivo, cardiorrespiratorio y reproductivo. Lo que lleva a generar dolores musculares, jaquecas, insomnio, problemas gastrointestinales, pérdida de peso, crisis de asma, hipertensión y entre otros (Ortiz Luna et ál, 2016). Como lo menciona Lovo (2020), también incluyen alteraciones menstruales, lumbalgias y fatiga crónica como posibles síntomas.
- **Conductuales:** Se desarrollan un conjunto de conductas desadaptativas que de alguna forma terminan afectando al individuo (autosabotaje). Algunas de ellas son tratar de evadir responsabilidades o la toma de alguna decisión, sobre implicación en su rol ocupacional y la desorganización, la cual dificulta tener una planificación adecuada para responder ante las dificultades (Martínez Pérez, 2010).

De igual manera, Ortiz Luna et ál. (2016) consideran que se pueden evidenciar algunos cambios bruscos de humor, un aumento de conductas agresivas, incapacidad de relajarse, se muestra superficial con los demás y desarrollo ciertas conductas de riesgo como el abuso de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cafeína, medicamentos que ayudan aliviar dolor u otras).

- Actitudinales: Posición ante la vida generalmente negativa, desconfianza, trato hostil hacia los demás y poca interacción (Ortiz Luna et ál, 2016).
- Sociales: Se presenta conflictos interpersonales, evitación del contacto con las demás personas y aislamiento (Martínez Pérez, 2010).
- Organizacionales: Se evidencia un deterioro de las relaciones laborales, disminución del rendimiento de trabajo, baja calidad de atención de los clientes y aumentan los niveles de hostilidad, lo que genera problemas en el entorno laboral como rivalidad, quejas y en otros casos el absentismo de los profesionales (Carrillo-Esper et ál., 2012).

Áreas críticas Hospitalarias:

El concepto de medicina crítica fue introducida por primera vez en California a finales de 1950, hace referencia específicamente a dos componentes, el primero es contar con la presencia de profesionales capacitados para la atención de pacientes en distintas situaciones de gravedad debido a enfermedades o lesiones que coloca su vida en una situación de peligro. El segundo componente es la necesidad de contar con recursos materiales de apoyo que permitan un adecuado monitoreo continuo de los pacientes para poder prevenir a tiempo futuras complicaciones (Téllez y Granillo, 2015).

El progreso dentro de este ámbito pudo seguir adelante gracias a los avances tecnológicos, lo que permitió la capacitación de especialistas y mejorar los métodos utilizados con los pacientes. En 1958 se propuso un ejemplar de las unidades de terapia intensiva conocido como “guardia de choque” por él Dr. Weil y Dr. Shubin, este se convirtió en un servicio post quirúrgico y multidisciplinario durante toda una década. (Téllez y Granillo, 2015).

En la actualidad existe una reconocida Sociedad de Medicina Crítica, en la cual se encuentran incluidos más de 80 miembros profesionales asociados a esta rama de la medicina como médicos, enfermeras, especialistas en terapia respiratoria y otros profesionales especializados. Durante 1973 se publicó una revista sobre la medicina crítica que dio el realce necesario a la especialidad y permitió que pudiera ser aceptada a nivel mundial dentro de residencias médicas (Téllez y Granillo, 2015).

Ahora, los distintos espacios que han surgido y podrían considerarse como áreas críticas dentro de un hospital son Terapia Intensiva (UCI), Urgencias y salas de cirugía. Laboran conjuntamente y la característica que prima entre todos es una alta demanda de atención a pacientes en diferentes situaciones de riesgo y la necesidad de que los

profesionales estén capacitados bajo protocolos de actuación, ya que, se requiere estar alerta y responder rápidamente (Albendín et al., 2016).

Los profesionales de salud pueden llegar a verse afectados en mayor o menor medida por las presiones constantes que conlleva trabajar en estas áreas, sobre todo porque la mayoría de pacientes requieren atención inmediata en circunstancias delicadas.

Arrogante y Aparicio-Zaldivar (2020) comentan que en cuidados intensivos ha sido ampliamente reportado el desarrollo de emociones negativas frente al sufrimiento o muerte de los pacientes en condiciones críticas, excesivas cargas laborales, incertidumbre de la efectividad de los tratamientos, conflicto morales étnicos y una sensación de bajo apoyo social laboral.

Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia

Los servicios de emergencia (UTIs) hacen alusión a aquellas áreas clínicas dedicadas a brindar asistencia inicial durante las 24 horas del día en casos de urgencias médicas que podría incluir a víctimas de accidentes o enfermedades. Conlleva la unión de diversos profesionales que cumplen con funciones de atención hospitalaria, pre hospitalaria; quiere decir transportaciones inmediatas medicalizadas, regulación de los distintos centros de atención de emergencia y entre otras cosas (Caicedo y Rivera, 2021).

Unidades de Terapia Intensiva

Terapia Intensiva (UCI) son áreas hospitalarias donde profesionales de salud se encargan de atender a pacientes que tienen alguna condición o enfermedad que podría poner en riesgo su propia vida, debido a la inestabilidad de su salud en la mayoría de casos quienes son atendidos deben permanecer internalizados dentro de estas unidades, ya que, necesitan un monitoreo constante de personal capacitado y el apoyo de máquinas tecnológicas (Backes, Erdmann y Büscher, 2015).

En algunas ocasiones se deberán llevar a cabo procedimientos intrusivos y es un ámbito donde pacientes con enfermedades terminales y en situaciones de gravedad suelen estar muy presentes (Backes, Erdmann y Büscher, 2015).

Las primeras unidades de cuidado intensivo dentro de América Latina y Caribe iniciaron en los años setenta, aparecieron primero en Argentina, luego en Venezuela y

Perú principalmente en el área pediátrica. Acorde al desarrollo tecnológico y científico se desarrollaron en otros países como México, Colombia y Brasil. Las unidades que tienen mayor cobertura se encuentran en países desarrollados como Brasil, Argentina y Chile. Igualmente, UCI ahora son multidisciplinarias y están ubicadas en hospitales públicos. Sin embargo, en países como Ecuador y Colombia la mayoría se encuentran bajo el mando de instituciones privadas. Además, los médicos asistentes en algunos países deben tener como especialidad primaria cuidados intensivos (Parra, 2017).

Específicamente en Ecuador la primera UCI multidisciplinaria y mixta surge oficialmente a partir de 1970 en Quito fue implementado dentro del Hospital Carlos Andrade Marín y después se abrió otra en Guayaquil dentro del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el mismo año, en el mes de octubre. A partir de estas unidades es que siguen surgiendo nuevas UCI en el resto del país tanto en hospitales públicos como privados (Parra, 2017).

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

El sistema de Salud del Ecuador se encuentra compuesto por dos sectores que son público y privado. Dentro del sector público se encuentran entidades como el Ministerio de Salud Pública (MSP), es el órgano rector en salud que brinda y regula los servicios de salud ofrecidos en ambos sectores, de tal manera que toda la población pueda recibir una buena atención médica (Lucio et ál., 2011).

El Ministerio de Inclusión Social (MIES) y municipalidades cuentan con establecimientos y programas de atención para personas sin un seguro de salud. Las instituciones nacionales de seguro social (IESS, ISSFA, ISSPOL) ofrecen prestaciones económicas y de salud a la población afiliada aportadora. De manera conjunta conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS) encargada de velar por el derecho de accesibilidad a la salud y protección de grupos vulnerables.

Por otro lado, las instituciones privadas son entidades con o sin fines de lucro, pero que no pertenece al estado y no todos pueden acceder a la misma. Pueden incluir clínicas, hospitales, consultorios particulares, medicina prepagada. “Los seguros suelen alcanzar solo para cubrir alrededor del 3 % de habitantes que cuenten con ingresos entre medios y altos. Asimismo, entre unos 10 000 dispensarios médicos privados reciben pago directo de la atención recibida” (Lucio et ál., 2011, p.180). Se lo conoce como Red Complementaria.

Durante el 2019 hubieron 80,82 % de ingresos por emergencia (sector público) y 19,18% (sector privado) en el Ecuador (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022). Dicho de otra forma aproximadamente el cuádruple de personas ingresan a hospitales por emergencia en el sector público que en el privado.

En el estudio del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022) aluden que durante el año 2021 existió dentro del sector público 661.953 egresos hospitalarios y en el sector privado 376.585 a nivel nacional. Hacen referencia a quienes tienen reciben alta hospitalaria y se puede notar que es casi el doble de cobertura en los establecimientos públicos.

Tipologías de hospitales según el nivel de atención

La Corte Constitucional del Ecuador (2020) estableció un reglamento para el sistema de salud para dividir los hospitales según el grado de atención con los que cuentan los establecimientos. En el capítulo cinco, el artículo 14 hace alusión que los centros de primer nivel cuentan con servicios ambulatorios de corta instancia, los profesionales cuentan con un 3 nivel de grado aprobado por la autoridad sanitaria nacional.

El capítulo 6, artículo 24, menciona que los de segundo nivel tienen servicios como el primero, además de servicios de internación, promoción, prevención, rehabilitación de salud y cuidados paliativos. Por último en el capítulo 7, el artículo 32, los de tercer nivel, ofrecen los mismos servicios que los anteriores, la diferencia está en que cuenta con tecnología de punta y de una alta complejidad.

CAPÍTULO II: Metodología

Enfoque de investigación

La presente investigación fue elaborada bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo, siendo el que mejor se adapta a las circunstancias y necesidades de este estudio. Este enfoque principalmente se basa en la recolección de datos mediante técnicas científicas con el fin de medir determinadas variables, los resultados obtenidos son estadísticamente estandarizados y permiten comprobar la hipótesis planteadas dentro del estudio (Hernández Sampieri et ál., 2014). Principalmente se escogió debido a la utilización de test psicométricos validados para medir los niveles de Burnout.

Diseño de investigación

El diseño para esta investigación es no experimental, puesto que el estudio se basa en analizar situaciones ya existentes sin su manipulación, en este caso se llevó a cabo a recolección de datos sobre los niveles de desgaste profesional que presentan los médicos de áreas críticas debido a las demandas de su ocupación laboral (Hernández Sampieri et ál., 2014).

Alcance de investigación

El alcance es descriptivo comparativo ya que en los objetivos e hipótesis planteadas se busca especificar características importantes de un grupo de estudio y describir la situación de una población (Hernández Sampieri et ál., 2014). Se utilizó para esta investigación con el fin de identificar los médicos de áreas críticas que tengan un alto riesgo de presentar burnout. Luego se llevó a cabo una comparación para encontrar diferencias entre los niveles altos de emergencias con unidades de cuidados intensivos, entre el sector público y privado.

Corte o Temporalidad

El corte es transversal, puesto que los datos para esta investigación serán recolectados en un solo momento del tiempo por el investigador (Hernández Sampieri et ál., 2014).

Consideraciones éticas

Para el estudio se realizó un consentimiento informado individual para cada uno de los participantes, se explicó los instrumentos a utilizar y su finalidad, se rectificó que su participación es voluntaria y que se guardaría la confidencialidad de los datos. Además, la investigación no representa un riesgo para los mismos.

Muestra

Los participantes del estudio están conformados por 85 médicos, 26 trabajan en emergencias y 59 terapia intensiva, 58 pertenecen al sector público y 27 al privado. En total se obtuvo la muestra de 13 hospitales, 6 privados y 7 públicos, 8 son de II nivel de atención y 5 de III nivel de atención.

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Inclusión	Exclusión:
Médicos que deseen participar en esta investigación	Médicos que no deseen participar en la investigación
Médicos que trabajen en unidades de cuidado intensivos y emergencias de hospitales públicos y privados en la ciudad de Quito.	Médicos que no laboren en cuidados intensivos o emergencias fuera de la ciudad de Quito.
Médicos que se encuentren trabajando más de 3 meses en la institución	Médicos recién contratados (menos de tres meses en la institución).
Hospitales principales de II o III nivel en la ciudad de Quito.	Hospitales de I nivel o fuera de la ciudad de Quito
Médicos que se encuentren trabajando en ese momento.	Médicos con permisos de: vacaciones, descanso médico.

Técnicas o Instrumentos de investigación

Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y se creó un cuestionario sociodemográfico-laboral para recoger datos generales de los médicos de unidades de cuidado intensivo y emergencias, ambos se agregaron a un cuestionario de formato en línea.

Inventario Burnout de Maslach (MBI)

Desde que fue publicado en 1986 por Christina Maslach ha tenido una gran aceptación a nivel internacional y se ha convertido en un gran recurso científico. Existen algunas versiones traducidas al español, la más utilizada es el Inventario Burnout de Maslach, es un test psicométrico auto administrado, para medir o diferenciar los 3 factores que conforman el síndrome. Se utilizó la versión para profesionales médicos (Maslach & Jackson, 1986).

Cuenta con 22 ítems en total, una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 7 (todos los días) que indica la frecuencia con la que se siente Cansancio o Agotamiento Emocional (CE/AE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) (Frutos-Llanes et ál., 2014).

Estas son las 3 subescalas en las que se divide el cuestionario. La primera subescalas es Cansancio o Agotamiento Emocional (CE/AE), mide el nivel de una persona que se encuentra emocionalmente exhausta debido a las demandas de su trabajo, se agrupa por 9 ítems su suma da una máxima puntuación de 54 y se encuentra directamente asociado con el burnout. Mientras más alto, más riesgo de burnout. De 27-54 son altos niveles, 19-26 son medios, de 0-18 son bajos niveles de riesgo de burnout. Puntajes mayores de 26 se consideran indicios de SB.

La segunda subescala es de Despersonalización (DP) describen el nivel de respuesta fría e impersonal hacia los sujetos de atención, cuenta con 5 ítems la suma da una puntuación máxima de 30 y es directamente relacionada con el síndrome. Más altos niveles de despersonalización, mayor riesgo de burnout. Altos niveles son 10-30, medios 6-9 y bajos 0-5. Puntajes más de 9 se consideran indicios de este síndrome.

La tercera subescala es la Realización Personal (RP) mide la percepción propia de los profesionales respecto a su capacidad de desempeño y éxito laboral con las personas que atienden, tiene 8 ítems y su suma de puntuación máxima es de 48. La diferencia es que es inversamente proporcional. Mientras más bajos niveles, menor realización personal y mayor riesgo de burnout. En cambio, mientras más altos niveles, mayor realización personal y menor riesgo de burnout. 0-33 altos, 34-39 medios y 40-56 bajos niveles de riesgo. Puntajes menores a 34 dan indicios del burnout.

Las puntuaciones se obtienen por cada dimensión y se cuentan por separado. No se pueden combinar para dar una puntuación global del cuestionario (Frutos-Llanes et ál., 2014).

Por lo que, aquellos individuos que obtengan puntuaciones altas en dos subescalas que son Agotamiento Emocional, Despersonalización y por otro lado bajas en Realización Personal (inversamente proporcional) se considera que presentan el síndrome de Burnout (Gilla et ál., 2019).

Pero en este caso, según las hipótesis planteadas se busca solamente la existencia de riesgo alto en áreas críticas de los hospitales, quiere decir valores altos en cualquiera de las 3 subescalas. De modo que, podrían llevar al desarrollo de burnout y no necesariamente evidenciar la presencia de la misma, como una medida de prevención y seguimiento. En caso de Realización Personal se considera valores bajos (inversamente proporcional).

No obstante, cabe recalcar que los profesionales que obtienen niveles bajos o medios no significa que no tengan riesgo de llegar a presentar burnout, sino que el peligro de adquirirlo es menor. (Veletanga, 2019).

Para identificar un mediano o moderado riesgo de presentar burnout, se toma en cuenta los valores que puntúen medio en las 3 subescalas, en dos o en una y otra bajo, se excluyen los altos puntajes. Si es la subescala de Realización Personal se considera los medios y los valores altos (inversamente proporcional). En cambio, para detectar un bajo o leve riesgo de tener este síndrome se considera cuando existen valores bajos en las dos primeras subescalas Agotamiento Emocional, Despersonalización y altos en la tercera Realización Personal, que es inversamente proporcional. (Frutos-Llanes et ál., 2014).

Validez y confiabilidad del MBI

En relación con las propiedades psicométricas de este test. La consistencia interna y alfa de Cronbach se encuentra oscilando entre 70-90. Por subescala 0.90 en CE, 0.79 en DP y 0.71 en RP (Maslach & Jackson, 1986). Es utilizado a nivel global y adaptado según la población el país.

Olivares-Faúndez et ál (2014) realizaron un estudio para determinar la validez de la adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) al español en 957 profesionales chilenos de diferentes unidades de servicios humanos. Los valores conseguidos según

el alfa de Cronbach son: para el test general 0.74, AE 0.86, 0.72 DP, RP 0.76, que demuestra un buen nivel de confiabilidad.

Un estudio realizado en un hospital de Quito en 64 médicos utilizando el cuestionario de Maslach (MBI) versión traducida se halló en general una elevada consistencia interna y fiabilidad cercana del 90%. En la subescala de AE es 0.91, DP 0.83 y RP 0,86. Lo que refleja niveles de confiabilidad aceptables (Flores Díaz y Imbaquingo Beltrán, 2017).

Operacionalización de variables

Variables Independientes (Cuestionario Sociodemográfico Laboral)

Variables	Dimensión	Categoría	Tipo
Datos Sociodemográficos	Edad	23-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Más de 60 años	Escalar
Datos Sociodemográficos	Sexo	Hombre Mujer	Nominal
Datos Sociodemográficos	Estado Civil	Soltero/a Casado/a Unión libre Separado/a Divorciado/a Viudo/a	Nominal
Datos Sociodemográficos	Tiene Hijos	Sí No	Nominal
Datos Sociodemográficos	Nivel de Estudios	Título de tercer nivel Título de cuarto nivel	Ordinal
Datos Laborales	Horario Laboral	Mañanas Tardes Noches Festivos	Nominal

		Turnos Rotativos Otros	
Datos Laborales	Realiza Guardias	Si No	Nominal
Datos Laborales	Sector en el que Trabaja	Público Privado	Nominal
Datos Laborales	Número de Instituciones	1 2 3 Más de 3	Ordinal
Datos Laborales	Años de experiencia profesional	1 2 3 o más	Ordinal
Datos Laborales	Puesto Actual de Trabajo	Médico Tratante Médico Residente Médico Postgradista	Ordinal
Datos Laborales	Área de trabajo	Terapia Intensiva Emergencias	Nominal
Datos Laborales	Tiempo en el puesto Actual	4-11 meses 1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años 21-25 años Más de 25 años	Escalar

Variables dependientes (Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI))

Dimensión	Ítems de la Dimensión	Rangos de la Dimensión
-----------	-----------------------	------------------------

Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o meno 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
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o meno 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
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o meno 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

Procedimiento

Para la limitación de la muestra de este estudio solo se tomó en cuenta principales hospitales dentro del distrito metropolitano de Quito que ofrezcan un II o III nivel de atención y sean del sector público o privado.

La muestra es no probabilística, ya que supone un procedimiento de selección dirigido a las características de la investigación, más que un criterio estadístico de generalización (Hernández Sampieri et ál., 2014). En este caso se seleccionó a los

participantes según las necesidades del estudio, que serían solo médicos de áreas de emergencias y terapia intensiva. Fueron reclutados mediante consentimiento informado individual.

Primero se utilizó la técnica de bola de nieve o cadena de redes para la recolección de la muestra. “Se suele utilizar cuando existe dificultad para acceder a los participantes, se identifica participantes claves que puedan ayudar a conseguir a más personas que deseen estar en la investigación” (Hernández Sampieri et ál., 2014, p.388).

Se realizó un acercamiento a los médicos y se consiguió una participación inicial de 13 profesionales de áreas críticas en 11 hospitales, 4 privados y 7 públicos donde 5 eran de II y 2 de III nivel. Se les pidió informar a más médicos que quisieran participar y finalmente se obtuvo una muestra de 85 participantes de áreas críticas, en total son 13 hospitales, 6 privados y 7 públicos, 8 son de II y 5 de III nivel de atención.

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario-auto administrado en línea en Google Forms. Contenía dos partes un Cuestionario Sociodemográfico-Laboral de autoría propia para obtener datos generales y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) para medir los niveles de Burnout. Aparte se envió el consentimiento informado individual a cada participante.

El cuestionario se comenzó a realizar a partir del 27/06/2022 y se cerró el 09/07/2022. Todos los datos se pasaron a una hoja de cálculo de Excel y después fueron trasladados al programa de análisis estadístico R.

Análisis de datos

Para los análisis y gráficos se usó el programa de análisis estadístico R (R-Gui, R Foundation for Statistical Computing; vers: 4.2.1, 2022).

Las variables cualitativas se reportaron con sus frecuencias absolutas y relativas en forma de porcentaje. Los valores alcanzados en los scores de instrumento de medida (MBI) se trataron como cuantitativos y se reportaron con su promedio y desviación estándar ($\bar{x} \pm DE$), en algunos casos también se reportó su mediana y sus respectivos rangos intercuartílicos (RIQ), de ser necesario se usó también la desviación absoluta de la mediana (MAD) como medida de dispersión.

Los análisis para las variables cualitativas se realizaron con test de independencia para proporciones (χ^2 de Pearson), en caso necesario se usó el test exacto de Fisher¹. Dado que los análisis incluían valorar dos factores: área de trabajo (Emergencias, Terapia intensiva) y sector laboral (Público, Privado), se realizó análisis estratificado con la prueba de Cochran Mantel-Haenszel.

Para las variables cuantitativas se realizaron pruebas de promedios para muestras independientes con t de Student, previa verificación de cumplimiento de supuestos de normalidad (Shapiro-Wilk, QQ-plots), (en caso necesario se usó sus equivalentes no paramétricos). No fue necesario usar ninguno método no paramétrico.

Para el análisis estratificado se usó ANOVA factorial en dos sentidos (área, sector). Los resultados se reportan con diferencia de promedios (DProm) con sus respectivos intervalos de confianza. La confiabilidad interna del cuestionario se valoró con el cálculo del alfa de Cronbach (Cronbach's α) y sus valores se reportan con sus intervalos de confianza al 95 % de acuerdo con el método de Feldt. Para todos los análisis en las pruebas de hipótesis se consideraron valores significativos valores iguales o inferiores al 5.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Nivel de Confiabilidad del Instrumento MBI

95% confidence boundaries			
	lower	alpha	upper
Feldt	0.84	0.88	0.91
Duhachek	0.84	0.88	0.91

Figura 1. Nivel de confiabilidad Inventario Burnout de Maslach (MBI)

La fiabilidad estadística demuestra que el cuestionario si es confiable para esta muestra de datos ($\alpha = 0.88$), ya que si se encuentra incluido dentro del estándar aceptable.

95% confidence boundaries			
	lower	alpha	upper
Feldt	0.89	0.92	0.94
Duhachek	0.89	0.92	0.94

Figura 2. Nivel de confiabilidad escala de Cansancio Emocional (CE)

La fiabilidad estadística demuestra que la Escala de Cansancio Emocional si es confiable para esta muestra de datos ($\alpha = 0.92$), ya que si se encuentra incluido dentro del estándar aceptable.

95% confidence boundaries			
	lower	alpha	upper
Feldt	0.50	0.64	0.75
Duhachek	0.52	0.64	0.76

Figura 3. Nivel de confiabilidad escala de Despersonalización (DP)

La fiabilidad estadística demuestra que la Escala de Despersonalización no es confiable para esta muestra de datos ($\alpha = 0.64$), ya que se encuentra fuera del estándar aceptable.

95% confidence boundaries			
	lower	alpha	upper
Feldt	0.82	0.87	0.91
Duhachek	0.82	0.87	0.91

Figura 4. Nivel de confiabilidad escala de Realización Personal (RP)

La fiabilidad estadística demuestra que la Escala de Realización Personal es confiable para esta muestra de datos ($\alpha = 0.87$), ya que se encuentra dentro del estándar aceptable.

Tabla 1

Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk, QQ-plots

Column1	Vnames	Wstat	Pstat
1	CE.1.Em.Agotado	0.928280442	0.00015084
2	CE.2.Ca.JT	0.915976938	3.71712E-05
3	CE.3.Fat.Mat	0.908786012	1.71785E-05
4	RP.4.Comp.Pac	0.781220013	6.56123E-10
5	DP.5.P.Objetos	0.589300722	4.6487E-14
6	CE.6.Tr.Gente	0.857948763	1.55721E-07
7	RP.7.Teficaz	0.779618263	5.9373E-10
8	CE.8.Quemado	0.905341716	1.20018E-05
9	RP.9.Ipositivo	0.761815543	2.01683E-10
10	DP.10.Insensible	0.814281974	5.79369E-09
11	DP.11.Duro.Em	0.851971767	9.59584E-08
12	RP.12.Activo	0.883614547	1.44658E-06
13	CE.13.Frustrado	0.823765825	1.13241E-08
14	CE.14.Demasiado	0.901437408	8.05888E-06
15	DP.15.No.Preocupa	0.669289269	1.53724E-12
16	CE.16.D.Estres	0.840621629	3.9494E-08
17	RP.17.ARelajada	0.838564192	3.37645E-08
18	RP.18.SEstimulo	0.842982613	4.73495E-08
19	RP.19.Utiles	0.798785232	2.02808E-09
20	CE.20.Limite	0.845297663	5.66597E-08
21	RP.21.Emo.Calma	0.832063296	2.07412E-08
22	DP.22.Me.Culpan	0.664122131	1.20562E-12

Según los cálculos de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, QQ-plots, los datos obtenidos del Inventario burnout de Maslach muestran un comportamiento paramétrico.

Resultados Demográficos

Tabla 2

Descripción de las características demográficas de la muestra divididos de acuerdo a si los participantes pertenecen al servicio de Emergencias o Terapia intensiva

Variable	ER <i>n</i> = 26		UCI <i>n</i> = 59		Valor p
Tipo de Hospital (n, %)					0.26
Público	15	57.7	43	72.9	
Privado	11	42.3	16	27.1	
Hombres	10	38.5	37	62.7	0.07
Mujeres	16	61.5	22	37.3	
Grupo etario (años)					0.55
23 a 30	5	19.2	8	13.6	
31 a 40	16	61.5	30	50.8	
41 a 50	4	15.4	16	27.1	
51 a 60	1	3.8	5	8.5	
Estado civil					0.87
Casado	10	38.5	19	32.2	
Divorciado	1	3.8	5	8.5	
Soltero	14	53.8	31	52.5	
Unión libre	1	3.8	4	6.8	
Tiene hijos	14	53.8	26	55.9	1.0
Máximo nivel de estudios					0.19
Tercer nivel	9	34.6	11	18.6	
Cuarto nivel	17	65.4	48	81.4	

Nota. [ER= Emergencias, UCI = Terapia Intensiva]

Se registraron 85 participantes en total, de los cuales 68.2% laboran en hospitales públicos (n=58) y 31.8% en hospitales privados (n=27). Según el área crítica de trabajo el 30.6% correspondieron al área de emergencias (n=26) y 69.4% a terapia intensiva (n=59). Distribuidos por sexo el 55.3% varones (n=47) y 44.7% mujeres (n=38). De acuerdo a la edad, 15.3% en el grupo de 23 a 30 años (n=13), 54.1% de 31 a 40 años (n=46), 23.5% de 41 a 50 años (n=20) y 7.1% para el grupo de 51 a 60 años (n=6). Por estado civil 34.1% casados (n=29), 7.1% divorciados (n=6), 52.9% solteros (n=45) y 5.9% unión libre (n=5). Un 55.3% tiene hijos (n=47). Según el máximo nivel de estudios alcanzado 23.5% cuenta con tercer nivel (n=20), 76.5% con cuarto nivel (n=65). A

excepción de la variable sexo ($p=0.07$), los dos grupos no presentan diferencias estadísticamente significativas.

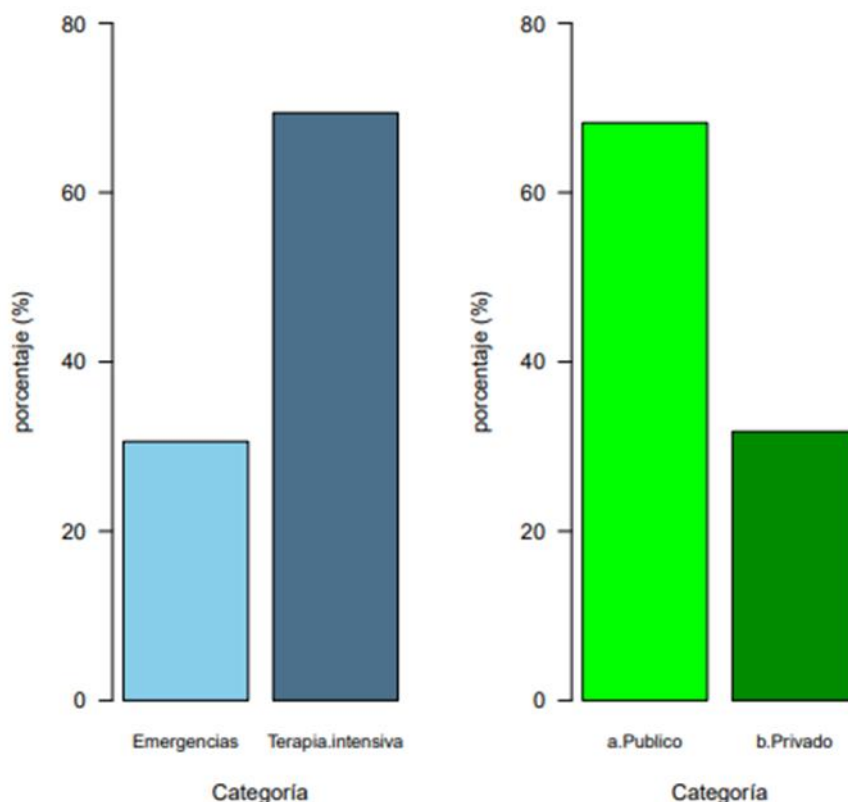


Figura 5. Porcentaje de participantes de acuerdo con su rol ocupacional (Izquierda) o sector de trabajo (derecha)

En la muestra del presente trabajo predominan los participantes que trabajan en terapia intensiva 69.4% ($n=59$) versus los que trabajan en emergencias 30.6% ($n=26$). Los profesionales que laboran en el sector público representan el 68.2% del total ($n=58$) y los que laboran en el sector privado son el 31.8% ($n=27$).

Tabla 3

Descripción de las características laborales de la muestra divididos de acuerdo a si los participantes pertenecen al servicio de emergencias o terapia intensiva

Variable	ER n = 26		UCI n = 59		Valor p
Horarios					0.34
Matutinos	3	11.5	3	5.1	
Rotativos	21	80.8	54	91.5	
Otros	2	7.7	2	3.4	
Hace guardias	21	80.8	55	93.2	0.12
Número de trabajos					0.07
Uno	17	65.4	24	40.7	
Dos	7	26.9	31	52.5	
Tres o más	2	7.7	4	6.8	
Años de experiencia profesional					0.77
Uno	2	7.7	2	3.4	
Dos	3	11.5	6	10.2	
Tres o más	21	80.8	51	86.4	
Puesto de trabajo					0.04
Residente	10	38.5	8	13.6	
Postgradista	2	7.7	11	18.6	
Tratante	14	53.8	40	67.8	
Tiempo en el cargo					NA
De 4 a 11 meses	9	34.6	9	15.3	
De 1 a 5 años	12	46.2	27	45.8	
De 6 a 10 años	3	11.5	11	18.6	
De 11 a 15 años	10	16.9	
De 16 o más años	2	7.6	2	3.4	

Nota. [ER= Emergencias, UCI = Terapia Intensiva]

De acuerdo al horario de trabajo los más frecuentes fueron los horarios rotativos (88.2 %; n=75), seguido de las mañanas (7.1 %; n=6) y de otros horarios (4.7 %; n= 4). Aproximadamente el 89.4% de los encuestados realizan guardias (n=76). Según el número de trabajos; con un solo trabajo el 48.2% (n=41); dos trabajos el 44.7% (n=38) y con tres o más trabajos el 7.1% (n=6). Distribuidos por experiencia profesional (años), la mayoría tenía tres o más años de experiencia profesional (84.7 %; n=72), en el grupo de dos años (10.6 %; n=9) y para uno o menos años (4.7 %; n=4). La distribución de acuerdo al puesto actual de trabajo fue: Residente (21.2 %; n=18), Postgradista (15.3 %

n=13), Tratante (63.5 %; n=54). Según el tiempo en el puesto, de 4 a 11 meses (21.2 %; n=18), 1 a 5 años (45.9%; n=39), de 6 a 10 años (16.5 %; n=14), de 11 a 15 años (11.8 %; n=10); 16 o más años (4.8 %; n=4). Las categorías de 16 a 20, n=2; 21 a 25, n=1; más de 25, n=1; para la tabla comparativa se agrupan las categorías en 16 años o más, tres categorías no tienen datos (11 a 15 y 21 a 25 años en el grupo de emergencia) y en más de 25 años en el grupo de intensivos; cuatro categorías solo tienen un participante (16 a 20 y más de 25 para emergencias y 16 a 20, 21 a 25 en intensivos).

Evaluación Inventario Burnout de Maslach (MBI)

Tabla 4

Descriptivo general Maslach subescala Cansancio Emocional (CE)

	n	Prom	DE	Med	MAD
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	85	2.34	1.63	2	1.48
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	85	2.99	1.75	3	2.97
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	85	2.42	1.80	2	1.48
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	85	2.00	1.78	1	1.48
Me siento <i>quemado</i> por mi trabajo	85	2.33	1.77	2	1.48
Me siento frustrado en mi trabajo	85	1.58	1.71	1	1.48
Creo que estoy trabajando demasiado	85	2.19	1.74	2	1.48
Trabajar directamente con personas me produce estrés	85	1.86	1.71	1	1.48
En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades	85	1.98	1.90	1	1.48

Se presenta el resumen de los valores de la subescala Cansancio Emocional (CE) con el promedio de cada uno de los enunciados evaluados. El que tuvo mayor promedio fue “Me siento cansado al final de la jornada de trabajo” (\bar{x} = 2.99).

Tabla 5*Descriptivo general Maslach subescala Despersonalización (DP)*

	n	Prom	DE	Med	MAD
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	85	1.01	1.85	0	0.00
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	85	1.85	2.03	1	1.48
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	85	2.11	1.98	1	1.48
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	85	1.44	2.16	0	0.00
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	85	0.95	1.56	0	0.00

Se presenta el resumen de los valores de la subescala Despersonalización (DP) con el promedio de cada uno de los enunciados evaluados. El que tuvo mayor promedio fue “Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente” ($\bar{x}=2.11$).

Tabla 6*Descriptivo general Maslach subescala Realización Personal (RP)*

	n	Prom	DE	Med	MAD
Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	85	4.28	2.06	5	1.48
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	85	4.26	2.07	5	1.48
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	85	4.39	2.03	5	1.48
Me siento muy activo	85	3.75	1.86	4	2.97
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	85	4.34	1.72	5	1.48
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	85	4.26	1.79	5	1.48
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	85	4.61	1.65	5	1.48
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	85	4.29	1.82	5	1.48

Se presenta el resumen de los valores de la subescala Realización personal (RP) con el promedio de cada uno de los enunciados evaluados. El que tuvo menor promedio fue “Me siento muy activo” ($\bar{x}=3.75$).

Evaluación de riesgo de Síndrome de Burnout

Tabla 7

Número y porcentaje de participantes con calificación de riesgo para Burnout por todas las áreas (emergencias y terapia intensiva) sectores de trabajo (público y privado) y cantidad de categorías del MBI

Variable	Riesgo de Burnout	
	n	%
Alto (n, %)	56	65.9
Medio (n, %)	22	25.9
Bajo (n, %)	7	8.2

En la tabla se muestra la cantidad de participantes que presentan alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo de presentar Burnout. De una muestra de (n=85) médicos de áreas críticas (terapia intensiva y emergencias), los médicos que presentaron alto riesgo de Burnout es 65.9 % (n=56). Es decir, en cualquier subescala puntúan con valores altos (bajos en realización personal por ser inversamente proporcional). Un 25.9% (n=22) de médicos tienen mediano riesgo de burnout. Por lo tanto, significa que tienen valores medios en cualquiera de las 3 subescalas, se excluyen los que tengan valores altos. El 8.2% (n=7) de médicos tienen bajo riesgo de burnout. En otras palabras, significa que tienen valores bajos en las dos primeras subescalas y altos en la tercera subescala por ser inversamente proporcional.

Lo que quiere decir que con n=56 (65.9%) médicos se comprueba la hipótesis de que dentro de unidades críticas de hospitales público y privados en Quito existen altos niveles de riesgo de presentar Burnout.

Tabla 8

Número y porcentaje de participantes con presencia de Burnout por todas las áreas (emergencias y terapia intensiva) sectores de trabajo (público y privado) y cantidad de categorías del MBI

Variable	Presencia de Burnout	
	n= 85	
Todas Altos Puntajes (n, %)	5	5.9
Todas Medios Puntajes (n, %)	1	1.2
Todas Bajos Puntajes (n, %)	7	8.2
Otras combinaciones (n, %)	72	84.7

La tabla muestra la cantidad de médicos (terapia intensiva y emergencias) que cumplen con puntajes altos, medios, bajos en las 3 subescalas y otras combinaciones posibles. Hay n= 5 (5.9%) médicos que tienen altos puntajes en todas las subescalas. Eso significa que presentan Síndrome de burnout al cumplir con altos valores en las dos primeras subescalas Agotamiento Emocional, Despersonalización y bajas en la tercera subescala que es Realización Personal (se considera como puntajes altos por ser inversamente proporcional). En n=1 (1.2%) médico se presentaron puntajes medios en las 3 subescalas; n= 7 (8.2%) médicos tienen puntajes bajos en las tres subescalas y n=72 (84.7%) médicos muestran cualquier otro tipo de combinaciones entre las subescalas.

Publico	b.Privado
77.6	63.0
22.4	37.0

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

```
data: table(TMF$BCE, TMF$sector)
X-squared = 1.3239, df = 1, p-value = 0.2499
```

Figura 6. Comparación estadística de alto riesgo de acuerdo al sector (público vs privado) en la categoría de Cansancio Emocional

Por cansancio emocional en los participantes que trabajan en el sector público versus en el sector privado, no demuestran diferencias estadísticas significativas ($\chi^2 = 1.32$; $p=0.25$). Lo que quiere decir no existe mayor riesgo de burnout en el sector público en comparación con el sector privado en agotamiento emocional.

Publico	b.Privado
70.7	59.3
29.3	40.7

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

```
data: table(TMF$BDP, TMF$sector)
X-squared = 0.63366, df = 1, p-value = 0.426
```

Figura 7. Comparación estadística de alto riesgo de acuerdo al sector (público vs privado) en la categoría de Despersonalización

Por despersonalización 29.3% en sector público versus 40.7% en el sector privado, sin diferencia significativa ($\chi^2 = 0.63$; $p=0.43$). Lo que quiere decir que no existe mayor riesgo de burnout en el sector público en comparación con el sector privado por despersonalización.

Publico	b.Privado
51.7	85.2
48.3	14.8

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

```
data: table(TMF$BRP, TMF$sector)
X-squared = 7.4198, df = 1, p-value = 0.006451
```

Figura 8. Comparación estadística de alto riesgo de acuerdo al sector (público vs privado) en la categoría de Realización Personal

Por realización personal 48.3% en el sector público frente a 14.8% en el sector privado, con diferencia estadística significativa ($\chi^2 = 7.42$, $p=0.006$). Lo que quiere decir que si existe mayor el riesgo de burnout en el sector público en comparación con el sector privado en la categoría de baja realización personal.

La hipótesis de que los médicos de áreas críticas que trabajan en hospitales públicos tienen mayor riesgo de presentar síndrome de burnout que los médicos de hospitales privados se confirman en la escala de baja realización personal.

Tabla 9

Resumen de los hallazgos en el cuestionario de Maslach de acuerdo al sector (público versus privado), se indican la frecuencia y porcentajes de participantes con calificación de alto riesgo para Burnout

Variable	Público		Privado		Valor p
	n	%	n	%	
Cansancio Emocional (n, %)	13	22.4	10	37.0	0.25
Despersonalización (n, %)	17	29.3	11	40.7	0.43
Realización Personal (n, %)	28	48.3	4	14.8	0.006
Alto riesgo en cualquiera (n, %)	40	69.0	16	59.3	0.53
Alto riesgo en todas (n, %)	4	6.9	1	3.7	1.00
Alto riesgo en dos	10	17.2	7	25.9	

Al inicio de la tabla se comparan los participantes con alto riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout, según la categoría del cuestionario de Maslach. Por cansancio emocional (n=13) participantes que trabajan en el sector público versus (n=10) en el sector privado, no demuestran diferencias estadísticas significativas (p=0.25).

Por despersonalización (n=17) en sector público versus (n=1) en el sector privado, sin diferencias significativas (p=0.43).

Y en la categoría de realización personal (n=28) en el sector público frente a 14 (n=4) en el sector privado, con diferencia estadística significativa (p=0.006).

Esto quiere decir que con una $\chi^2 = 7.42$ y una $p = 0.006$ se confirma la hipótesis de que los médicos de áreas críticas que trabajan en hospitales públicos tienen mayor riesgo de presentar síndrome de burnout que los médicos de hospitales privados en la escala de baja realización personal.

	Emergencias	Terapia.intensiva
	65.4	76.3
	34.6	23.7

```

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
data: table(TMF$BCE, TMF$area)
X-squared = 0.6023, df = 1, p-value = 0.4377

```

Figura 9. Comparación estadística con alto riesgo de acuerdo al área de trabajo (emergencias y terapia intensiva) en la categoría de Cansancio Emocional

Por cansancio emocional en emergencias versus en terapia intensiva no demuestran diferencias estadísticas significativas ($\chi^2 = 0.60$; $p=0.44$). Lo que quiere decir que no existe mayor riesgo de burnout en terapia intensiva en comparación a emergencias por la categoría de cansancio emocional.

	Emergencias	Terapia.intensiva
0	84.6	59.3
1	15.4	40.7

```

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
data: table(TMF$BDP, TMF$area)
X-squared = 4.1444, df = 1, p-value = 0.04177

```

Figura 10. Comparación estadística con alto riesgo de acuerdo al área de trabajo (Emergencias y Terapia intensiva) en la categoría de Despersonalización

Por despersonalización en emergencias versus en terapia intensiva, evidencia diferencia significativa ($\chi^2 = 4.14$; $p= 0.04$) con predominio en UCI. Lo que quiere decir que existe mayor riesgo de burnout en terapia intensiva en comparación a emergencias por despersonalización.

Se comprueba la hipótesis de que los médicos de terapia intensiva tienen mayor riesgo de presentar síndrome de burnout que los médicos de emergencias en la escala de despersonalización.

```
Emergencias Terapia.intensiva
61.5 62.7
38.5 37.3
```

```
Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
data: table(TMF$BRP, TMF$area)
X-squared = 0, df = 1, p-value = 1
```

Figura 11. Comparación estadística con alto riesgo de acuerdo al área de trabajo (Emergencias y Terapia intensiva) en la categoría de Realización Personal

Y en la categoría de realización personal en emergencias y en terapia intensiva no presentan diferencias significativas ($\chi^2 = 0$; $p=1$). Lo que quiere decir que no existe mayor riesgo de burnout en terapia intensiva en comparación a emergencias por la categoría baja realización personal.

Tabla 10

Número y porcentaje de participantes con calificación de Alto riesgo para Burnout por área de trabajo: emergencias y terapia intensiva

Variable	ER		UCI		Valor
	n	%	n	%	p
Cansancio Emocional (n, %)	9	34.6	14	23.7	0.44
Despersonalización (n, %)	4	15.4	24	40.7	0.04
Realización Personal (n, %)	10	38.5	22	37.3	1.00
Alto riesgo en cualquiera (n, %)	16	61.5	40	67.8	0.75
Alto riesgo en todas (n, %)	1	3.8	4	6.8	1.00
Alto riesgo en dos	5	19.2	12	20.3	

Nota. [ER= Emergencias, UCI = Terapia Intensiva]

En la tabla se comparan los participantes con alto riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout, según la categoría del cuestionario de Maslach. Por cansancio emocional (n=9) en emergencias versus (n=14) en terapia intensiva no demuestran diferencias estadísticas significativas ($p=0.44$)

Por despersonalización (n=4) en emergencias versus (n=24) en terapia intensiva, evidencia diferencia significativa ($p= 0.04$) con predominio en UCI. Lo que quiere decir que existe mayor riesgo de burnout en terapia intensiva en comparación a emergencias por despersonalización.

Lo que quiere decir que con una $\chi^2 = 4.14$ y una $p = 0.04$ se comprueba la hipótesis de que existe mayor riesgo de burnout en terapia intensiva en comparación a emergencias en la categoría de despersonalización

Y en la categoría de realización personal ($n=10$) en emergencias y ($n=22$) en terapia intensiva no presentan diferencias significativas ($p=1$).

Tabla 11

Resumen de los hallazgos en el cuestionario de Maslach de acuerdo al área de trabajo: emergencias (ER) o terapia intensiva (UCI)

Variable	ER		UCI		Valor p
	n = 26		n = 59		
Cansancio Emocional, ($\bar{x} \pm DE$)	21.6	12.6	18.8	12.0	0.36
Despersonalización, ($\bar{x} \pm DE$)	6.0	5.2	7.9	6.5	0.16
Realización Personal, ($\bar{x} \pm DE$)	32.9	12.2	34.7	10.2	0.51

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas en los promedios generales de las tres categorías entre los dos grupos de profesionales, emergencias (ER) y terapia intensiva (UCI).

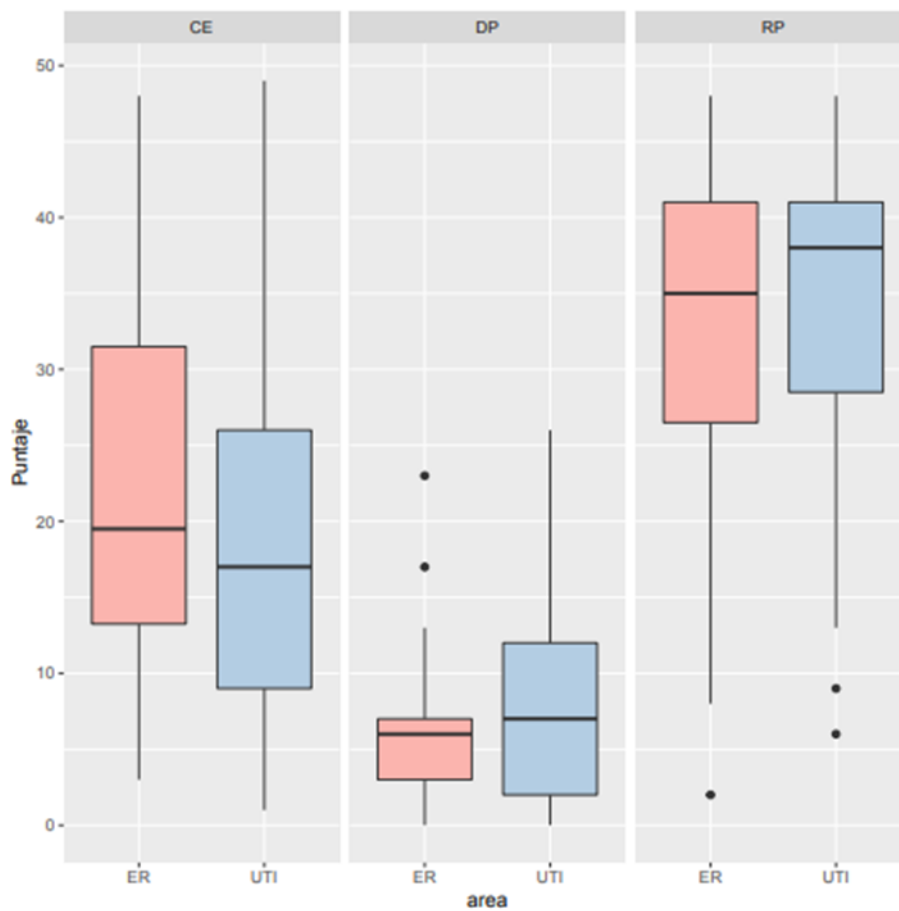


Figura 12. Distribución de los puntajes alcanzados en el cuestionario de Maslach en sus componentes, Cansancio Emocional (CE); Despersonalización (DP) y Realización personal (RP) de acuerdo al área en la que laboran. Emergencias (ER) y Terapia Intensiva (UCI)

La tendencia central de la muestra fue paramétrica en las tres categorías. Existen un par de datos aislados alejados del promedio en despersonalización del grupo de emergencias, uno en realización personal en emergencias y dos en realización personal en terapia intensiva.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Los médicos que laboran en áreas críticas están sometidos a situaciones de estrés que incluyen alta demanda de trabajo, complejidad y gravedad de sus pacientes, cambios en el ciclo circadiano por turnos rotativos, en nuestro país esto se desenvuelve en un sistema de salud con graves deficiencias de recursos, mientras aún continúa la pandemia de COVID-19; todos estos factores acumulados incrementan el riesgo de presentar Síndrome de Burnout, una enfermedad ocupacional grave poco estudiada en nuestro medio. Luego de revisar las investigaciones sobre el tema a nivel nacional, se evidencia la falta de un protocolo específico para el manejo del Síndrome de Burnout, manteniéndose englobado dentro del programa de Riesgos Psicosociales del Ministerio de Salud Pública; a partir de una catástrofe mundial como la pandemia de los años 2019-2022 se dimensiona los riesgos de salud mental para el personal sanitario y la necesidad de establecer medidas de prevención para el Síndrome de Burnout.

Este planteamiento de la presente tesis coincide con Toala et ál. (2021) según los cuales profesionales de salud como médicos y enfermeros son parte de la primera línea de batalla contra la pandemia de COVID-19, quedando expuestos a factores riesgo de salud física y mental, entre esas causas como exposición a la infección, preocupación por propagarla entre sus seres queridos, falta de apoyo institucional y una mayor carga laboral debido a la desbordada demanda asistencial.

En un estudio realizado en Ecuador durante la pandemia el Síndrome de Burnout en el personal sanitario alcanzó niveles severos y moderados en una frecuencia de más del 90% (Veloz et ál., 2021). Demostrando que sobre las condiciones adversas que enfrentaban los médicos en los ambientes hospitalarios la aparición de la pandemia de COVID-19 impactó fuertemente en el aumento de niveles de burnout.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el alto riesgo de presentar Síndrome de Burnout y analizar diferencias en subgrupos; se ejecutó en el mes de junio del 2022 mientras el país cursaba, un paro nacional de dieciocho días y se decretaba estado de emergencia en el sector salud. Un total de 85 médicos que trabajan en emergencias y terapia intensiva de hospitales públicos y privados de la ciudad de Quito, llenaron un formulario sociodemográfico y el Inventario de Maslach.

Las características generales de todo el grupo fueron similares, a excepción de la Tabla 2 en la que se puede deducir que existe una diferencia significativa en los puestos de trabajo de residentes hay el 38.5% en emergencias y 13.6% en UCI, de postgradistas hay 7.7% en emergencias y 18% en UCI, de tratantes hay 53% en emergencias y 67.8% en UCI. Del resto de variables sociodemográficas el resultado demuestra que no existen diferencias significativas. A continuación se expondrá los hallazgos en este estudio.

En el 65,9% de la población del total de los participantes se detectó alto riesgo de llegar a presentar síndrome de Burnout en áreas críticas a través del cuestionario de Maslach, al analizar al menos una de las subescalas. Esto coincide parcialmente con Yacizi et ál. (2019) donde se demuestra que el principal hallazgo fue que un 76.1 % de unidades críticas tenían el SB. Aun, cuando este estudio es sobre todo el personal que trabaja en unidades críticas (doctores, enfermeros, personal de limpieza), podemos deducir de estos resultados que para el grupo de médicos existen altos riesgos de trabajar en estas unidades, al igual que los resultados de esta investigación en Quito.

De igual manera, concuerda con Jiménez Murillo (2018) quien hace mención sobre la amplia prevalencia de Burnout en el personal de salud, especialmente detectada en médicos o enfermeros en departamentos de medicina crítica como cuidados intensivos y emergencias, donde de dos a seis de cada diez profesionales presenta niveles altos de este síndrome. Siendo factores como la organización, su ocupación laboral y manejo de las demandas asistenciales por parte del profesional lo que predispone su desarrollo.

Al comparar los sectores de trabajo existe una diferencia significativa en la categoría de baja realización personal entre los profesionales de unidades críticas del sector público (48.3%) frente al sector privado (14.8%) con una diferencia de ($\chi^2 = 7.42$; $p=0.006$). Hallazgos similares se encontraron en personal de salud que trabaja en áreas de emergencias de un hospital público en Perú, donde la baja realización personal fue de (51.8%) sobrepasando el resto de escalas (Sarmiento Valverde, 2019). Este estudio tiene una muestra de 120 trabajadores entre médicos, enfermeras y técnicos. De los cuales 48 son médicos con una presencia de burnout mucho mayor ($n=8$) frente al resto de personal ($n=3$). Aunque el presente estudio tiene la muestra en emergencias menor ($n=15$), se evidencia que la baja realización personal sigue siendo alta.

Se buscó algún referente de este tipo de estudio en el sector privado. Sin embargo, puedo deducir que el acceso a la información en los hospitales privados sobre el síndrome de quemarse en el trabajo, especialmente en áreas críticas como unidades de cuidados intensivos es sumamente limitado. Una de las razones podría ser que los resultados deriven en conflictos laborales de los profesionales sanitarios con las instituciones que los contratan.

La baja realización personal es la sensación de incapacidad y desconfianza respecto a sus habilidades y percepción de que su trabajo no es valorado. En el sector público es frecuente, donde existe una sobredemanda de pacientes y por ende sobrecarga de trabajo, los recursos y equipamientos suelen ser insuficientes y deriva en una apreciación de no poder abarcar con toda su labor exitosamente.

Esto guarda relación con Miranda-Ackerman et ál. (2019) quienes comentan que existen diferencias significativas entre trabajar dentro del sector público y privado en los hospitales, desde el aspecto administrativo organizacional hasta la demanda de pacientes que acude a cada institución. Principalmente, el sector público tiende a ser más exigente debido a que su población de atención médica suele ser extensa, también se evidencia falta de personal médico, lo que puede llegar a convertirse en factores de riesgo importantes para el apareamiento del burnout, especialmente en estudiantes de medicina se reconoce mayor estrés y privación del sueño debido a responsabilidades adicionales que suelen asumir para garantizar un adecuado cuidado de sus pacientes.

Los gobiernos tienden apoyar o exigir dentro de las políticas hospitalarias el identificar el estado de salud y bienestar de sus trabajadores. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador realizó un estudio en 3 hospitales públicos de II nivel en 634 profesionales de salud, donde se evaluaron los factores de riesgo psicosocial, el estrés y el desgaste profesional, como resultado se descubrió una gran cantidad del profesional sanitario con alto riesgo de Síndrome de Burnout. Lo que generó preocupación en las autoridades de salud, que a su vez emitieron recomendaciones a los hospitales para la implementación inmediata de planes de acciones para reducir y prevenir este síndrome (Veletanga, 2019).

De igual manera, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2020) emitió el Protocolo de Prevención de Riesgos Psicosocial en Intervinientes Operativos y Administrativos en COVID -19, que engloba a todo el personal prestador de servicios en la emergencia sanitaria. Este protocolo incluye como uno de sus objetivos específicos

prevenir el Síndrome de Burnout, mediante la creación de directrices que buscan promover el cuidado de la salud y apoyo emocional del personal. Los responsables de llevar a cabo estos procedimientos son las Unidades de Seguridad y Salud Ocupacional conjuntamente con profesionales de Salud Mental en cada hospital.

Con estas citas evidencio que existe preocupación y planes por parte del gobierno del Ecuador por los efectos que puede causar el Síndrome de Quemarse por el trabajo en el personal de salud, incluso se ha llegado a la implementación de protocolos de prevención de esta enfermedad ocupacional. Sin embargo, existe una carencia respecto a este tipo de estudios sobre los análisis de riesgo de Burnout publicados, realizados en el sector privado hospitalario. Asimismo, ha sido difícil hallar protocolos específicos de intervención y seguimiento que puedan ser utilizados en casos donde el personal haya sido diagnosticado con Síndrome de Burnout.

En esta investigación al comparar los porcentajes de los médicos con alto riesgo de Síndrome de Burnout, en la categoría de despersonalización entre los servicios de emergencias (15.4%) y terapia intensiva (40.7%) existe una diferencia significativa ($\chi^2 = 4.14$; $p = 0.004$). Lo que por el contrario Calvopiña Molina y López Cueva (2017) demuestran en su estudio que los profesionales médicos tienen altos niveles de riesgo en toda las subescalas, pero no encuentran alguna diferencia significativa entre emergencias y terapia intensiva AE ($p=0.06$), DP ($p=0.39$) y RP ($p=0.36$).

Esto seguramente se debe a la diferencia de muestra en esta investigación, sobre todo en emergencias ($n=26$) que es pequeña en relación a UCI. Cabe recalcar que, en ambas áreas por las características de su trabajo, la despersonalización está presente. Ambas unidades se enfrentan a pacientes en estados graves o su muerte, en emergencias coincide con Hutchinson et ál. (2014) que en estas áreas se tiene una interacción continua con pacientes con diferentes signos y síntomas, como la demanda es muy grande e impredecible no se avanza con toda la población, el tiempo de atención incrementa, así como las quejas por parte de los pacientes y familiares, muchas veces deben exponerse a situaciones violentas, tomar decisiones críticas e inmediatas aun cuando existan casos donde los recursos son limitados.

En cambio, por otro lado para Malaquin et ál. (2017) en terapia intensiva existe una incertidumbre respecto a la efectividad del tratamiento y son conectados a soportes artificiales en la mayoría de los casos donde la interacción médico-paciente es mínima, esta área de trabajo requiere una gran capacidad de resiliencia debido al estrés e

impacto emocional que conlleva el dolor, muerte de los pacientes y sobrellevar las emociones de los familiares que los acompañan.

La despersonalización se podría desplegar en ambas áreas como un mecanismo de afrontamiento inadecuado por el agotamiento debido a su trabajo o una forma de endurecimiento emocional con el fin de evitar verse afectados por las situaciones de aquellos que reciben atención médica, lo que deriva en un trato frío, impersonal e irritable con los pacientes (Martínez Pérez, 2010).

Otro descubrimiento importante en el presente trabajo es que del grupo de encuestados existen 5 personas, las cuales cuentan con presencia de burnout debido a que cumple con altos niveles en las dos primeras categorías y bajo en la tercera, en emergencias (n=1) y en unidades de terapia intensiva (n=4). Esto quiere decir que este grupo requiere un acercamiento e intervención para realizar más evaluaciones al respecto, debido al impacto negativo que puede conllevar en el ámbito personal, familiar y laboral. Pueden ser como: variaciones en su comportamiento, abuso de sustancias, depresión, disminución en la calidad de su desempeño laboral y aumento de errores médicos con disminución en la seguridad de los pacientes, ausentismo laboral, falta relacionamiento social, límites difusos entre su vida personal y ambiente de trabajo (Ortiz Luna et ál, 2016).

Para Carrillo-Esper et ál. (2012) durante los últimos años en el personal sanitario se ha observado un aumento en la prescripción de antidepresivos y ausentismo laboral debido al desgaste emocional y mental. Lo que evidencia la necesidad de implementar una política de salud pública para disminuir su impacto social. Lo que coincide con las recomendaciones del presente trabajo.

Limitaciones:

Es esencial mencionar una serie de limitaciones que afrontó el presente estudio. En primer lugar, el acceso a los participantes, los cuales son profesionales con una excesiva carga de trabajo, con horarios rígidos y poca disponibilidad de tiempo libre.

De igual manera, existe acceso restringido a los hospitales de tercer nivel tanto por organización institucional como por las medidas de bioseguridad durante la pandemia y la contingencia del paro nacional, razón por la cual la encuesta fue ejecutada de forma virtual.

Otro limitante fue que aun cuando se realizó las gestiones debidas, las respuestas a la encuesta de profesionales de emergencias, fue insuficiente para representar al universo. Podría ser debido a la influencia negativa del momento en la ocupación laboral de esta área de trabajo. Como fue el paro nacional y las restricciones del COVID-19.

El acceso a fuentes bibliográficas sobre el tema es escaso sobre todo a nivel Nacional y la disponibilidad del test de Maslach para su utilización es complicada debido a que no existe aún una estandarización específica que se encuentre adaptada a la población ecuatoriana.

Conclusiones

1. El riesgo de Síndrome de Burnout en los médicos que trabajan en emergencias y terapia intensiva de hospitales de la ciudad de Quito es alto, constituyendo un problema para la salud mental de los profesionales y un limitante para la calidad de atención al paciente, por lo cual se acepta la hipótesis planteada.
2. Los médicos de emergencias y terapia intensiva del sector público tienen mayor riesgo de Síndrome de Burnout en la categoría de realización personal, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación.
3. Los médicos que trabajan en terapia intensiva tienen mayor riesgo de Síndrome de Burnout en la categoría despersonalización, siendo aceptada la hipótesis de investigación.

Recomendaciones

1. Se requiere continuar investigaciones en este tema que aporten para organizar un plan integral de detección temprana, soporte y prevención del Síndrome de Burnout para los médicos de áreas críticas.
 2. Establecer dentro de los procedimientos periódicos de las evaluaciones de salud ocupacionales en los hospitales, conjuntamente con la identificación de los factores de riesgo psicosocial la realización de test psicométricos que permitan identificar la presencia o riesgo de Burnout entre los empleados.
 3. Los planes de prevención del Síndrome de Burnout para los médicos de terapia intensiva, debería priorizar cambios a nivel organizacional y personal para evitar la
-

despersonalización y enfocarse en estrategias para enfrentar este problema. Como son: mejorar su estilo de vida cumpliendo las necesidades biológicas y psicológicas de los profesionales, flexibilización de turnos y rotación de horarios de trabajo, realización de terapias de grupo e individuales que fortalezcan la confianza, trabajo en equipo, autoestima y permitan una adecuada adaptación al entorno (MSP, 2020).

4. Para los médicos de áreas críticas del sector público se debe trabajar con mayor énfasis en temas de realización personal. Como por ejemplo: mejorar el clima laboral y las expectativas de desarrollo profesional, creación de incentivos para el desempeño laboral de los trabajadores como publicaciones del empleado del mes, premiaciones, ascensos, etc.... (Ortiz Luna et ál, 2016).
 5. Se evidencia la existencia de 5 personas con la presencia del síndrome de burnout, como sugerencia se debería contactar para informarles sobre los resultados y recomendar la búsqueda de una atención especializada, que incluye a las Unidades de Seguridad y Salud Ocupacional dentro de su organización de trabajo. Además, de una derivación necesaria a profesionales de salud mental, quienes a partir de más evaluaciones especializadas como entrevistas diagnósticas y aplicación de test complementarios de apoyo podrán determinar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones futuras. Según Lovo (2020) el método psicoterapéutico más eficaz sigue los principios de la terapia cognitivo-conductual. Se puede estructurar en 4 fases: reducir los síntomas, comprensión de la personalidad, creación de mecanismos para afrontar problemas o disminuir el estrés laboral y la planificación del futuro con el fin de establecer límites saludables entre el trabajo y la vida privada (Ortiz Luna et ál, 2016).
-

CAPÍTULO V: REFERENCIAS

Referencias

- Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
- Amaya Sandoval, B. L., Noroña Salcedo, D. R., y Vega Falcón, V. (2021). Factores psicosociales relacionados con el síndrome de Burnout en médicos asistenciales del Hospital IESS Latacunga. *Revista San Gregorio*, 1(46), 47-61. <https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/1700/4-BLANCA>
- Aranda Beltrán, C., Barraza Salas, J. H., Romero Paredes, J. J., Quiñonez Zárate, L. A., Cenicerós Cabrales, A. P., González Ortega, G., y Esparza Piña, J. A. (2015). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 245-254. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138005>
- Arrogante, O., y Aparicio-Zaldivar, E. G. (2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Atila Balan, S., Bubenek-Turcon, Ş. I., Droc, G., Marinescu, E., Nita, E., Camelia Popa, M., Popescu-Spineni, D., & Tomescu, D. (2019). Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 26(1), 31-36. <http://dx.doi.org/10.2478/rjaic-2019-0005>
- Backes, M. T., Erdmann, A. L., y Büscher, A. (2015). The living, dynamic and complex environment care in Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 411–418. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
- Beltrán, J. M., y Carvajal, A. B. (2019). Agotamiento profesional en personal de enfermería y factores de riesgo psicosocial. *Archivos venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4), 501–508. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964256022>
- Caicedo, A. J., y Rivera, L. (2021). Hospital selection in emergency medical service systems: A literature review. *Gerencia y Políticas de Salud*, 20(0), 1-25. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps20.hsem>
-

- Calvopiña Molina, A., y López Cueva, M. A. (2017). Síndrome de burnout en médicos de cuidados críticos: una alarma de agotamiento emocional y psicopatía. *Rev Fac Cien Med (Quito)*, 42(1), 56-64.
https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v42i1.1519
- Carlin, M., y de los Fayos, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., y Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México*, 28(6), 579-584.
- Cifuentes-Casquete, K., y Escobar-Segovia, K. (2021). Factores de riesgos psicosociales y Síndrome de Burnout en un hospital de Guayaquil, ante la emergencia sanitaria por COVID-19. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 9(1), 43-50. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v9i1.411>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2020, julio). *Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial No. 248. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/13201-registro-oficial-no-248>
- Domínguez Fernández, J. M., Herrera Clavero, F., Villaverde Gutiérrez, M. D. C., Padilla Segura, I., Martínez Bagur, M. L., y Domínguez Fernández, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención primaria*, 44(1), 30-35.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.004>
- Enzmann, D., y Schaufeli, W. (1998). *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis.
- Flores Díaz, J. C., y Imbaquingo Beltrán, G. E. (2019). Evaluación del síndrome de Burnout en el personal médico que labora en un hospital de la ciudad de Quito-Ecuador. *RECIAMUC*, 1(4), 649-683.
<https://doi.org/10.26820/reciamuc/1.4.2017.649-683>
- Frutos-Llanes, R., Jiménez-Blanco, S., y Blanco-Montagut, L. (2014). Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(7), 357-365.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.008>
- Gil Lacruz, M. (2007). *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
-

- Gilla, M. A., Belén Giménez, S., Moran, V. E., y Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *LIBERABIT. Revista Peruana De Psicología*, 25(2), 179-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2), 261–268. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16715210>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). Hutchinson, T. A., Haase, S., French, S., y McFarlane, T. A. (2014). Stress, Burnout and Coping among Emergency Physicians at a Major Hospital in Kingston, Jamaica. *The West Indian medical journal*, 63(3), 262–266. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663908/pdf/wimj-63-0262.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022, abril). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2019*. Boletín Técnico N°01. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Bolet%C3%ADn_T%C3%A9cnico_RAS_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022, junio). *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2021*. Boletín Técnico. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2021/Bolet%C3%ADn%20t%C3%A9cnico_ECEH_2021.pdf
- Jiménez Murillo, P. A. (2018). Síndrome de Burnout en personal de salud de Unidades de Medicina Crítica. *Revista Médica Científica Cambios*, 17(2), 34-39. <https://doi.org/10.36015/cambios.v17.n2.2018.301>
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, (70), 110–120. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 13(2), 177-187. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5039/4865>
- Malaquin, S., Mahjoub, Y., Musi, A., Zogheib, E., Salomon, A., Guilbart, M., y Dupont, H. (2017). Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric
-

- cross sectional survey. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 36(4), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2016.06.011>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, (112), 42–80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory (Vol. 3). Scarecrow Education.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., y Jackson, S. (1997). *Inventario Burnout de Maslach*. (N. Seisdedos, Trad.) TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1986). Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto.
- Ministerio de Salud Pública. (2020, marzo). *Protocolo de Prevención del Riesgo Psicosocial en Intervinientes Operativos Y Administrativos en COVID -19*. MTT2-PRT-010. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-PREVENCI%C3%93N-DE-RIESGOS-PSICOSOC-MTT2-2020.pdf>
- Ministerio Del Trabajo, Lara, J., Victoria Játiva, M., Pando, K., y Cárdenas, I. (2018). *Guía para la implementación del programa de prevención de riesgos psicosociales*. (p. 7). Quito: Seguridad, Salud en el Trabajo y Gestión integral de Riesgos.
- Miranda-Ackerman, R. C., Barbosa-Camacho, F. J., Sander-Möller, M. J., Buenrostro-Jiménez, A. D., Mares-País, R., Cortes-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández del Valle, C. o., Solano-Genesta, M., Fuentes-Orozco, C., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., y González-Ojeda, A. (2019). Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 24(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
- Muñoz del Carpio Toya, A., Arias Gallegos, W. L., y Caycho-Rodríguez, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139>
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., y Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19:
-

- una puesta al día. *Medicina Clínica*, 157(3), 130-140.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. (2021). *Cuidando a quienes cuidan: programas nacionales de salud ocupacional para los trabajadores de la salud Resumen de políticas*. International Labour Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11th ed.). <https://icd.who.int/es>
- Ortiz Luna, Á., Vargas Monroy, A., Torres Rey, C., Martínez Carrillo, E., Villalobos Fajardo, G., López Giraldo, G., Monsalve Rangel, J., Montalvo Villegas, M., y Ministerio del Trabajo. (2016). *Síndrome de agotamiento laboral - Burnout. Protocolo de prevención y actuación* (1st ed.). Pontificia Universidad Javeriana.
- Parra, M. O. (2017). Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta colombiana de cuidado intensivo*, 17(4), 258-268. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2017.08.006>
- Patlán Pérez, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Salud Uninorte*, 35(1), 156–184. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81762945010>
- Ritter, R. S., Stumm, E. F., Kirchner, R. M., Rosanelli, C. P., & Ubessi, L. D. (2012). Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria. *Enfermería Global*, 11(3), 210-223. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834796012>
- Rivera Guerrero, Á., Ortiz Zambrano, R., y Navarrete Freire, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado*, 8(2), 1-7. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008595/16488-144814485158-1-sm.pdf>
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 72-88. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006>
-

- Sarmiento Valverde, G. S. (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(1), 67-72.
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.11>
- Shanafelt, T. D., y Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129-146.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Téllez, B. R., y Granillo, J. F. (2015). Historia de la medicina crítica. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 60(2), 156-159.
- Toala, F. G. T., Piñeiros, V. I., Moreno, A. P., Coronel, E. A. R., Tamayo, J. C., y Mallea, M. 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>
- Veletanga, J. (2019, Julio 31). Alta prevalencia de burnout en personal sanitario de tres hospitales públicos. *Edición Médica*.
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/estudio-determina-alta-prevalencia-de-burnout-en-personal-sanitario-de-tres-hospitales-del-msp-94536>
- Veloz, A. F. V., Pachacama, N. R. A., Segovia, C. M. M., Veloz, E. C. T., y Veloz, M. F. V. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).
<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>
- Vinkers, C. H. (2021). Burn-out: An elusive concept. How do we move forward? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165(8). D5581
- Yacizi, M. U., Teksam, O., Agın, H., Erkek, N., Arslankoylu, A. E., Akca, H., Esen, F., Derinoz, O., Yener, N., Kilinc, M. A., Yilmaz, R., Koksoy, Z., Kendirli, T., Anil, A. B., Yıldızdas, D., Ozturk, N., Tekerek, N., Duyu, M., Kalkan, G., . . . Bayrakçı, B. (2019). The Burden of Burnout Syndrome in Pediatric Intensive Care Unit and Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 37(12), 955–961.
<https://doi.org/10.1097/pec.0000000000001839>
- Zakaria, M. I., Remeli, R., Ahmad Shahamir, M. F., Md Yusuf, M. H., Azizah Ariffin, M. A., y Noor Azhar, A. M. (2021). Assessment of burnout among emergency medicine healthcare workers in a teaching hospital in Malaysia during COVID-
-

19 pandemic. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 28(4), 254–259.

<https://doi.org/10.1177/1024907921989499>

CAPÍTULO VI: ANEXOS

Consentimiento Informando Individual

Consentimiento Informado

En el día _____ del mes de _____ del año _____

Yo _____ con número de cédula _____

Por voluntad propia doy el consentimiento para participar en la investigación denominada “Análisis comparativo de detección de riesgo de Síndrome de Burnout entre médicos intensivistas y emergenciólogos”, donde se llevará a cabo la realización de un Cuestionario Sociodemográfico-Laboral y el “Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI)” que demorará en alrededor de 10 min, será aplicado por parte de la estudiante Micaela Fustillos perteneciente a la carrera de Psicología de la Universidad Internacional SEK. Por este medio informo que tengo claridad de los objetivos y los procesos a realizar dentro de esta investigación, la información recolectada es confidencial y solo se usará con fines académicos. Hago constar que he leído y entendido en su totalidad, por lo que firmo y acepto su contenido.

Firma del participante _____

Firma del investigador  _____

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca= 0	Pocas veces al año o menos= 1	Una vez al mes o menos= 2	Unas pocas veces al mes o menos= 3	Una vez a la semana= 4	Pocas veces a la semana= 5	Todos los días= 6
Me siento "quemado" por mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento muy activo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento frustrado en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que estoy trabajando demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntajes de las escalas

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítems	Puntajes por subescala	Indicios Bornou
Agotamiento emocional	EE	1,2,3,6,8,13,14,16,20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5,10,11,15,22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4,7,9,12,17,18,19,21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56