



Maestría en
Epidemiología

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

TESIS

Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras
en los hospitales públicos, de la Región Metropolitana.

Presentado por Dr. Fernando Rafael Marichal Bustamante

Tegucigalpa MDC; 17 de octubre del 2022

TABLA DE CONTENIDO

I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema.....	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos de investigación.....	4
IV.1 Objetivo general.....	4
IV.2 Objetivos específicos.....	4
V. Marco teórico	5
V.1 Factores psicosociales	5
V.2 Antecedente históricos del síndrome de Burnout	6
V.3 Definición.....	7
V.4 Signos y síntomas	7
V.5 Diagnóstico	8
V.6 Tratamiento	9
V.7 Efectos del síndrome de burnout	9
V.8 Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados.....	10
V.9 Estudios en Honduras	12
VI. HIPOTESIS DE INVESTIGACION	14
VII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	15
VIII. Metodología	21
VIII.1 Tipo de estudio	21
VIII.2 Población médica y enfermeras	21
VIII.4 Universo.....	21
VIII.5 Área geográfica de estudio	22
VIII.6 Tamaño de muestra y Técnica de Muestreo.....	22
VIII.7 Criterios de inclusión y exclusión	22
VIII.8 Procedimientos	24
VIII.9 Recursos humanos y materiales.....	26
VIII.10 Aspectos éticos del estudio	26

VIII.11 Procesamiento de datos	27
VIII.12 Plan de análisis	27
IX. Resultados	28
X. Discusión	43
XI. Conclusiones	46
XII. Recomendaciones	47
XI. ANEXOS	51
XI.1 Consentimiento Informado	51
XI.2 Instrumento	53

I. Introducción

El síndrome de burnout, conocido en la literatura de habla hispana como síndrome de desgaste profesional y más recientemente como síndrome de quemarse, es una patología cuyo impacto se ha acrecentado en las últimas décadas. Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson, elaborada al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta, que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE), definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás. Altos niveles de despersonalización (DP), se define como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, y una reducida realización personal (RP), que se caracteriza por una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima. El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido.

En Honduras se ha estimado una prevalencia del síndrome Burnout de 12%.¹ En España la prevalencia estimada del síndrome de burnout para la población de profesionales sanitarios fue del 25,8%.²

lo anterior está relacionado con la carga laboral, turnos rotativos, stress laboral, horas laborales y estabilidad emocional entre otros- La importancia de estudiar el síndrome de burnout en el ámbito de la salud radica en el impacto a los profesionales de la salud, quienes al sufrir este síndrome pueden deshumanizarse, afectando tanto su calidad de vida como la atención integral hacia el enfermo y afectar el sistema de salud; por lo cual existe la necesidad de realizar más estudios sobre este tema para lograr una adecuada intervención en conjunto con las normativas del código del trabajo, mediante la prevención y promoción de la salud.

En este trabajo se planteó la realización de un estudio transversal analítico de casos y controles para determinar los factores asociados a Síndrome de Burnout. En los primeros apartados de este documento se planteo y se justifico el problema de los factores asociados al Síndrome de Burnout. Seguido de los objetivos del estudio, marco teórico, operacionalización de las variables y metodología. Los resultados demostraron que hay asociación de algunos factores relacionados con el Síndrome de Burnout. Posteriormente se realizó una amplia discusión sobre como se contratan los resultados obtenidos en este estudio en relación con la literatura, se plantearon las conclusiones y recomendaciones sobre los factores asociados al Síndrome de Burnout. La evidencia generada por este estudio sustentaría que el Síndrome de Burnout es una de las enfermedades modernas no

solo en el personal de salud, sino que también a toda persona que tiene relación con pacientes o clientes.

II. Planteamiento del problema

El siguiente estudio analítico realizado, fue asociar factores psicosociales y demográficos al síndrome de burnout en médicos y enfermeras, desempeñándose en las cuatro especialidades básicas de hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020. El síndrome de burnout es uno de los padecimientos más comunes de la era moderna, en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba el síndrome de burnout un riesgo para el trabajador debido al deterioro tanto físico como mental que ocasiona en el mismo.¹ La definición más conocida es la de Maslach y Jackson, quienes explican que el burnout es un síndrome tridimensional, cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), caracterizado por agotamiento emocional (cansado, exhausto), despersonalización (actitudes negativas, de trato frío) y bajo logro o realización personal en el trabajo (no afronta las exigencias laborales).⁽¹⁾ De esta manera, el individuo exhibirá los tres componentes durante su vida laboral en reiterados momentos, ya sea en el mismo trabajo o en otro. Los síntomas específicos de acuerdo al grado de desarrollo del síndrome se clasifican de la siguiente manera: Leves, si el afectado presenta quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana, Moderados, si además de lo anterior hay cinismo (indiferencia), aislamiento, suspicacia y negativismo, Graves, si incluye enlentecimiento, automedicación, ausentismo, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas, Extremos, con aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios.²

Por otra parte, las consecuencias del estrés laboral no afectan sólo a las personas que lo padecen, los efectos pueden incidir también sobre la institución donde labora; de este modo, posibles consecuencias son las pérdidas en el trabajo, el incremento del ausentismo, las ineficiencias, los errores, entre otras.³ El síndrome de burnout afecta especialmente a los profesionales cuya labor se basa en la relación con otras personas, ya sean enfermos o clientes. Tomando en cuenta lo anterior, los efectos en profesionales de la salud son de particular interés; existe un conjunto de factores estresantes asociados con el desempeño de la profesión médica, entre los cuales figuran la sobrecarga de trabajo, los pacientes "difíciles", el poco tiempo para la atención y el salario insuficiente, entre otros.⁴ Específicamente en el personal de enfermería, este síndrome genera alteraciones que afectan el bienestar de la población atendida, de manera que minimiza el reconocimiento social de estos profesionales de la salud, por lo cual se deben implementar medidas

preventivas en aquellos con puntuaciones más altas en áreas de cuidados paliativos en relación con parámetros fisiológicos y psicológicos.⁴

Ya se ha descrito este problema en Honduras, en 2009 se reportaron prevalencias de 12% para la dimensión de agotamiento personal, 66% para la dimensión de despersonalización y el 54% para la dimensión de baja realización en los hospitales públicos del municipio de Tegucigalpa departamento de Francisco Morazán. Pero aún falta realizar más estudios que describan este tema y que lo analicen para poder lograr una adecuada intervención mediante la prevención y promoción de la salud en conjunto con las normativas del código del trabajo. Ya que mediante mayor antigüedad laboral tenga una persona se agudizan los síntomas.

Tomando en cuenta los anterior, se planteó este estudio analítico para responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras en los hospitales públicos, de la Región Metropolitana? ¿en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020?

III. Justificación

El estudio que se realizó tiene como propósito generar información que permita a las instituciones involucradas, y a la comunidad científica en general, la creación de planes de abordaje y prevención de este problema entre la población estudiada; se detectaron tempranamente los médicos y enfermeras que están en riesgo de desarrollar este o que lo estén padeciendo. Por lo cual, los principales beneficiarios de este estudio serán los médicos y enfermeras de las instituciones donde se desarrolló el estudio.

El estudio que se planteo es analítico (caso y controles) que permitió aportar información al vacío que hay en Honduras, como se ha mencionado antes, los pocos estudios existentes son descriptivos y hace falta estudios analíticos que permitan identificar los factores de riesgo y de protección de este problema en la población estudiada; este estudio no llenará completamente este vacío de conocimiento. Se considero que realizar este estudio no requirió largos periodos de tiempo o de recurso financiero por lo cual se consideró factible. El desarrollo de este estudio fue posible, porque el investigador principal (maestrante) cuenta con el acceso a las autoridades de los diferentes departamentos de los hospitales elegidos, no se requirió de muchos recursos económicos, más que los previstos en el presupuesto presentado en la sección IX.2, todos los insumos requeridos para completar el estudio estuvieron bajo el control del maestrante. Tampoco se requirió de tiempo excesivamente largo, en la metodología se planteó, aprovechar las reuniones de

las sesiones clínicas de cada departamento, donde se obtuvo acceso a la población en estudio de una sola vez, la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, permitiendo obtener resultados en el tiempo planificado por la Maestría en Epidemiología.

IV. Objetivos de investigación

IV.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras en los hospitales públicos, de la Región Metropolitana, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020.

IV.2 Objetivos específicos

1. Estimar la proporción del síndrome de burnout en la población en estudio.
2. Describir las variables sociodemográficas en la población en estudio.
3. Describir variables psicosociales en la población en estudio.
4. Estimar la asociación y la fuerza de asociación en los factores relacionado con el síndrome de burnout mediante un modelo de regresión logística.

V. Marco teórico

V.1 Factores psicosociales

La pobreza es uno de los principales factores en la flexibilización y precarización de las condiciones de trabajo del sector salud, produciendo un deterioro en la calidad de vida y en las formas de trabajo que impacta la salud de los trabajadores y se incrementan los accidentes laborales y las enfermedades ocupacionales; hay autores que sugieren que el modelo económico (capitalismo) implantado en América Latina es el responsable del incremento de la pobreza, aumentando la inequidad e impactando en la salud de los trabajadores.⁵ La importancia de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores se ha ido reconociendo de forma más amplia, lo que ha dado a un aumento y profundización del tema. El comienzo más formal de la preocupación por los factores psicosociales y su relación con la salud laboral inicia en la década de 1970, fechas a partir de las cuales la referencia a ellos y la importancia otorgada ha ido creciendo, al mismo tiempo que el tema ha ganado amplitud, diversificación y complejidad, pero también ambigüedad e imprecisión.⁶

La Nota Técnica de Prevención 443 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en 1997, definió a los factores psicosociales como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la institución, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, que tienen la capacidad para afectar el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador, así como al desarrollo del trabajo”.⁷ El Comité Mixto para la Salud y el Trabajo de la OIT y la OMS define los factores psicosociales en el trabajo como: Las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador y sus necesidades, su cultura y su satisfacción personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo.⁸ Históricamente, la atención sobre la amenaza a la salud proveniente del área laboral, se han centrado en los riesgos físicos, químicos y ambientales. Los daños directos más inmediatos a la salud suelen provenir de dichos factores, causantes de la mayor parte de los accidentes y las enfermedades laborales o relacionadas con el trabajo. La legislación europea, se ha ocupado principalmente de tales factores mediante la legislación adecuada que trata de prevenir y controlar tales riesgos⁹. Se han postulado tres formas prevalentes de referirse a ellos: 1) factores psicosociales, 2) factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés y 3) riesgos psicosociales.⁶

V.2 Antecedente históricos del síndrome de Burnout

El término burnout no es nuevo. Schaufeli y Buunk citan el caso de la obra *El peregrino apasionado*, donde desde 1599 se refiere a la "extinción del amor como el fuego en la paja": burned-out love. Como aspecto psico laboral, los orígenes quizás se remontan al estudio de baja moral y despersonalización de la enfermera psiquiátrica Miss Jones publicado en la década de 1950 por Schwartz y Will; o la novela de Graham Greene, *Un caso de burnout* en 1960, donde se describe la historia de un arquitecto atormentado y desgastado psicológicamente. Poco después en 1969, Bradley cita el concepto de staff burnout como un riesgo en personal de un programa comunitario para tratar adolescentes delincuentes. Aunque en la década de 1970 Ginsburg publica *The problem of the Burned out executive*, es a Freudenberger a quien frecuentemente se atribuye el "descubrimiento", pues da cuenta de un síndrome clínico que lo aquejaba a él y a sus colegas que atendían a víctimas de adicciones, y lo definió como un estado de deterioro de energía, de pérdida de motivación y de compromiso, que se acompaña por un amplio abanico de síntomas físicos y mentales.¹⁰

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo "a burnout case". Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. Maslach en su descripción del síndrome, limitó el Síndrome de Burnout (SB) a los profesionales que interactúan con personas en su ambiente laboral. En 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas.¹¹

Los primeros grupos profesionales en los que se estudió el síndrome de burnout, estaba compuesto por trabajadores del sector salud (médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, psicólogos y otros), los policías y los profesores, como profesiones de servicios humanos. En ese sentido, las primeras explicaciones al síndrome de burnout fueron de tipo psicosocial y aludían a los procesos de intercambio entre los profesionales

y los usuarios de su trabajo. La idea central de estas teorías es que, entre ambos, existe desequilibrio entre las relaciones. Por ejemplo, el paciente depende de su médico, y este no solo es responsable de su salud, sino que además es quien percibe directamente su dolor y sufrimiento, lo que genera una relación desigual que termina por sobrecargar al profesional. Para el caso de las enfermeras, el modelo de Bunnk y Schaufeli señala que son tres las fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social en este grupo profesional: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.¹²

V.3 Definición

El síndrome de burnout, conocido en la literatura de habla hispana como síndrome de desgaste profesional y más recientemente como síndrome de quemarse. Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson, elaborada al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta, que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE), definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás. Altos niveles de despersonalización (DP), se define como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, y una reducida realización personal (RP), que se caracteriza por una desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima. El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido.^{13,14} Entre las consecuencias del síndrome de burnout se describen alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Además, se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.¹⁵

V.4 Signos y síntomas

La forma y el ritmo con que se producen estos cambios degenerativos en el estado de salud del trabajador afectado no son iguales en todos los casos. En este sentido, y si bien no siempre será fácil delimitarlos en la práctica, se han descrito 4 formas de evolución de esta patología:¹⁶

Leve: presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), y se vuelven poco operativos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma, es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio.

Moderada: aparece insomnio, déficit en atención y concentración, tendencia a la automedicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo (miente con descaro y deshonesto), fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Grave: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.

Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio

V.5 Diagnóstico

La prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), y Realización personal (8 ítems).¹⁷

Dimensiones	Ítems	Resumen del contenido
Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22	Describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	Describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás

Fuente: Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. Semergen 2014; 40(7):357-65

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando los valores de cada ítem que las componen, y un hecho característico de este cuestionario es la relación dimensional existente entre la puntuación y el grado del Síndrome de Burnout, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada dimensión en 3 grados, que definen un nivel

de síndrome de Burnout experimentado como leve, moderado/grave y grave, según criterios seguidos por la mayoría de los autores consultados.¹⁸

Puntuación y graduación de la escala Maslach

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	≤18	19-26	≥27
Despersonalización	≤5	6-9	≥10
Realización personal	≥40	34-39	≤33

Fuente: Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen* 2014; 40(7):357–65

Hay que señalar que las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Por tanto, podemos extraer los siguientes grados del Síndrome de Burnout:

Leve: en caso de obtener un bajo AE, una baja DP y una alta RP en el trabajo.

Moderado/grave: en el caso de cumplir uno o 2 criterios graves.

Grave: si se cumplen los 3 criterios propuestos desde el manual original para definir la enfermedad, es decir, un alto AE, una alta DP y una baja RP.¹⁸

V.6 Tratamiento

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. De acuerdo con Hillert y Marwitz, el tratamiento debe concentrarse en tres factores: 1) Alivio del estrés, 2) Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte y 3) Vuelta a la realidad.⁽¹⁹⁾ Si la manifestación del síndrome de burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia. Para evitar el síndrome de burnout de los enfoques mencionados, las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo y la práctica de las sesiones de supervisión. Esto trae un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización.¹⁹

V.7 Efectos del síndrome de burnout

Para la reducción de los efectos de la tensión y prevención del síndrome burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientes laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los siguientes hallazgos: a) reconocimiento de burnout, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento. Esto implica reconocer la existencia del síndrome y los factores asociados.

Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control prevacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas. ¹⁹

El hecho de que el cuestionario de Maslach mida los estadios de burnout en ausente, leve, moderado y severo, facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud. En concordancia con otros investigadores pueden diferenciarse las tres fases del síndrome burnout que permiten realizar diferentes tipos de intervenciones de acuerdo con la fase evolutiva de cada una:

A) Fase de estrés laboral: ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales; hay un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés. ¹⁹

B). Fase de exceso o sobreesfuerzo: el sujeto reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales, como: ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como la aparición de conductas egoístas, se siente ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales, falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo. ¹⁹

C) Fase de enfrentamiento defensivo: cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; así el sujeto aparece emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, más ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás por sus problemas. Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del burnout que está padeciendo. ¹⁹

V.8 Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados

Se destacó un estudio en Venezuela donde que ningún trabajador presentó Síndrome de Burnout ya que las dimensiones despersonalización y realización personal con 88.2% se ubicaron en un nivel bajo. ²⁰ En España un estudio formado por 435 profesionales sanitarios escogidos de forma aleatoria destinados en diferentes hospitales y residencias geriátricas de la provincia de Granada (España), la prevalencia estimada de burnout alto para la población de profesionales sanitarios, a partir de la totalidad de la muestra considerada, fue del 25,8% (IC95% 21,79 y el 30,02%). La prevalencia estimada de niveles altos de burnout en los profesionales de enfermería fue del 32,2%, con intervalo asociado entre el 24,89 y el 39,96%; la estimación de la prevalencia del burnout a partir de la información

recogida en auxiliares de enfermería fue del 22,66%, con intervalo asociado de extremos 17,19 y 28,64%. ²¹

En Cuba una muestra de 47 enfermeras de la ciudad de Arequipa. El rango de edad osciló entre 23 a 68 años con una media de 39,19 años y desviación estándar de $\pm 11,74$. Asimismo, el 89,4 % son mujeres y el 10,6 % varones. El 23,4 % laboraba en postas de salud, el 14,9 % trabajaba en el sector privado, el 4,3 % en el Hospital de la Policía, el 10,6 %, el 21,3 % en el Ministerio de Salud y el 25,5 % en Salud. El 61,7 % eran casadas, el 36,2 % soltero y el 2,1 % viudas. El 36,2 % no tiene hijos; el 8,5 % tiene un hijo; el 27,7 % tiene dos hijos, el 23,4 % tiene tres hijos y el 4,2 % tiene cuatro hijos. Asimismo, el 78,7 % gana un sueldo superior al mínimo el 17 % gana un sueldo equivalente al mínimo y el 4,3 % gana un sueldo inferior al mínimo. Además, el 44,7 % de la muestra lleva trabajando menos de 5 años, 17 % entre 5 y 10 años y el 38,3 % trabaja más de 10 años. ²²

Se realizó un estudio en 57 trabajadores asistenciales pertenecientes al Hospital Municipal de Bolívar, en Colombia el total de evaluados, la prevalencia de este síndrome detectada en el estudio fue de 10,5 % (6 de 57). De la anterior proporción 83,3 % son mujeres (5 de 6) con edad promedio 44,4 años y en el cargo, cerca de 3,6 años (DS 1,4). De ellos, 66,0 % son casados y 33,3 % solteros. Según los cargos, las personas más afectadas fueron las auxiliares de enfermería (83,3 %); no así el personal médico. ²³

En Perú el tamaño muestral fue de 5067 profesionales de salud De la población estudiada, la prevalencia del síndrome de burnout fue mayor en médicos con respecto a las enfermeras, independientemente del punto de corte usado (3,7 vs 2,1% en valores predeterminados; 10,2 vs 6,1% con cuartiles; y 16,2 vs 9,5% usando terciles como puntos de corte). La dimensión del MBI-HSS con mayor prevalencia en ambas poblaciones fue la baja RP: 19,4% (IC95%: 17,91-20,80) con valores predeterminados, 37,7% (IC95%:35,88-39,46) para terciles y 26,4% (IC95%:24,74-27,97) según el análisis por cuartiles. ²⁴

En un estudio en la población de médicos y enfermeras de una provincia de Ecuador durante el año 2016. Se encontró en la dimensión de agotamiento emocional que 122 (73.5%) participantes tenían un nivel medio/ bajo mientras que 44 (26.5%) un nivel alto. En cuanto a la dimensión de despersonalización la muestra presenta que 123 (74.1%) tenían un nivel medio/alto y 43 (25.9%) un nivel alto y finalmente 107 (64,5%) tenían un nivel medio/bajo y 59 (35.5%) un nivel alto. ²⁵

En Colombia La población diana la constituyó el personal sanitario en el área urbana de Florencia La población accesible la conformaron 300 trabajadores de la salud. Con respecto al síndrome de burnout analizado por cada dimensión, se aprecia que el

agotamiento emocional se percibe aproximadamente en el 80 % una baja puntuación los trabajadores y un 6 % expresa alta intensidad. Con relación a la realización personal, se evidencia puntuaciones altas y media en el 73 % de la población, y en cuanto a la despersonalización, el 49 % refleja una baja puntuación, mientras que el 12,3 % alta puntuación.²⁶

V.9 Estudios en Honduras

En Honduras se han estimado una prevalencia del síndrome Burnout de 12% (41/324 personas estudiada), en las dimensiones presentaron puntaje alto en: agotamiento emocional 60(18%) ,despersonalización, 65(20%), realización personal, 218 (67%); presentaron puntaje medio en: agotamiento emocional 51(15.7%), despersonalización 84(25.9%) y realización personal 59 (18.2%); presentaron puntaje bajo en: agotamiento emocional 213(65.7%),despersonalización 175 (54%),realización personal 47 (14.5%) La distribución del síndrome por grupo etario, el síndrome se presentó entre 25 a 39 años (63.3%) del total de la población de estudio, disminuyendo en los rangos menores de 25 y mayores de 39 años.²⁷

La presencia del síndrome se comportó en forma diferencial, predominando el sexo femenino 26 (8%) y masculino 15 (4%). La presencia del síndrome según la situación conyugal del trabajador apareció en los solteros 17 (5 %), seguido de casados 10 (3%) y en tercer lugar unión libre 7 (2%). En cuanto a la tenencia de hijos, la presencia del síndrome fue mayor en aquellos trabajadores que tenían hijos 29 (8.9%), estratificando el número de ellos, los que tenían de 1 a 2 hijos (4.6%) ocupó el primer lugar, seguido de 3 a 4 hijos 12 (3%) y para los trabajadores con el síndrome y sin hijos fue de 12 (3%). Respecto al tipo de profesión, se presentó una mayor presencia del síndrome en el grupo de enfermeras auxiliares 21 (6.5%), seguida de médicos residentes 14 (4.3%) y en último lugar las licenciadas en enfermería 6 (1.8%).²⁷

El grupo de las auxiliares en enfermería ocupa el primer lugar, que representa al 6% del 12.7% que presentaron el síndrome. En segundo lugar, los médicos residentes con 4% y quienes menos padecieron son las licenciadas en enfermería con 1.8%. También se investigó la situación laboral de la pareja, la presencia del síndrome fue mayor en el grupo de trabajadores que la pareja laboraba 17 (5%), sin embargo, 21 (6%) eran solteras y presentaron el síndrome. Respecto al tipo de profesión, se presentó una mayor presencia del síndrome en el grupo de enfermeras auxiliares 21 (6.5%), seguida de médicos residentes 14 (4.3%) y en último lugar las licenciadas en enfermería 6 (1.8%). Se indagó la preocupación que los trabajadores tienen de las relaciones laborales que mantienen con

los compañeros de trabajo, el síndrome se presentó en los trabajadores que tenían excelentes y buenas relaciones, 8 (2 %) y 29 (9%) respectivamente.²⁷

En los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre el síndrome de burnout, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención. Considerado el creciente interés por investigar sobre el burnout en los países latinoamericanos. Por otro lado, reflexionando sobre las especificidades del contexto laboral en América Latina, en el cual no ha prevalecido el empleo digno, de buena calidad y con un paquete amplio de prestaciones, a lo cual se suman las transformaciones del mundo del trabajo a nivel tecnológico, económico, organizativo, espacial, social, político y cultural (Reygadas, 2011), que han conllevado a una decadencia de las formas tradicionales y, por el otro lado, a un aumento de otras actividades laborales, prestación de servicios, trabajo informal, la flexibilización del empleo, entre otros.²⁸

VI. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

1. Hay factores sociodemográficos que están asociados a la ocurrencia del síndrome de Burnout en la población en estudio

Hipótesis nula

- El área en que labora actualmente es igual entre los casos y los controles de la población en estudio (Ho: OR = 1)

Hipótesis alternativa

- El área en que labora actualmente es diferente entre los casos y los controles de la población en estudio (Ha: OR \neq 1)

2. Hay factores psicosociales que están asociados a la ocurrencia de síndrome de Burnout en la población en estudio

Hipótesis nula

- La carga laboral es igual entre los casos y los controles de la población en estudio (Ho: OR = 1)

Hipótesis alternativa

- La carga laboral es diferente entre los casos y los controles de la población en estudio (Ha: OR \neq 1)

VII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Identificación de la variable	Clasificación de la variable			Escala de medición	Indicadores
	Dependiente/ Independiente	Cuantitativa/ Cualitativa	Nominal, Ordinal, Discreta, Continua		
Síndrome de Burnout	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Síndrome psicológico, tridimensional, caracterizado por agotamiento emocional (cansado, exhausto), despersonalización (actitudes negativas, de trato frío) y bajo logro o realización personal en el trabajo (no afronta las exigencias laborales), medido mediante la aplicación del Cuestionario de Maslach Burnout y que se presenta cuando el sujeto presenta agotamiento emocional mayor o igual a 27, despersonalización mayor o igual a 10 y realización personal menor o igual a 33
Edad	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Condición biológica autodeterminada por el sujeto de investigación distingue dos categorías de individuos: 1.) Femenino 2.) Masculino
Estado civil	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Condición de una persona en función si tiene o no pareja en durante un periodo de 6 meses o más y se distingue en 2 categorías de individuos: 1) Con pareja 2) Sin pareja

Numero hijos	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Cantidad de menores de edad (descendiente biológico o no) de los cuales el sujeto está a cargo.
Ingreso económico Mensual	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Ordinal	Cantidad de dinero que se puede adquirir por una persona en un mes se distingue 5 categorías: 1) Menor a L11000 2) 11000lps a L16999 3) 17000lps a L21999 4) 22000lps a L27999 5) Mayor de L28000
Ocupación	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Ordinal	Actividad o trabajo que realiza un individuo se distinguen 5 categorías: 1) Médico general 2) Médico Postgrado 3) Médico especialista 4) Enfermera(o) auxiliar 5) Licenciatura en Enfermería
Horas laborales	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Cantidad total de horas al día que el sujeto de estudio que permanece en la institución donde se realiza el estudio
Antigüedad Laboral	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Cantidad de tiempo que el sujeto en estudio lleva laborando para la institución donde se realiza el estudio
Turno	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Jornada laboral en que el individuo presta sus servicios profesionales para la institución donde se realiza el estudio y consta de 3 categorías:

					<ul style="list-style-type: none"> 1) Turno A (matutino) 2) Turno B (vespertino) 3) Turno Rotativo
Días laborales	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Cantidad de días a la semana que trabaja en la institución donde se realiza el estudio
Días de descanso	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Razón	Cantidad de días libres a la semana, que el sujeto de estudio tiene disponible en la institución donde se realiza el estudio.
Pasatiempo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	<p>Actividades que dedica el sujeto de estudio cuando tiene días libres en la institución donde labora, con las siguientes categorías</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Actividades deportivas 2) Viajes 3) Actividades Domesticas 4) Turnos en área privada u otra institución 5) Otras
Hospital	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	<p>Lugar donde labora el individuo y que se aplicará el estudio; consta de 3 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Hospital Escuela Universitario 2) Hospital General San Felipe 3) Hospital Cardiopulmonar Tórax
Otro trabajo					Lugar donde labora el individuo después de finalizar su jornada en el Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe o Hospital Cardiopulmonar Tórax
Área donde labora					Área donde el sujeto de investigación labora en un hospital o clínica consta de 5 categorías:

					1)Medicina interna 2)Ginecología 3)Cirugía 4)Pediatria 5)Ninguna
Ambiente laboral en la institución.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Son las características del ambiente laboral que el sujeto en estudio está expuesto durante la jornada laboral, contiene la jornada laboral consta de 6 categorías: 1) Falta de variedad en el trabajo (rotación por diferentes áreas) 2) Ciclos cortos de trabajo 3) Bajo uso de habilidades 4) Relación conflictiva con los compañeros de trabajo 5) Relación conflictiva con los jefes de trabajo 6) Otros
Carga y ritmo de trabajo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Es el conjunto de actividades físicas y mentales que el sujeto en estudio es sometido por la institución durante jornada laboral consta de 3 categorías: 1) Exceso de trabajo 2) Alta presión temporal 3) Plazos urgentes de finalización

Relaciones interpersonales laborales	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Es la calidad de la relación o interacción entre dos o más compañeros de trabajo con el individuo de estudio y consta de 4 categorías: 1) Excelente (relación notable con los compañeros de trabajo) 2) Buena (relación llevadera con los compañeros de trabajo) 3) Mala (relación conflictiva con los compañeros de trabajo) 4) Pésima (relación bélica con los compañeros de trabajo)
Capacitaciones recibidas por la institución	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Capacitación académica o profesional que brinda la institución o promueva la participación del sujeto en estudio en 2 categorías: 1) Con capacitación por la institución 2) Sin capacitación por la institución
Interacción casa-trabajo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal	Es la interacción de elemento laborales y familiares que afecta en el ambiente de cada uno; consta de 7 categorías: 1) Estas irritable en casa porque tu trabajo es muy agotador 2) Tienes que cancelar planes con tu pareja/amigos/familia debido a compromisos laborales

					<p>3) Tu horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domesticas</p> <p>4) Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa.</p> <p>5) La situación en casa te hace estar tan irritable que descargas frustración en tus compañeros de trabajo.</p> <p>6) Los problemas con tu pareja/amigos/familia afectan tu rendimiento laboral.</p> <p>7) Ninguna</p>
--	--	--	--	--	--

VIII. Metodología

VIII.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con un componente exploratorio previo de tipo transversal para encontrar los casos en la población de médicos y enfermeras.

VIII.2 Población médica y enfermeras

Es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente.

Profesional en enfermería que asiste o atiende a personas enfermas, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, además de asistir o ayudar al médico o cirujano.

Definición de caso: médico y enfermeras, de cualquier nivel académico, con síndrome de burnout (agotamiento personal mayor o igual a 27, despersonalización mayor o igual a 10 y realización personal menor o igual a 33), que se desempeñe en cualquiera de las cuatro especialidades básicas de los hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020.

Definición de control: médico y enfermeras, de cualquier nivel académico, sin el síndrome de burnout (agotamiento personal a menor o igual a 18, despersonalización menor o igual a 5 y realización personal mayor o igual a 34), que se desempeñe en cualquiera de las cuatro especialidades básicas de los hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020.

VIII.4 Universo

La población en estudio está conformada por el personal médico y enfermería que laboran en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna en el Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe y el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital del Tórax) en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020. En estas instituciones trabaja un total de 1087 médicos y 704 enfermeras distribuidos de la siguiente manera:

Hospital Escuela Universitario:

Médicos: 858

Enfermeras(o): 304

Hospital General San Felipe:

Médicos: 176

Enfermeras(o): 351

Instituto Nacional Cardiopulmonar:

Médicos: 53

Enfermeras(o): 51

VIII.5 Área geográfica de estudio

Hospital Escuela Universitario: Boulevard Suyapa

Hospital Cardiopulmonar (tórax): Colonia Lara

Hospital General San Felipe: Boulevard Los Próceres

VIII.6 Tamaño de muestra y Técnica de Muestreo

Tamaño de muestra

Muestra de médicos y enfermeras: 70 Casos y 70 Controles. Se utilizaron las calculadoras de los programas Epi Info 7 y Epidat. Los cálculos se realizaron tomando un Intervalo de confianza de 95%, Poder estadístico de 80%, Radio de control a casos: 1:1, Porcentaje de controles expuestos: 27.03%, un Odds ratio: 2.7 y Porcentaje de casos con exposición de 50%. Se utilizó el factor de riesgo psicosocial jornada laboral. Se tomaron datos del estudio publicado de Aranda Beltrán C, Barraza Salas JH, Romero Paredes JJ, Quiñonez Zárate LA, Ceniceros Cabrales AP, González Ortega G et al. Psychosocial variables and Burnout syndrome in general physicians in Tepic, Nayarit (México).

Muestreo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para determinar el número de enfermeras y médicos en las cuatro especialidades básicas de hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central. Para alcanzar, cuando se alcanzó el número de casos se realizó a buscar los controles.

VIII.7 Criterios de inclusión y exclusión

Médicos casos

Criterio de inclusión médicos

Todo personal médico que este laborando bajo cualquier modalidad en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna en el Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe y Hospital Cardiopulmonar (tórax),

Criterio de exclusión

1. Personal médico que este de vacaciones o no pueda asistir en el momento de la recolección de datos
2. Personal médico que no acepte participar en la investigación.

3. Personal médico en servicio social o internado
4. Personal médico que por algún motivo no haya completado cualquiera de los dos instrumentos

Médicos control

Criterio de inclusión médicos

Todo personal médico que este laborando bajo cualquier modalidad en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna en el Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe y Hospital Cardiopulmonar (tórax),

Criterio de exclusión

1. Personal médico que este de vacaciones o no pueda asistir en el momento de la recolección de datos
2. Personal médico que no acepte participar en la investigación.
3. Personal médico en servicio social o internado
4. Personal médico que por algún motivo no haya completado cualquiera de los dos instrumentos

Enfermería casos

Criterio de inclusión de enfermería

Todo personal de enfermería que este laborando bajo cualquier modalidad en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna en el Hospital escuela universitario, Hospital general san Felipe y Hospital cardiopulmonar (tórax).

Criterio de exclusión

1. Personal de enfermería que este de vacaciones o no pueda asistir en el momento de la recolección de datos
2. Personal de enfermería que no acepte participar en la investigación.
3. Personal de enfermería en servicio social o práctica profesional
4. Personal de enfermería que por algún motivo no haya completado cualquiera de los dos instrumentos.

Enfermería control

Criterio de inclusión de enfermería

Todo personal de enfermería que este laborando bajo cualquier modalidad en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna en el Hospital escuela universitario, Hospital general san Felipe y Hospital cardiopulmonar (tórax).

Criterio de exclusión

1. Personal de enfermería que este de vacaciones o no pueda asistir en el momento de la recolección de datos

2. Personal de enfermería que no acepte participar en la investigación.
3. Personal de enfermería en servicio social o práctica profesional
4. Personal de enfermería que por algún motivo no haya completado cualquiera de los dos instrumentos.

VIII.8 Procedimientos

Se aplicó una prueba piloto entre médicos y enfermeras(o) en una clínica privada para validar el instrumento de recolección de datos. Una vez que se analizó la prueba piloto se realizaron los ajustes necesarios tanto para el instrumento como para el estudio. Se sometió el estudio de investigación al Comité de Ética de Investigación de cada institución para su aprobación y autorización para realizar el estudio. Se le explicó a los jefes de cada departamento implicado para explicar el estudio, luego se buscó los casos y controles en las áreas de consulta externa y salas de las distintas especialidades de las instituciones involucradas. En la consulta externa y en salas, se explicó el motivo del estudio y se invitó a participar, a los que aceptaron participar se les aplicó un consentimiento informado. Posteriormente, se aplicó el instrumento de recolección de datos que consta de dos secciones, una con la encuesta para recolección de datos de los sujetos en estudio y otra con el instrumento de Maslach Burnout que está validado para diagnóstico del síndrome de burnout (Cuestionario de Maslach Burnout, disponible en (fecha de acceso 16/agosto/2019):<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>); la aplicación del instrumento fue acompañada por el Licenciado en Psicología Antonio Escobar, asesor temático del estudio. El tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 15 minutos.

El instrumento de recolección de datos de los sujetos de estudio fue un cuestionario de tipo autoevaluación y consta de 42 preguntas, de las cuales 22 son cerradas con respuestas en escala de Likert y 20 preguntas específicas. Donde la primera página se adquirieron los datos sociodemográficos y en la segunda página el Cuestionario de Maslach Burnout validado para el síndrome de burnout.

La prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), y Realización personal (8 ítems).¹⁷

Dimensiones	Ítems	Resumen del contenido
Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22	Describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	Describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás

Fuente: Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen* 2014; 40(7):357-65

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen sumando los valores de cada ítem que las componen, y un hecho característico de este cuestionario es la relación dimensional existente entre la puntuación y el grado del Síndrome de Burnout, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada dimensión en 3 grados, que definen un nivel de síndrome de Burnout experimentado como leve, moderado/grave y grave, según criterios seguidos por la mayoría de los autores consultados. ¹⁸

Puntuación y graduación de la escala Maslach

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	≤18	19-26	≥27
Despersonalización	≤5	6-9	≥10
Realización personal	≥40	34-39	≤33

Fuente: Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen* 2014; 40(7):357-65

Hay que señalar que las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Por tanto, podemos extraer los siguientes grados del Síndrome de Burnout:

Leve: en caso de obtener un bajo AE, una baja DP y una alta RP en el trabajo.

Moderado/grave: en el caso de cumplir uno o 2 criterios graves.

Grave: si se cumplen los 3 criterios propuestos desde el manual original para definir la enfermedad, es decir, un alto AE, una alta DP y una baja RP. ¹⁸

Una vez recolectados los datos por medio del cuestionario, se procedió a ingresar los datos en una base de datos creada en Microsoft Excel y posteriormente se exportó a Stata 14 y Epi info 7. Se realizó la limpieza y corrección de la base de datos y se analizó utilizando el programa Epi Info 7 y Stata 14. se realizó una presentación para publicar los resultados del estudio a cada institución participante en el estudio.

VIII.9 Recursos humanos y materiales

Se realizó, la recolección de datos por el investigador en conjunto con el psicólogo Antonio Escobar. Los materiales fueron la papelería para el cuestionario que fueron autofinanciados.

VIII.10 Aspectos éticos del estudio

Este estudio se basó por la Declaración de Helsinki (<http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/ModConsEticas.pdf>) donde se contempla que todo diseño científico se debe regir por el principio de la proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles, respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad, Consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo. Debe tenerse en cuenta las Guías de las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH): <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/Ciul/documentos/COMITE/ModConsEticas.pdf>

El estudio de investigación se sometió al dictamen ético en cada uno de los Comité de Ética de Investigación (CEI) de cada Institución, se solicitó autorización de las autoridades involucradas y el respectivo consentimiento informado (CI) para la población en estudio. Se seleccionó equitativamente a los sujetos del estudio mediante un muestreo estratificado, se invitó a participar mediante el CI a los médicos y enfermeras de la consulta externa y salas de las distintas especialidades de las instituciones. El riesgo mínimo esperado es la pérdida de la confidencialidad del participante. Se garantizó confidencialidad de la información de los participantes por medio de códigos sustituyendo los nombres y otra información de contacto. No hubo ningún tipo de remuneración a los participantes. Las personas que sean diagnosticadas con Síndrome de Burnout se remitieron al área de psicología para su manejo adecuado. Se presentaron los resultados obtenidos en el estudio a dichas instituciones involucradas.

VIII.11 Procesamiento de datos

Una vez realizada la recolección de datos se ingresó la información a una base de datos creada en Microsoft Excel y posteriormente se exportó a Stata14 y Epi Info. La información se almacenó en una computadora laptop marca Dell Épsilon. Se hizo un respaldo de la información en USB y en Google Drive. La información física fue archivada en carpetas por un tiempo de 5 años después de la finalización del estudio y serán custodiadas por el investigador principal.

VIII.12 Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas, para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, además se utilizaron las medidas de dispersión para evaluar datos que difieren entre sí. Utilizando pruebas de normalidad como histograma y la prueba de Shapiro Wilk para comprobar la hipótesis nula y para las variables cualitativas se utilizó frecuencia y porcentaje.

Se determinaron los factores asociados al síndrome de Burnout utilizando la medida de asociación Odds Ratio (OR) crudo, posteriormente se calculó mediante una regresión logística binomial ajustado por los factores edad, sexo, relación sentimental, número de hijos, ingreso mensual, profesión, institución donde labora, área donde labora, horas laborales, días laborales, días de descanso, actividades durante el descanso, ambiente laboral, carga laboral, relación con los compañeros, capacitación, ambiente casa-trabajo y para medir la asociación de las variables del estudio en el tipo de diseño de casos y controles. Se realizaron pruebas de significancia estadística $p \leq 0.005$ con un intervalo de confianza del 95%. Posteriormente se seleccionaron las variables del modelo que tuvieron significancia estadística $p \leq 0.005$.

IX. Resultados

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo del año 2020, se invitó a participar en este estudio a un total de 150 médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la región Metropolitana del Distrito Central. De la población médico, 65 aceptaron participar del personal médico y de la población enfermería 85 aceptaron participar en el estudio. La prevalencia del síndrome de Burnout se presenta en el Cuadro 1; de los 65 participantes de la población médico, 53.0% (35/65) presentaron síndrome de Burnout, 15.4% (10/65) presentaron un grado leve, 32.3% (21/65) moderado y 6.1% (4/65) grave de este síndrome; la prevalencia del síndrome de burnout en la población de enfermería, el 47.0% (40/85) presentaron síndrome de Burnout, con una severidad leve en 23.5% (20/85), moderado en 22.3% (19/85) y grave en 1.2% (1/85).

Cuadro 1. Proporción del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

CARACTERISTICAS	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	N 65	(%)	N 85	(%)
Total	65	(100.0)	85	(100.0)
Personal con Síndrome de Burnout	35	(53.0)	40	(47.0)
Leve	10	(15.4)	20	(23.5)
Moderada	21	(32.3)	19	(22.3)
Grave	4	(6.2)	1	(1.2)

En el Cuadro 2 se describen las características del Síndrome de Burnout entre los 35 médicos que lo presentaron. Se observó que el agotamiento emocional fue bajo en el 42.8% (15/35) y fue alto en el 37.1% (13/35). La despersonalización fue baja en el 45.7% (16/35) y alta en 34.2% (12/35). La realización personal fue alta en el 80.0% (28/35). Las características del Síndrome de Burnout entre los 40 participantes de la población enfermería, el agotamiento emocional fue bajo en el 72.5% (29/40) y fue alto en el 15.0% (6/40); la despersonalización fue baja en el 65.0% (26/40) y fue alta en el 22.5% (9/40); pero se observó una alta realización personal en la mayoría con un porcentaje de 87.5% (35/40); y fue baja con 7.5% (3/40).

Cuadro 2. Características del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLES	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	N 35	(%)	N 40	(%)
Agotamiento Emocional				
Bajo	15	(42.8)	29	(72.5)
Medio	7	(20.0)	5	(12.5)
Alto	13	(37.1)	6	(15.0)
Despersonalización				
Bajo	16	(45.7)	26	(65.0)
Medio	7	(20.0)	5	(12.5)
Alto	12	(34.2)	9	(22.5)
Realización Personal				
Bajo	4	(11.4)	3	(7.5)
Medio	3	(8.5)	2	(8.5)
Alto	28	(80.0)	35	(87.5)

POBLACIÓN MEDICO Y ENFERMERIA

Del total de 150 médicos y enfermeras que aceptaron participar en este estudio, 75 fueron considerados casos (con síndrome de Burnout) y 75 fueron considerados controles (sin síndrome de Burnout). En el Cuadro 3 se describen las características sociodemográficas de los casos y controles; el 62.6% (47/75) de los casos eran menores de 39 años con un promedio de edad de 30.6 y desviación estándar 5.6; la mayoría de los médicos y enfermeras participantes eran del sexo femenino, tanto en los casos, como en los controles 65.3% (49/75) y 70.6% (53/75), respectivamente. Se observó que el 65.3% (49/75) de los casos y 76.0% (57/75) de los controles, tenían una relación sentimental durante los últimos 6 meses. El 36.0% (27/75) de los casos no tenían hijos, en contraste, el 78.6% (59/75) con un promedio 2 hijos y desviación estándar 1.1 de los controles. El ingreso económico en Lempiras (L) fue menor o igual a L 27,999.00 en el 68.0% (51/75) de los casos y 41.3% (31/75) de los controles. Se observó una distribución entre la profesión de los casos, siendo enfermera 53.3% (40/75), en comparación con los médicos 46.6% (30/75) sin embargo, se observó que entre los controles el 60.0% (45/75). El 64.0% (48/75) de los casos laboraban

en Hospital Escuela, entre los controles se observó que 62.6% (47/75) laboraban en Hospital Escuela y 37.3% (28/75) en Hospital San Felipe. Las áreas donde laboraban los casos se distribuyeron así: el 32.0% (24/75) en el área de pediatría, 25.3% (19/75) en ginecología, 21.3% (16/75) en cirugía y el 21.3% (16/75) de medicina interna (Cuadro 3).

Cuadro 3. Características sociodemográficas del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLE	CASOS				CONTROLES			
	N=75	(%)	Media	Des. estándar	N=75	(%)	Media	Des. estándar
Grupo de edad (años)								
Menor o igual a 39	47	(62.6)	30.6	5.6	45	(60.0)	29.8	5.3
Mayor o igual a 40	28	(37.3)	50.4	7.5	30	(40.0)	48.6	7.0
Sexo								
Femenino	49	(65.3)	--	--	53	(70.6)	--	--
Masculino	26	(34.6)	--	--	22	(29.3)	--	--
Relación sentimental (últimos 6 meses)								
Con pareja	49	(65.3)	--	--	57	(76.0)	--	--
Sin pareja	26	(34.6)	--	--	18	(24.0)	--	--
Número de hijos								
Sin hijos	27	(36.0)	---	---	16	(21.3)	----	----
Con hijos	48	(64.0)	1.9	0.8	59	(78.6)	1.9	1.1
Ingreso mensual (Lempiras)								
Menor de L 27,999.00	51	(68.0)	0.68	0.46	31	(41.3)	0.58	0.49
Mayor o igual a 28,000.00	24	(32.0)	0.32	0.46	44	(58.6)	0.41	0.49

Especialidad								
Médicos	35	(46.6)	4	0.84	30	(40.0)	3.4	0.62
enfermeras	40	(53.3)	1.6	0.53	45	(60.0)	1.2	0.45
Institución donde labora actualmente								
Hospital Escuela	48	(64.0)	0.64	0.48	47	(62.6)	0.62	0.48
Hospital General San Felipe	27	(34.0)	0.36	0.48	28	(37.3)	0.37	0.48
Área donde labora								
Pediatría	24	(32.0)	0.32	0.46	16	(21.3)	0.21	0.41
Ginecología	19	(25.3)	0.25	0.43	31	(41.3)	0.41	0.49
Medicina Interna	16	(21.3)	0.21	0.41	13	(17.3)	0.17	0.38
Cirugía General	16	(21.3)	0.21	0.41	15	(20.0)	0.2	0.40

Las características psicosociales y laborales de los casos y controles de la población médico se describen en los Cuadros 4. El 74.6% (56/75) de los casos trabajaban en un horario mayor o igual a 7 horas diarias y el 74.6 (56/75) trabajaban igual o menos de 5 días a la semana; entre los controles se observó que 66.6% (50/75) trabajaban más de 7 horas diarias y 74.6% (56/75) trabajaban menos de 5 días a la semana. El 64.0% (48/75) de los casos tenían menos de 5 años de antigüedad laboral. Entre los controles, el 36.0% (27/75) tenía una antigüedad laboral menor de 5 años. Entre los casos, el 50.6% (38/75) trabajaba en jornada de turno A y 46.7% (35/75) en jornada rotativa. Entre los controles, 50.0% (39/75) trabajaba en turno Rotativo y 29.3% (22/75) en turno A. El 84.0% (63/75) de los casos reportaron que tenían más de día de descanso a la semana, 16.0% (12/75) reportaron no tener día de descanso; en contraste, 84.0% (63/75) de los controles reportaron no tener día de descanso y el 16.0% (12/75) reportaron que tenían al menos un día de descanso. La principal actividad realizada durante los días de descanso (ver Cuadro 4) fueron las actividades domésticas en el 54.6% (41/75) de los casos, seguido de los viajes con 14.6% (11/75); entre los controles, la principal actividad reportada fue actividades domésticas en 46.6% (35/75) y los viajes con 18.6% (14/75). El ambiente laboral (Cuadro 4) observado entre los casos mostró que el 34.6% (26/75) tenía falta de variedad en el trabajo y otros factores, el 10.6% (8/75) conflictos con los compañeros y sus superiores y bajo uso de habilidades, el 9.3% (7/75) un ambiente laboral de ciclos cortos de trabajo; la

distribución entre los controles fue similar, siendo otros factores en el trabajo el de mayor porcentaje 36.0% (27/75).

En relación con la carga laboral (Cuadro 4), el 61.3% (46/75) de los casos presentó exceso de trabajo, el 32.0% (24/75) una carga laboral de alta presión temporal. Entre los controles, se observó exceso de trabajo en 41.3% (31/75) y en segundo lugar alta presión en 40.0% (30). El 51.4% (18/75) de los casos reportó que la relación con sus compañeros de trabajo era buena en el 52.0% (39/75); entre los controles, 26.7% (8/75) reportó que la relación con sus compañeros, el 53.3% (43/75) reportó que la relación era excelente. El 62.6% (47/75) de los casos y el 62.6% (47/75) de los controles no recibieron capacitaciones en el último año.

En relación al ambiente casa-trabajo (Cuadro 4), el 44.0% (33/75) de los casos reportaron que tuvieron que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales, el 26.6% (20/75) reportaron que ninguna de las categorías, el 12.0% (9/75) reportaron el horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domésticas, el 9.3% (7/75) estuvieron irritable en casa porque tu trabajo es agotador, el 8.0% (6/75) obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa; entre los controles, se encontró que ninguna de las categorías anteriores fue reportada en 45.3% (34/75), siendo la de mayor porcentaje la dificultad de atender las obligaciones domésticas en el 22.6% (17/75).

Cuadro 4. Características psicosociales y laborales del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLES	CASOS				CONTROLES			
	N=75	(%)	media	Des. Estándar	N=75	(%)	media	Des. estándar
Horas laborales diarias								
Menor o igual a 6 horas laborales	19	(25.3)	0.24	0.42	25	(33.3)	0.33	0.47
Mayor de 7 horas laborales	56	(74.6)	0.74	0.43	50	(66.6)	0.66	0.47
Días laborales a la semana								
Menor o igual a 5	56	(74.6)	0.74	0.43	56	(74.6)	0.74	0.43
Mayor o igual a 6	19	(25.3)	0.25	0.43	19	(25.3)	0.25	0.43

Antigüedad laboral en años

Menor o igual a 5 años	48	(64.0)	0.64	0.48	27	(36.0)	0.6	0.49
Mayor de 6 años	27	(36.0)	0.36	0.48	15	(64.0)	0.4	0.49

Jornada laboral

Turno A	38	(50.6)	0.50	0.50	22	(29.3)	0.29	0.45
Turno B	2	(2.6)	0.02	0.16	14	(18.6)	0.18	0.39
Turno Rotativo	35	(46.7)	0.46	0.50	39	(50.0)	0.52	0.50

Días de descanso a la semana

Ninguno	12	(16.0)	0.16	0.36	63	(84.0)	0.04	0.19
Mayor de 1 día	63	(84.0)	0.84	0.36	12	(16)	0.96	0.19

Actividades realizadas durante descanso

Actividades deportivas	9	(12.0)	0.12	0.32	6	(8.0)	0.08	0.27
Viajes	11	(14.6)	0.14	0.35	14	(18.6)	0.18	0.39
Actividades domesticas	41	(54.6)	0.54	0.50	35	(46.6)	0.46	0.50
Turnos en área privada	5	(6.6)	0.06	0.25	7	(9.3)	0.09	0.29

Ambiente laboral

Falta de variedad en el trabajo	26	(34.6)	0.34	0.47	23	(30.6)	0.30	0.46
Ciclos cortos de trabajo	7	(9.3)	0.09	0.29	8	(10.6)	0.10	0.31
Bajo uso de habilidades	8	(10.6)	0.10	0.31	11	(14.6)	0.14	0.35
Conflictos con los compañeros y superiores	8	(10.6)	0.10	0.31	6	(8.0)	0.08	0.27
Otros	26	(34.6)	0.34	0.47	27	(36.0)	0.36	0.48

Carga laboral

Exceso de trabajo	46	(61.3)	0.61	0.49	31	(41.3)	0.40	0.49
Alta presión temporal	24	(32.0)	0.32	0.46	30	(40.0)	0.40	0.49
Plazos urgentes de Finalización	5	(6.6)	0.06	0.25	8	(10.6)	0.10	0.31
Ninguno	---	---	---	---	6	(8.0)	0.08	0.27

Relación con sus compañeros de trabajo

Excelente	36	(48.0)	0.48	0.50	43	(57.3)	0.57	0.49
Buena	39	(52.0)	0.52	0.50	32	(42.6)	0.42	0.49
Capacitaciones recibidas (último año)								
Si	28	(37.3)	0.62	0.48	28	(37.3)	0.37	0.48
No	47	(62.6)	0.62	0.48	47	(62.6)	0.37	0.48
Ambiente casa-trabajo y trabajo-casa								
Estas irritable en casa porque tu trabajo es agotador	7	(9.3)	0.09	0.29	7	(9.3)	0.09	0.29
la situación en la casa te hace estar tan irritable que descargas frustración en tus compañeros de trabajo	0	0	0	(0)	1	(1.3)	0.01	0.11
Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales	33	(44.0)	0.44	0.49	12	(16.0)	0.16	0.36
Tu horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domesticas	9	(12.0)	0.12	0.32	17	(22.6)	0.22	0.42
Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa	6	(8.0)	0.08	0.27	4	(5.3)	0.05	0.22
Ninguna de las anteriores	20	(26.6)	0.26	0.44	34	(45.3)	0.45	0.50

En los cuadros 5 se presentan el análisis estadístico mediante la estimación de Odds Ratio (OR) y su Intervalo de Confianza al 95% (IC95%). En este estudio se encontró asociación estadística entre los casos (médicos y enfermeras con Burnout) del personal que no tiene hijos, tienen 2 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout que el personal que tiene al menos 1 hijo (OR=2.07, IC95% 0.94, 4.61, P=0.0470). ser médico postgrado tiene 7 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con el medico general y el médico especialista (OR=6.9, IC95% 1.59-50.93, p=0.0050), mientras que ser

licenciada en enfermería tiene 2 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con las auxiliares de enfermería que presenta 0.33 veces menor riesgo de padecer síndrome de burnout (OR=2.2, IC95% 0.97,5.28, p=0.0372) (OR:0.33, IC95% 0.15,0.73 p=0.0028). En el área laboral, trabajar en el área de ginecología tiene 0.48 veces menor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con las áreas de cirugía, pediatría y medicina interna (OR=0.48, IC95% 0.22, 1.01, p=0.0377). dentro de la jornada laboral, trabajar en jornada matutina tiene 2.5 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación rotativa (OR=2.47, IC95% 1.19, 5.13, p=0.0077) mientras que la jornada vespertina tiene 0.11 veces menor riesgo de padecer síndrome de burnout (OR=0.11, IC95% 0.01,0.55, p=0.0015).

En consecuencia, en personal médico y de enfermería que no tiene ningún día de descanso tienen 4.5 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con el personal que si tiene por lo menos algún día de descanso (OR=4.5, IC95% 1.15, 26.12, p=0.0143). en carga laboral, el exceso de trabajo en el personal de médicos y enfermeras tienen 2.3 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con el personal de presentar alta presión temporal, plazos urgentes y otros (OR=2.3, IC95% 0.1.11, 4.56, p=0.0143). en el ambiente trabajo-casa, casa-trabajo el personal de médicos y enfermeras tuvieron que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales, tienen 4 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con el personal que esta irritable en casa porque tu trabajo es agotador, la situación en la casa te hace estar tan irritable que descargas frustración en tus compañeros de trabajo, el horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domésticas, tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa y otros factores (OR=4.1, IC95%1.81,9.73, p=0.0002) mientras los que tienen otro factores de ambiente casa-trabajo tienen 2.3 veces menor riesgo de padecer síndrome de burnout (OR=2.2, IC95%0.20,0.91 p=0.0172).

Cuadro 5. Factores asociados del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLE	CASOS N=75 (%)	CONTROLES N=75 (%)	OR	IC 95%	Valor de p
Edad					
Menor a igual a 39	(60.7)	(39.3)	1.05	0.52, 2.14	0.8673
Sexo					
Masculino	(32.0)	(68.0)	1.27	0.60, 2.69	0.4838
Relación sentimental					
Sin pareja	(29.3)	(70.7)	1.68	0.77, 3.65	0.1514
Hijos a cargo					
No tiene	(28.66)	(71.33)	2.07	0.94, 4.61	0.0470
Ingreso mensual					
Menor o igual a 27,999	(63.33)	(36.66)	1.49	0.72, 3.08	0.2356
Formación					
Médico general	(14.0)	(86.0)	1.11	0.39, 3.15	0.8140
Médico especialista	(20.6)	(79.3)	0.66	0.27, 1.58	0.3133
Medico en postgrado	(9.3)	(90.6)	6.9	1.44, 65.5	0.0050
Licenciada en enfermería	(24.6)	(75.3)	2.2	0.97,5.28	0.0372
Auxiliar de enfermería	(31.3)	(68.6)	0.33	0.15,0.73	0.0028
Institución					
Hospital Escuela	(36.6)	(63.3)	1.1	0.51, 2.17	0.8655
Área laboral					
Pediatría	(26.6)	(73.3)	1.73	0.78, 3.89	0.1396
Ginecología	(33.3)	(66.6)	0.48	0.22, 1.01	0.0377
Medicina Interna	(19.3)	(80.6)	1.29	0.53, 3.19	0.5351

Cirugía	(20.6)	(79.3)	1.08	0.45, 2.59	0.8402
Horas laborales diarias					
Mayor a 7	(70.6)	(29.3)	1.47	0.68, 3.19	0.2819
Días laborales semana					
Mayor de 6	(25.3)	(74.6)	1	0.44, 2.23	1.0000
Antigüedad laboral					
Menor o igual a 5 años	(62.0)	(38.0)	1.18	0.58, 2.41	0.6138
Jornada laboral					
Turno matutino	(40.0)	(60.0)	2.47	1.19, 5.13	0.0077
Turno vespertino	(10.6)	(89.3)	0.11	0.01, 0.55	0.0015
Turno Rotativo	(49.3)	(50.6)	0.80	0.40, 1.61	0.5136
Descanso semanal					
No tiene	(10.0)	(90.0)	4.5	1.15, 26.12	0.0143
Actividades durante descanso					
Deportivas	(10.0)	(90.0)	1.5	0.46, 5.65	0.4142
Viajes	(16.6)	(83.3)	0.74	0.28, 1.93	0.5110
Actividades Domesticas	(50.6)	(49.3)	1.37	0.69, 2.75	0.5067
Turnos en área privada	(8.0)	(92.0)	0.69	0.16, 2.68	0.5472
Otros	(14.6)	(85.3)	0.65	0.22,1.78	0.3559
Ambiente laboral					
Falta de variedad	(10.0)	(90.0)	0.86	0.25, 2.89	0.7855
Ciclos cortos de trabajo	(12.6)	(87.3)	0.69	0.22, 2.04	0.4614
Bajo uso de habilidades	(32.6)	(67.3)	1.19	0.57, 2.51	0.6015
Conflictos	(9.3)	(90.6)	1.37	0.39, 5.06	0.5746
Otros	(35.3)	(64.6)	0.94	0.45,1.94	0.8644

Carga laboral					
Exceso de trabajo	(51.3)	(48.6)	2.25	1.11, 4.56	0.0143
Alta presión temporal	(36.0)	(64.0)	0.7	0.34, 1.45	0.3074
Plazos urgentes	(8.6)	(91.3)	0.59	0.14, 2.20	0.3840
Otros	(4.0)	(96.0)	0.0	0.0,0.60	0.0124
Relación con sus compañeros de trabajo					
Buena	(47.3)	(52.6)	1.45	0.72, 2.91	0.2523
Capacitación en los últimos 12 meses					
No	(37.3)	(62.6)	1.0	0.48, 2.04	1.0000
Ambiente casa-trabajo					
estas irritable en casa porque tu trabajo es agotador	(9.3)	(90.6)	1.0	0.28,3.54	1.0000
la situación en la casa te hace estar tan irritable que descargas frustración en tus compañeros de trabajo	(0.6)	(99.3)	0.0	0	0.3157
tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales	(30.0)	(70.0)	4.1	1.81,9.73	0.0002
tu horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domesticas	(17.3)	(82.6)	0.46	0.16,1.21	0.0844
tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa	(6.6)	(93.3)	1.5	0.34,7.74	0.5127
Otros	(36.0)	(64.0)	0.43(2.3)	0.20,0.91	0.0172

En el cuadro 6. Se realizó un modelo de regresión logística binaria con 18 variables del estudio, en consecuencia, elegir la profesión de ser médico en postgrado aumenta 6 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=6, IC95%=1.34-26.8 p=0.019), mientras que elegir ser enfermera auxiliar disminuye 2.1 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2.1, IC95%0.25-0.86 p=0.015). En los horarios laborales del personal de médico y enfermeras, estar en la jornada matutina aumenta 2 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2, IC95%1.02-2.92, p=0.041), mientras que trabajar en la jornada vespertina disminuye 7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=7.04, IC95% 0.03-0.62 p=0.010). en días de descanso en la semana el personal de médicos y enfermeras que no tienen ningún día de descanso a la semana aumenta 4 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=4, IC95%1.12-14.1, p=0.032). en el ambiente casa-trabajo trabajo-casa el personal de médicos y enfermeras tienen que cancelar planes con amigos/pareja/familia por compromisos laborales aumenta 2.7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2.7, IC95%1.42-5.32 p=0.003).

Cuadro 6. Regresión logística binaria en el síndrome de burnout en personal médico y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLES	COEF.	OR(ajustado)	STD.ERR.	Z	P	IC95%
EDAD						
Menor de 39 años	.0219789	1.022222	.214329	0.10	0.917	0.67 - 1.54
Mayor de 40 años	-.0339016	.9666667	.2517347	-0.13	0.896	0.58 - 1.61
SEXO						
Femenino	-.0784716	.9245283	.1832248	-0.40	0.692	0.62 - 1.36
Masculino	.1670541	1.181818	.3423523	0.58	0.564	0.66 - 2.08
RELACION SENTIMENTAL ULTIMOS 6 MESES						
Con pareja	-.151231	.8596491	.1674706	-0.78	0.438	0.58 - 1.25
Sin pareja	.3677248	1.444444	.4428985	1.20	0.230	0.79 - 2.63
NUMERO DE HIJOS						
Con hijos	-.2063364	.8135593	.1581374	-1.06	0.288	0.55 - 1.19
Sin hijos	.5232481	1.6875	.5323977	1.66	0.097	0.90 - 3.13
INGRESO MENSUAL						
Ingreso menor de 27,999 LPS.	.147636	1.159091	.2384887	0.72	0.473	0.77 - 1.73

Ingreso mayor de 28,000 LPS	-.2559334	.7741935	.2104963	-0.94	0.347	0.45 - 1.31
-----------------------------	-----------	----------	----------	-------	-------	-------------

PROFESION

Enfermera auxiliar	-.7576857	.46875	.1466796	-2.42	0.015	0.25 - 0.86
Lic. Enfermería	.6131045	1.846154	.6357574	1.78	0.075	0.94 - 3.62
Médico Especialista	-.3254224	.7222222	.2628717	-0.89	0.371	0.35 - 1.47
Médico General	.0953102	1.1	.4806246	0.22	0.827	0.46 - 2.59
Medico Postgrado	1.791759	6.0	4.582576	2.35	0.019	1.34 - 26.8

INSTITUCION DONDE LABORA

Hospital San Felipe	-.0363676	.9642857	.2600915	-0.13	0.893	0.56 - 1.63
Hospital Escuela	.0210534	1.021277	.2095731	0.10	0.918	0.68 - 1.52

AREA DONDE LABORA

Cirugía	.0645385	1.066667	.3833575	0.18	0.857	0.52 - 2.15
Ginecología	-.4895482	.6129032	.1785744	-1.68	0.093	0.34 - 1.08
Medicina interna	.2076394	1.230769	.4595618	0.56	0.578	0.59 - 2.55
Pediatría	.4054651	1.5	.4841229	1.26	0.209	0.79 - 2.82

HORAS LABORALES

Menor a 6 horas	-.2744369	.7599999	.2313093	-0.90	0.367	0.41 - 1.38
Mayor a 7 horas	.1133287	1.12	.2179174	0.58	0.560	0.76 - 1.63

HORARIO LABORAL

Jornada Matutina	.5465437	1.727273	.4627361	2.04	0.041	1.02 - 2.92
Jornada Vespertina	-1.94591	.1428571	.1079898	-2.57	0.010	0.03 - 0.62
Jornada Rotativa	-.1082136	.8974359	.2089551	-0.46	0.642	0.56 - 1.41

DIAS LABORALES

Menor de 5 días	0	1	.1889822	0	1.000	0.69 - 1.44
Mayor de 6 días	0	1	.3244428	0	1.000	0.52 - 1.88

DIAS DE DESCANSO

Ninguno	1.386294	4	2.581989	2.15	0.032	1.12 - 14.1
Al menos 1 día	-.1335314	.875	.1509518	-0.77	0.439	0.62 - 1.22

ACTIVIDADES DURANTE EL DESCANSO

Actividades Deportivas	.4054651	1.5	.7905694	0.77	0.442	0.53 - 4.21
Actividades Domesticas	.158224	1.171429	.2695856	0.69	0.492	0.74 - 1.83
Otras	-.3677248	.6923077	.3002048	-0.85	0.396	0.29 - 1.61
Actividades Viajes	-.2411621	.7857143	.3165733	-0.60	0.549	0.35 - 1.73
Actividades Turno en la privada	-.3364722	.7142857	.4182429	-0.57	0.566	0.22 - 2.25

AMBIENTE LABORAL

Bajo uso de habilidades	-.3184537	.7272727	.3379347	-0.69	0.493	0.29 - 1.80
Ciclos cortos de trabajo	-.1335314	.875	.4528555	-0.26	0.796	0.31 - 2.41
Falta de variedad en el trabajo	.1226023	1.130435	.3235884	0.43	0.668	0.64 - 1.98
Otras	-.0377403	.962963	.2645934	-0.14	0.891	0.56 - 1.65
Relación Conflictivas	.2876821	1.333333	.7200823	0.53	0.594	0.46 - 3.84

CARGA LABORAL

Alta presión laboral	-.2231436	.8	.219089	-0.81	0.415	0.46 - 1.36
Exceso de trabajo	.3946542	1.483871	.3448115	1.70	0.089	0.94 - 2.33
Plazo urgente de finalización	-.4700036	.625	.3563048	-0.82	0.410	0.20 - 1.91

RELACION CON LOS COMPAÑEROS

Relación Buena	.1978257	1.21875	.2906943	0.83	0.407	0.76 - 1.94
Relación Excelente	-.1776812	.8372093	.1891307	-0.79	0.432	0.53 - 1.30

CAPACITACION

Si	0	1	.2062842	0	1.000	0.66 - 1.49
No	0	1	.2672612	0	1.000	0.59 - 1.68

AMBIENTE TRABAJO-CASA, CASA-TRABAJO

Estas irritable en casa porque tu trabajo es agotador	0	1	.5345225	0	1.000	0.35 - 2.85
Ninguna	-.5306283	.5882353	.2818009	-1.88	0.060	0.33 - 1.02
Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales	1.0116	2.749999	.3370999	3.00	0.003	1.42 - 5.32
Tu horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domesticas	-.6359888	.4122313	.4122313	-1.54	0.123	0.23 - 1.18
Tus obligaciones laborales hacen que resulte complicado relajarte en casa	.4054651	1.5	.6454972	0.63	0.530	0.42 - 5.31

Se realiza una segunda regresión binaria con 7 variables con significancia estadística para nuevamente reajustar el modelo obteniendo resultado de 4 variables con significancia estadística. donde ser enfermera auxiliar disminuye 3.2 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR:3.3(1/0.31), IC95% 0.14-0.67, p=0.003), mientras que ser medico en postgrado incrementa 11.6 a 1 de padecer síndrome de burnout (OR:11.6, IC95% 1.09-123.4, p=0.042). mientras que laborar en la jornada vespertina disminuye 16.6 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=16.6(1/0.06), IC95% 0.01-0.36, p=0.002). en el ambiente trabajo-casa casa-trabajo el personal médico y enfermería que tiene que cancelar planes con la familia/amigos/pareja incrementa 4.5 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=4.7. IC95% 1.81-11.1, p=0.001). las variables jornada matutina, ningún día de descanso y ninguna en ambiente casa-trabajo se consideran variables confesoras para

medico en postgrado utilizando el método de Mangel-haenszel identificar variables confesoras y modificadoras.

Se realizó un tercer ajuste del modelo de regresión logística binaria con 4 variables con significancia estadística ($p \leq 0.005$), donde ser enfermera auxiliar disminuye 3.3 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR:3.3(1/0.30), IC95%0.15-0.61, $p=0.001$), mientras que ser medico en postgrado incrementa 6 a 1 de padecer síndrome de burnout (OR:6.0, IC95%1.09-33.6, $p=0.039$). mientras que laborar en la jornada vespertina disminuye 14.4 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=14.4(1/0.069), IC95%0.01-0.34, $p=0.001$). en el ambiente trabajo-casa casa-trabajo el personal médico y enfermería que tiene que cancelar planes con la familia/amigos/pareja incrementa 4.7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=4.7. IC95%2.13-10.5, $p=0.000$).

Cuadro 7. Modelo de regresión logística binaria ajustado en el síndrome de burnout en personal médico y enfermeras de los hospitales públicos de la región metropolitana del distrito central, periodo enero a marzo 2020.

VARIABLE	COEF.	OR (ajustado)	STD.ERR.	Z	P	IC.95%
Enfermera auxiliar	-1.162486	.3127077	.1231343	-2.95	0.003	0.14- 0.67
Medico postgrado	2.451703	11.6081	14.00062	2.03	0.042	1.09- 123.4
Jornada Matutina	.2045257	1.226943	.4464107	0.56	0.574	0.60- 2.50
Jornada Vespertina	-2.724007	.0656113	.0577951	-3.09	0.002	0.01 - 0.36
Ningún día de descanso	-.8232886	.4389856	.4711681	-0.77	0.443	0.05- 3.59
Ambiente casa-trabajo Ninguna	-.0313334	.9691524	.3988345	-0.08	0.939	0.43- 2.17
Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales	1.504838	4.503425	2.091108	3.24	0.001	1.81- 11.1

VARIABLE	COEF.	OR (ajustado)	STD.ERR.	Z	P	IC.95%
Enfermera auxiliar	-1.178556	.3077227	.1081407	-3.35	0.001	0.15 - 0.61
Medico postgrado	1.80569	6.08417	5.310229	2.07	0.039	1.09 - 33.6

Jornada Vespertina	-2.668894	.0693289	.0564801	-3.28	0.001	0.01 - 0.34
Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales	1.557112	4.745098	1.931125	3.83	0.000	2.13 - 10.5

X. Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una prevalencia del síndrome de Burnout de 47.0% para el personal de enfermería y del 53.0% entre la población de médicos. Las prevalencias encontradas se consideran altas en comparación con otros estudios, en Colombia ⁴, durante el año 2017, se reportó una prevalencia del síndrome de Burnout de 10.5% en los trabajadores asistenciales pertenecientes al Hospital Municipal de Bolívar. Un estudio formado por 435 profesionales sanitarios en diferentes hospitales y residencias geriátricas de la provincia de Granada, España, durante el año 2014, mostró una prevalencia de Burnout del 25,8% (IC95% 21.8-30.0) ²¹. Estimaciones realizadas en Honduras en el año 2019 mostraron una prevalencia de 12.0% de un total de 324 personal del área de la salud (enfermeras, médicos residentes)²⁷.

En relación con las dimensiones del síndrome de Burnout, este estudio ha reportado similares resultados a las estimaciones previas en población 324 trabajadores de salud de diferente formación en Honduras donde la mayoría de los sujetos con Burnout presentaron un agotamiento emocional leve (65.7% versus este estudio con 42.8% en médicos y 72.5% en enfermeras), despersonalización leve (54.0% versus este estudio con 45.7% en médicos y 65.0% en enfermeras) y realización personal alta (67.0% versus este estudio con 80.0% en médicos y 87.5% en enfermeras)²⁷. Similar ocurrió en Colombia, donde un estudio entre 300 trabajadores de la salud del área urbana de Florencia²⁶, se encontró que el agotamiento emocional era leve en el 80.0% y de alta intensidad en 6.0%; la despersonalización fue leve en el 49%, mientras que el 12.3% presentó una alta puntuación y la realización personal se evidenció con puntuaciones altas y media en el 73 % de la población estudiada.²⁶ En un estudio en la población de médicos y enfermeras de una provincia de Ecuador durante el año 2016, se encontró en la dimensión de agotamiento emocional que 73.5% participantes tenían un nivel medio o bajo mientras que 26.5% en un nivel alto; en la dimensión de despersonalización 74.1% tenían un nivel medio y 25.9% un nivel alto y finalmente 64,5% tenían un nivel medio y 35.5% un nivel alto²⁵. en comparación con los distintos estudios en las dimensiones del síndrome de burnout en los distintos niveles de agotamiento emocional en el nivel alto en los médicos tuvimos un aumento en comparación

con el estudio en Colombia y con el estudio de Ecuador tuvimos un aumento, en cambio con el estudio en Honduras tuvimos un menor resultado.

Otro factor asociado al síndrome de Burnout entre los médicos de este estudio fue la especialización. Los médicos residentes tuvieron 7 veces más riesgo de presentarlo (IC95% 1.44-65.5, $p=0.0050$). Entre el personal de enfermería, licenciada en enfermería tiene 2 veces mayor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con las auxiliares de enfermería que presenta 3 veces menor riesgo de padecer síndrome de burnout (OR=2.2, IC95% 0.97,5.28, $p=0.0372$) (OR:3.0, IC95% 0.15,0.73 $p=0.0028$). Sin embargo, se pudo observar que el porcentaje de enferma(o) auxiliar entre los casos fue mayor (31.3%) que el porcentaje de profesionales (24.6). Es importante resaltar el riesgo encontrado entre los médicos residentes. En Honduras, Respecto al tipo de profesión, se presentó una mayor presencia del síndrome en el grupo de enfermeras 53.3% (40) en comparación con el grupo de médicos 46.6% (35).²⁷

El ámbito Laboral en este estudio mostró resultados importantes. Los médicos y enfermeras no se encontraron asociaciones estadísticas, pero reportó una antigüedad laboral menor a 5 años con 62.0% y mayor de 6 años con 38%. Mientras tanto, En Cuba²², el 44,7 % de las enfermeras lleva trabajando menos de 5 años, 17% entre 5 y 10 años y el 38,3 % trabaja más de 10 años.

El lugar de trabajo también mostró ser un importante factor de riesgo en este estudio. El personal médico y de enfermería que trabajar en el área de ginecología tiene 2.1 veces menor riesgo de presentar síndrome de burnout en comparación con las áreas de cirugía, pediatría y medicina interna (OR=2.1 (1/0.48), IC95% 0.22, 1.01, $p=0.0377$).

En este estudio se encontró que los médicos y enfermeras que no tienen hijos tienen 2.1 veces mayor riesgo de padecer síndrome de burnout (OR=2.1, IC95% 0.94-4.61, $p=0.0470$) en comparación con los médicos y enfermeras que tienen hijos. En este estudio se encontró que 28.6% de los médicos y enfermeras que presentan síndrome de burnout no tienen hijos. En reportes previos de Honduras, la presencia del síndrome de Burnout fue mayor en aquellos trabajadores que tenían hijos 8.9%, estratificando el número de ellos, los que tenían de 1 a 2 hijos (4.6%) ocupó el primer lugar, seguido de 3 a 4 hijos 12 (3%) y para los trabajadores con el síndrome y sin hijos fue de 12 (3%)²⁷. En Cuba el 36,2 % no tiene hijos; el 8,5 % tiene un hijo; el 27,7 % tiene dos hijos, el 23,4 % tiene tres hijos y el 4,2 % tiene cuatro hijos²². En base a los médicos predominó los que no tienen hijos concordando

con el estudio en Cuba y en enfermería predominó el personal de que tiene 2 hijos concordando con el estudio de Honduras.

En este estudio se encontró que 62.6% de los médicos y enfermeras estaban en edad menor o igual a 39 años; reportes previos en Honduras mostraron datos similares, donde el 63.3% del síndrome de Burnout se presentó en población de 25 a 39 años, disminuyendo entre la población menor de 25 y mayores de 39 años²⁷. Similar en Cuba, donde una muestra de 47 enfermeras de la ciudad de Arequipa osciló entre 23 a 68 años, pero con una media de 39.2 años (desviación estándar de 11.74 años)²². Del sexo fue el 34.6% (26) masculino, 65.3% (49) del sexo femenino. En Colombia²³, el 83.3% de la población fueron del sexo femenino; en Cuba²² las mujeres representaron el 89.4% y el 10.6% fueron varones en el personal de enfermería. En base a nuestros resultados predominó el sexo masculino en caso de los médicos en cambio para el personal de enfermería predominó el sexo femenino que concuerda con los demás estudios.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el 65.3% tuvieron una relación sentimental (últimos 6 meses). Lo anterior está en concordancia con lo reportado en Honduras, donde la presencia del síndrome de Burnout se presentó en los solteros 17 (5%), seguido de casados 10 (3%) y en tercer lugar unión libre 7 (2%)²⁷. Similar ocurrió en Cuba, donde el 61.7% de los casos de Burnout eran casado, 36.2% solteros y el 2.1% viudas²². En Colombia 66,0 % de los casos de Burnout son casados y 33,3 % solteros²³. Los resultados de este y otros estudios indican que predomina el síndrome de burnout en la población que tienen una relación sentimental.

Se realizó un modelo de regresión logística binaria con 18 variables del estudio, en consecuencia, elegir la profesión de ser médico en postgrado aumenta 6 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=6, IC95%=1.34-26.8 p=0.019), mientras que elegir ser enfermera auxiliar disminuye 2.1 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2.1 (1/0.46), IC95%0.25-0.86 p=0.015). En los horarios laborales del personal de médico y enfermeras, estar en la jornada matutina aumenta 2 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2, IC95%1.02-2.92, p=0.041), mientras que trabajar en la jornada vespertina disminuye 7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=7.04 (1/0.14), IC95% 0.03-0.62 p=0.010) en días de descanso en la semana el personal de médicos y enfermeras que no tienen ningún día de descanso a la semana aumenta 4 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=4, IC95%1.12-14.1, p=0.032). En el ambiente casa-trabajo/trabajo-casa, el personal de médicos y enfermeras tienen que cancelar planes con amigos/pareja/familia por

compromisos laborales aumenta 2.7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=2.7, IC95%1.42-5.32 p=0.003). Se realizó el ajuste del modelo de regresión logística binaria con las variables con significancia estadística ($p \leq 0.005$), donde ser enfermera auxiliar disminuye 3.3 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR:3.3(1/0.30), IC95%0.15-0.61, $p=0.001$) mientras que ser medico en postgrado incrementa 6 a 1 de padecer síndrome de burnout (OR:6.0, IC95%1.09-33.6, $p=0.039$). mientras que laborar en la jornada vespertina disminuye 14.4 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=14.4(1/0.069), IC95%0.01-0.34, $p=0.001$). en el ambiente trabajo-casa casa-trabajo el personal medico y enfermería que tiene que cancelar planes con la familia/amigos/pareja incrementa 4.7 a 1 de presentar síndrome de burnout (OR=4.7. IC95%2.13-10.5, $p=0.000$).

Limitaciones

En nuestro estudio surgieron limitantes para llegar a la muestra de 50 casos y 100 controles para cada grupo de estudio, por lo cual se tuvo que reajustar la muestra del estudio realizando los numero de controles y caso en relación de 1:1 obteniendo una muestra de 75 casos y 75 controles. La mayor limitante, fue que la mayoría del personal no quería participar en el estudio del Síndrome de Burnout, además del inicio de la pandemia por Covid-19, donde los hospitales restringieron la entrada al personal ajeno al hospital por motivos de Bioseguridad.

XI. Conclusiones

1. En nuestro medio se presenta más el síndrome de burnout, en el personal médico con 53.0% en comparación con la población de enfermería 47.0% en los hospitales públicos de la regio Metropolitana del Distrito Central.
2. El personal de salud (médicos y enfermeras) con síndrome de burnout tienen un promedio de edad menor de 39 años, de sexo femenino, en una relación sentimental, con más de 1 hijo, de profesión de enfermería, con ingreso mensual menor a los 27,000 lps, laborando en el hospital escuela en el área de pediatría.
3. El personal de salud (médicos y enfermeras) con síndrome de burnout trabajan más de 7 horas al día y menos de 5 días a la semana, tiene una antigüedad laboral menos de 5 años, están en la jornada matutina, con más de 1 día de descanso a la semana y realizan actividades domesticas en sus días libres.
4. En nuestro estudio las variables no tener hijos, ser Lic. Enfermería, medico postgrado, estar laborando en la jornada matutina, no tener días de descanso, tener exceso de trabajo, y cancelar planes con los familiares por compromisos laborales son factores de riesgo asociados al síndrome de burnout con significancia estadística($p=0.05$). Mientras que las variables jornada vespertina, ser auxiliar de

enfermería y laborar en el área de ginecología son factores protectores para no presentar síndrome de burnout.

XII. Recomendaciones

1. Realizar evaluaciones medicas periódicas al personal de salud para identificar a tiempo el síndrome de burnout.
2. Iniciar un manejo adecuado y oportuno al personal de salud que presente el síndrome de Burnout se inicien tratamiento lo más pronto posible.
3. Realizar medidas preventivas para el síndrome de Burnout tomando en cuenta los hallazgos de este estudio.
4. Capacitar periódicamente al personal de salud sobre el síndrome de Burnout.
5. Elaborar una estrategia o un programa para el personal que presenta síntomas o signos del síndrome de Burnout.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Aranda-Beltrán C, Barraza-Salas JH, Romero-Paredes JJ, Quiñonez-Zárate LA, Cenicerros-Cabrales AP, González-Ortega G, et al. Psychosocial variables and Burnout syndrome in general physicians in Tepic, Nayarit (México). *Revista Salud Uninorte* 2015; 31(2):245–54.
2. Seguel-Palma F, Valenzuela-Suazo S. Síndrome de burnout en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile. *Av. Enferm* 2016; 34(1):39. Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a05.pdf>
3. Astudillo MP, Losada MH, Schneeberger HP, Coronado F, Curitol SS. Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. *Revista chilena de cirugía* 2018; 70(2):117–26.
4. Bedoya-Marrugo EA. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. *MEDISAN* 2017; 21(11):3172–9.
5. Muñoz AI, Velásquez MS. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2016; 34(2):202–11.
6. Moreno-Jimenez B, Baez-Leon C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas (Internet). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [citado 9 de agosto 2019]. Disponible en: <http://comisionnacional.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
7. Aranda-Beltrán C, González-Baltazar R, Pando-Moreno M, Hidalgo-Santacruz G. Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Revista Salud Uninorte* 2013; 29(3):487–500.
8. Vieco-Gómez GF, Abello-Llanos R. Psychosocial factors at work, stress and morbidity around the world. *Revista Salud Uninorte* 2014; 31(2):354–85. Disponible en (Fecha de acceso 9 de agosto del año 2019): <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5544/9131>
9. Moreno-Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2011; 57:4–19
10. Juárez-García A, Idrovo ÁJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental* 2014; 37(2):159–76.
11. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica* 2015; 32(1):119–24.

12. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia, Agueda. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública* 2016; 42(4)
13. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública* 2009; 83(2):215–30.
14. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen* 2015; 41(4):191–8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359314001270>
15. Atance-Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71(3):293–303.
16. Comisión ejecutiva confederal de la Unión General de Trabajadores (UGT). Guía sobre el síndrome de Quemado (Burnuot). [Internet]. Madrid, España: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT; 2006 [citado 11 de agosto 2019]. Disponible en <http://ugt-ficapv.org/bd/archivos/archivo2292.pdf>
17. Carrillo Esper R, Gómez Hernández K, Espinoza de los Monteros Estrada, Isis. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México* 2012; 28(6):57984. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>.
18. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semergen* 2014; 40(7):357–65.
19. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México* 2012; 28(6):57984. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
20. Bastidas K, Coll Y, Delgado Y, Escobar M, Flores D, González Z, et al. Prevalencia de Síndrome de Burnout, riesgo de exposición, atención médica, Ambulatorio San Francisco. Barquisimeto. Estado Lara. 2016. *Revista Venezolana de Salud Pública* 2017;5(2):2734. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6570429.pdf>
21. Cañadas-de la Fuente, Guillermo A., San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente, Emilia I. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2014; 46(1):44–52. Disponible en: URL: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-pdf-X0120053414519837>
22. Arias-Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia, Agueda. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública* 2016; 42(4)
23. Bedoya-Marrugo EA. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. *MEDISAN* 2017; 21(11):3172–9.

24. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2016; 33(2):241–7.
25. Ramírez MR. Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología 2017; 4(1):24152. Disponible en:
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/download/1053/929>
26. Silva-Henao DC, Gutiérrez-Strauss AM, Pando-Moreno M, Tuesca-Molina RdJ. Relación entre factores psicosociales negativos y el síndrome de Burnout en el personal sanitario de Florencia (Caquetá, Colombia). Revista Científica Salud Uninorte 2013; 30(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5815/4764>
27. Colon MY, Caraccioli Y, Perez J, Ortiz L, Molina L, Lopez O, et al. Síndrome de Nurnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales. Rev. Fac. Cienc. Med. 2009; 6(1):26-34 [cited 6 de septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2009/pdf/RFCMVol6-1-2009-5.pdf>
28. Bambula FD, Gómez IC. La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. Psicología desde el Caribe 2016; 33(1):113–31. Disponible en: <URL:http://www.redalyc.org/pdf/213/21345152008.pdf>
29. Matute-López D, Rodríguez Mejía G. Código del trabajo de Honduras. Tegucigalpa, Honduras: Impresos Ruiz, 2009. Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/eplex/doc/8/Labour>
30. Reglamento general de medidas preventivas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Acuerdo ejecutivo No. STSS-053-04. Gaceta No. 30532. 19 de octubre 2004.

XI. ANEXOS

XI.1 Consentimiento Informado

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Faculta de Ciencias Medicas
Departamento de Salud Publica
Maestría en Epidemiologia**

Tesis de Maestría: Factores psicosociales asociado al síndrome de Burnout

Estimado profesional de salud. En esta ocasión le estamos invitando a participar en el estudio de investigación “factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras desempeñándose en las cuatro especialidades básicas de hospitales públicos de la Región Metropolitana del Distrito Central, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de diciembre 2019 a marzo 2020” Este es un estudio analítico y la recolección de datos se realizará mediante la aplicación de dos instrumentos: 1) Cuestionario de recolección de datos (elaborado para este estudio) y 2) cuestionario de Maslach Burnout (instrumento estandarizado para diagnosticar este síndrome). Su participación consistirá en brindar la información solicitada en ambos instrumentos, lo cuales serán auto aplicados. Este proceso se estima durará 15 minutos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, no se dará ningún tipo de remuneración por participar, el no participar no conlleva consecuencias negativas. Aceptar participar no obliga a dar toda la información solicitada, si hay información que le incomoda brindar, puede dejar la pregunta en blanco. El riesgo mínimo esperado por participar podrá ser la pérdida de la confidencialidad, para garantizar que esto no ocurrirá usaremos códigos para identificar los instrumentos, en caso que los instrumentos le diagnostiquen con el síndrome de burnout, le haremos llegar el resultado personalmente.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación y doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es confidencial, por lo que no se revelara a otras personas, no afectara mi situación laboral, ni de salud. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar información y de participar en el trabajo en cualquier

momento, incluso después de haber asistido en las actividades acordadas, además afirmo que se me proporciono suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario con el investigador.

Para mayor información contactar o dudas/consultas:

Fernando Marichal, Tel. 9460-0996, e-mail: fernando131088marichal@hotmail.com

Maestría en Epidemiología, UNAH , e-mail:

maestriaepidemiologiaunah@gmail.com

Fecha_____

Nombre del participante_____ Firma_____

Firma del investigador_____

XI.2 Instrumento

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Facultad de Ciencias Medicas
Departamento de Salud Publica
Maestría en Epidemiologia**

Tesis de Maestría Factores psicosociales asociado al síndrome de Burnout

Cuestionario de recolección de datos

Código ____ Caso ____ Control ____ Fecha de aplicación: _____

A. Datos Demográficos

1. ¿Cuál es su edad actual? ____ 2. Sexo a). Femenino b). Masculino
3. ¿Ha tenido pareja estable en los últimos 6 meses? a). Sin pareja b). Con pareja
4. ¿Cuántos hijos (biológicos o no) tiene a su cargo? _____
5. ¿Cuánto es su ingreso mensual?
 - a). Menor a L. 11,000
 - b). L. 11,000 a L. 16,999
 - c). L. 17,000 a L. 21,999
 - d). L. 22,000 a L 27,999
 - e). Mayor de L 28,000
6. ¿Cuál es su profesión?
 - a) Médico General
 - b) Médico Postgrado
 - c) Médico Especialista
 - d) Enfermera(o) profesional
 - e) Enfermera(o) Auxiliar
7. Institución donde labora actualmente
 - a) Hospital Escuela Universitario
 - b) Hospital General San Felipe
 - c) instituto Nacional Cardiopulmonar
8. ¿en que otro lugar labora? _____
9. ¿en qué área labora actualmente?
 - a) Medicina interna
 - b) Pediatría
 - c) Ginecología
 - d) cirugía
 - e) Ninguna

B. Datos Institucionales

10. ¿Cuántas horas laborales realiza al día en esta institución? _____
11. ¿Cuál es su antigüedad laboral en esta institución(años)? _____
12. ¿Cuál es su jornada laboral en esta institución?
 - a) Turno A
 - b) Turno B
 - c) Turno C
 - d) Turno Mixto (abarca Turno a y b)
 - e) Turno Rotativo
13. ¿Cuántos días labora a la semana en esta institución? _____
14. ¿Cuántos días de descanso tiene a la semana en esta institución? _____
15. ¿Qué actividades realiza cuando tienen días de descanso en esta institución?
 - a) Actividades deportivas
 - b) Viajes
 - c) Actividades Domesticas
 - d) Turnos en áreas privadas (otra institución)
 - e) Otras _____

C. Ambiente Laboral

16. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su ambiente laboral? (marque todas las que aplique)
 - a) Falta de variedad en el trabajo (Falta de rotación por diferentes áreas)
 - b) Ciclos cortos de trabajo
 - c) Bajo uso de habilidades
 - d) Relación conflictiva con los compañeros de trabajo
 - e) Relación conflictiva con los jefes de trabajos

- f) Otros _____
17. ¿Cómo considera su carga de trabajo en esta institución?
- Exceso de trabajo
 - Alta presión temporal (no programado)
 - Plazos urgentes de finalización (plazo programado)
18. ¿Cómo considera su relación con sus compañeros de trabajo?
- Excelente (relación notable con los compañeros de trabajo)
 - Buena (relación llevadera con los compañeros de trabajo)
 - Mala (relación conflictiva con los compañeros de trabajo)
 - Pésima (relación bélica con los compañeros de trabajo)
19. En los últimos 12 meses ¿A recibido capacitaciones para su profesión?
- Si
 - No
20. ¿Cuál es su relación en su ambiente de casa-trabajo o trabajo-casa? (marque todas las que aplique)
- Estas irritable en casa porque tu trabajo es agotador
 - Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales
 - Tu horario de trabajo hace que resulte complicado atender las obligaciones domesticas
 - Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en la casa
 - La situación en la casa te hace estar tan irritable que descargas frustración en tus compañeros de trabajo
 - Los problemas con tu pareja/familia/amigos afectan tu rendimiento laboral
 - Ninguna de las anteriores

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos 2= Una vez al mes o menos
 3= Unas pocas veces al mes 4= Una vez a la semana
 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días

1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3.	Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4.	Siento que no puedo entender fácilmente a los pacientes	
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	

8.	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10.	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13.	Me siento frustrado en mi trabajo	
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	