



Estrategia de Intervención para la Prevención y Manejo del Síndrome de Burnout en el Personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, Ecuador, Gestión 2025

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Suany Araceli Ortiz Bailón

ASESOR

Nombre del asesor

México, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Ortiz Bailón, Suany (2025). *Propuesta Estrategia de Intervención para la Prevención y Manejo del Síndrome de Burnout en el Personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, Ecuador, Gestión 2025*. Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría.

No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

RESUMEN

El síndrome de *burnout* representa un problema significativo en el personal sanitario, afectando tanto el bienestar de los profesionales como la calidad de atención que éstos brindan. La presente investigación abordó la presencia de este síndrome en el Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, donde se han observado señales preocupantes de fatiga y estrés laboral. El objetivo del estudio fue proponer una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y al manejo del síndrome de *burnout*, basada en la evaluación de su prevalencia y factores asociados. Se empleó una metodología cuantitativa con diseño no experimental, transversal y descriptivo, aplicando el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) a una muestra de 66 profesionales. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y análisis multivariado para identificar factores predictores. Los resultados evidenciaron una prevalencia del síndrome completo en 13.64% del personal, con niveles elevados de agotamiento emocional (68.18%) y despersonalización (72.73%). Se identificaron como principales factores de riesgo el estrés severo (OR=9.83, $p<0.001$), la carga laboral superior a 40 horas (OR=3.24, $p=0.026$) y el trabajo en área de emergencia (OR=2.78, $p=0.046$). Como conclusión, se desarrolló una propuesta de estrategia de intervención integral estructurada en cuatro fases que incluye estrategias organizacionales e individuales, adaptada a las necesidades específicas del establecimiento y con énfasis en los grupos de alto riesgo identificados.

Palabras clave: síndrome de *burnout*, estrés laboral, personal de salud, atención primaria

ABSTRACT

Burnout syndrome represents a significant issue among healthcare personnel, affecting both the well-being of professionals and the quality of care they provide. This study addressed the presence of this syndrome at the Centro de Salud Tabacundo Tipo C, where concerning signs of fatigue and occupational stress have been observed. The research aimed to propose an intervention strategy to prevent and manage burnout syndrome, based on evaluating its prevalence and associated factors. A quantitative methodology with a non-experimental, cross-sectional, and descriptive design was employed, using the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) and the Perceived Stress Scale (PSS-14) on a sample of 66 professionals. Data were analyzed through descriptive statistics and multivariate analysis to identify predictive factors. Results revealed a prevalence of full burnout syndrome in 13.64% of the personnel, with elevated levels of emotional exhaustion (68.18%) and depersonalization (72.73%). Key risk factors included severe stress (OR = 9.83, $p < 0.001$), workload exceeding 40 hours (OR = 3.24, $p = 0.026$), and working in the emergency area (OR = 2.78, $p = 0.046$). In conclusion, a comprehensive four-phase intervention strategy was developed, integrating organizational and individual approaches tailored to the institution's specific needs and prioritizing identified high-risk groups.

Keywords: burnout syndrome, work stress, healthcare personnel, primary care

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres, José y Mónica, y a mi hermano Hans por ser mi apoyo incondicional en cada paso durante este proceso. Su amor y paciencia han sido mi motor durante toda mi formación académica.

A mis amigos, por acompañarme en esta experiencia, escucharme, apoyarme y celebrar cada pequeño avance. Fueron un refugio en los días de estrés y cansancio.

Y finalmente quisiera agradecer a todas las personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron con sus ideas, experiencias o simplemente con su buena energía, gracias por ser parte de este nuevo logro académico.

DEDICATORIAS

Este trabajo de tesis lo dedico a mis padres, José y Mónica por ser los pilares fundamentales de mi vida y por enseñarme que los sueños se alcanzan con esfuerzo, dedicación y perseverancia. Y a mi hermano Hans, por su apoyo incondicional.

Índice General

| | |
|--|----|
| Introducción | 14 |
| Capítulo 1- Proyección De La Investigación | 16 |
| 1.1 Línea De Investigación De La Universidad De UIIX | 16 |
| 1.2 Planteamiento Del Problema | 16 |
| 1.3 Formulación Del Problema (Pregunta De Investigación): | 18 |
| 1.4 Justificación..... | 18 |
| 1.5 Objetivo General y Específicos | 19 |
| 1.5.1 Objetivo General | 19 |
| 1.5.2 Objetivos Específicos | 19 |
| 1.6 Hipótesis | 20 |
| 1.7 Alcances Temático y Delimitación Espacial y Temporal | 20 |
| 1.7.1 Alcance Temático..... | 20 |
| 1.7.2 Delimitación Espacial | 20 |
| 1.7.3 Delimitación Temporal | 20 |
| Capítulo 2: Marco Teórico Referencial..... | 21 |
| 2.1 Estado del Arte (Marco Histórico y Actual) | 21 |
| 2.1.1 Desarrollo Conceptual Inicial..... | 21 |
| 2.1.2 Consolidación Teórica y Enfoques Multifactoriales | 22 |
| 2.1.3 Avances Contemporáneos y Reconocimiento Institucional..... | 23 |

| | |
|--|----|
| | 8 |
| 2.1.4 Contexto Actual: Impacto de la Pandemia de COVID-19 | 23 |
| 2.2 Marco Teórico y Marco Conceptual | 24 |
| 2.2.1 Marco Teórico | 24 |
| 2.2.2 Marco Conceptual | 27 |
| 2.3 Marco Legal y Normativo | 29 |
| Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos | 30 |
| 3.1 Matriz de Congruencia Científica Metodológica y Operacionalización De Variables..... | 31 |
| 3.2 Enfoque y Diseño Metodológico..... | 34 |
| 3.3 Definición del Enfoque, Diseño de Investigación de la Tesis..... | 34 |
| 3.4 Definición de Métodos, Técnicas e Instrumentos de Obtención de Datos | 35 |
| 3.5 Determinación de la Muestra y su Criterio de Selección | 36 |
| 3.5.1 Definición de la Población..... | 36 |
| 3.5.2 Características de la Población:..... | 36 |
| 3.5.3 Selección de la Muestra..... | 36 |
| 3.5.4 Justificación de la Selección | 37 |
| 3.5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión | 37 |
| 3.6 Procedimiento para el Trabajo de Campo (Acciones Proyectadas) | 38 |
| 3.6.1 Cronograma para el Trabajo de Campo | 38 |
| 3.6.2 Plan de Recolección de Datos | 38 |

| | |
|--|----|
| | 9 |
| 3.6.3 Plan de Análisis de Datos..... | 39 |
| 3.6.4 Plan de Reporte de Resultados | 41 |
| 3.6.5 Elaboración de Conclusiones | 41 |
| Capítulo 4: Reporte de Resultados de Investigación..... | 42 |
| 4.1 Acciones para el Trabajo de Campo | 42 |
| 4.2. Descripción del Proceso de Aplicación de los Instrumentos | 43 |
| 4.3. Procesamiento de la Información y Representación Gráfica | 43 |
| 4.4. Análisis e Interpretación de los Resultados en Datos Obtenidos | 44 |
| 4.4.1 Características Sociodemográficas de la Población Estudiada | 44 |
| 4.4.2 Análisis de Carga Laboral | 47 |
| 4.4.3. Análisis del Síndrome de Burnout | 49 |
| 4.4.4 Análisis Del Estrés Percibido | 61 |
| 4.4.4.4. Relación Entre Estrés Percibido y Carga Laboral..... | 64 |
| 4.4.4.5 Análisis Integrado De Burnout y Estrés Percibido | 65 |
| 4.4.5 Predictores del Síndrome de Burnout..... | 66 |
| 4.5 Redacción De Resultados y Discusión De Regularidades Del Diagnóstico Del Problema..... | 67 |
| 4.5.1 Regularidades Identificadas En El Diagnóstico | 67 |
| 4.5.2. Discusión de las Implicaciones Diagnósticas..... | 68 |
| Capítulo 5: Propuesta De Transformación | 69 |

| | |
|---|----|
| | 10 |
| 5.1 Fundamentación De Propuesta De Transformación..... | 69 |
| 5.2 Estructura De La Propuesta De Transformación..... | 70 |
| 5.2.1 Objetivos De La Propuesta De Transformación | 70 |
| 5.2.2 Fases De La Propuesta De Transformación | 71 |
| 5.2.3 Recursos Necesarios..... | 73 |
| 5.3. Valoración/ Evaluación/ Validación De La Propuesta De Transformación | 74 |
| 5.3.1 Criterios de Evaluación | 74 |
| 5.3.2 Instrumentos De Evaluación | 75 |
| 5.3.3 Metodología de Validación | 75 |
| 5.3.4. Sistema De Retroalimentación Y Mejora Contina | 76 |
| 5.4 Conclusiones De La Propuesta..... | 76 |
| Conclusiones | 77 |
| Recomendaciones | 78 |
| Bibliografía..... | 80 |
| Anexos..... | 84 |
| Anexo 1: <i>Resumen principales aportes y conceptos del síndrome de burnout</i> | 84 |
| Anexo 2: <i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)</i> | 85 |
| Anexo 3: Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems..... | 87 |
| Anexo 4: Encuesta implementada a través de Google Forms | 88 |

Índice De Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Esquema de etapas del análisis de información..... | 40 |
| Figura 2 Distribución carga laboral..... | 48 |
| Figura 3 Agotamiento emocional en hombres | 54 |
| Figura 4 Agotamiento emocional en mujeres | 54 |
| Figura 5 Despersonalización en hombres | 55 |
| Figura 6 Despersonalización en mujeres..... | 56 |
| Figura 7 Realización personal en hombres | 57 |
| Figura 8 Realización personal en mujeres | 57 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Principales referentes legales o normativos | 30 |
| Tabla 2 Matriz de congruencia científica metodológica | 31 |
| Tabla 3 Operacionalización de variables | 32 |
| Tabla 4 Cronograma de actividades y evaluación del trabajo de investigación..... | 38 |
| Tabla 5 Distribución de participantes según edad..... | 44 |
| Tabla 6 Distribución por edad según sexo | 45 |
| Tabla 7 Distribución de los participantes según área de trabajo | 46 |
| Tabla 8 Distribución por sexo según área de trabajo | 47 |
| Tabla 9 Distribución según carga laboral semanal..... | 48 |
| Tabla 10 Distribución de carga laboral según área de trabajo | 49 |
| Tabla 11 Distribución de las dimensiones del Síndrome de Burnout | 50 |
| Tabla 12 Agotamiento emocional según edad | 50 |
| Tabla 13 Despersonalización según edad | 51 |
| Tabla 14 Realización personal según edad | 52 |
| Tabla 15 Agotamiento emocional según sexo..... | 53 |
| Tabla 16 Despersonalización según sexo | 55 |
| Tabla 17 Realización personal según sexo..... | 56 |
| Tabla 18 Agotamiento emocional según área de trabajo | 58 |
| Tabla 19 Despersonalización según área de trabajo..... | 59 |

| | |
|---|----|
| Tabla 20 Realización personal según área de trabajo | 59 |
| Tabla 21 Distribución de estrés percibido en la población de estudio | 61 |
| Tabla 22 Distribución del estrés percibido según grupo etario | 62 |
| Tabla 23 Estrés percibido según sexo | 63 |
| Tabla 24 Distribución del estrés percibido según área de trabajo | 63 |
| Tabla 26 Distribución de estrés percibido y carga laboral | 64 |
| Tabla 26 Perfil de Burnout y estrés percibido | 65 |
| Tabla 27 Factores predictores del Síndrome de Burnout | 66 |
| Tabla 28 Principales aportes y conceptos del Síndrome de Burnout | 84 |
| Tabla 29 Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) version en español..... | 85 |
| Tabla 30 Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. | 87 |

Introducción

El síndrome de *burnout*, reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un fenómeno ocupacional en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), constituye uno de los desafíos más significativos en el ámbito sanitario. Sus implicaciones críticas, que incluyen el deterioro de la salud mental del personal y la reducción de la calidad asistencial, amenazan la sostenibilidad de los sistemas de salud a nivel mundial, especialmente en contextos de alta demanda y recursos limitados. Estudios recientes revelan que la prevalencia de síntomas de *burnout* en el personal de salud es cercana o superior al 50% (Agreda et al., 2021; West et al., 2018), por lo que el estudio de este síndrome es crucial, no solo para comprender sus causas y consecuencias, sino también para diseñar estrategias de prevención y manejo que mejoren el bienestar laboral y consecuentemente la calidad de la atención prestada a los usuarios.

La historia del *burnout* se remonta al año 1974 con Herbert Freudenberger, quien evidencia una pérdida progresiva de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo en un grupo de empleados a lo cual denomina “*burnout*”. Posteriormente, en 1982, Maslach y Jackson definen al *burnout* como una manifestación del estrés laboral, entendiéndolo como un síndrome que se caracteriza por 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; y desarrollan el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento clave para su evaluación. Desde entonces, numerosos estudios han evidenciado la prevalencia del síndrome en diversos contextos laborales, especialmente en el sector sanitario, donde factores como las largas jornadas laborales, la falta de recursos y la exposición constante a altos niveles de estrés contribuyen a su desarrollo.

El problema reside en que la desatención al síndrome de *burnout* puede desencadenar consecuencias graves, tanto a nivel individual como organizacional. A nivel individual, los profesionales afectados pueden experimentar problemas de salud física y mental, como ansiedad, depresión y fatiga crónica (Dreghiciu et al., 2023). Mientras que a nivel organizacional, el *burnout* está asociado con un aumento del

ausentismo laboral, rotación de personal y errores médicos, lo que compromete la seguridad de los pacientes y la eficiencia de las instituciones de salud (West et al., 2018).

En el caso particular del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, se han observado señales preocupantes relacionadas con fatiga y estrés laboral, lo que sugiere la posible presencia de este síndrome entre su personal. Sin embargo, la ausencia de datos actualizados y estudios específicos limita la comprensión de su verdadero alcance, impidiendo el diseño de intervenciones efectivas. Frente a este panorama, surge como problema central de investigación el cómo una propuesta de una estrategia de intervención podría contribuir a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud Tabacundo tipo C.

Para abordar esta problemática, se ha planteado como objetivo general el proponer una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* sustentada en tres objetivos específicos: 1) determinar los fundamentos teóricos referenciales de intervención para la prevención y manejo del síndrome, 2) caracterizar el estado actual de la prevalencia de *burnout* y los factores asociados al desarrollo de éste en el personal del Centro de Salud de Tabacundo tipo C, y 3) elaborar una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del establecimiento sanitario. Como hipótesis del estudio se postula que la propuesta de una estrategia de intervención contribuirá a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador.

La presente investigación se organiza siguiendo una secuencia lógica y estructurada en cinco capítulos. El capítulo 1, presenta la proyección del estudio, donde se contextualiza el problema de investigación y se definen los objetivos e hipótesis. En el capítulo 2, se aborda el marco teórico referencial, que integra los principales modelos conceptuales, antecedentes y el marco legal y normativo relevante. En el capítulo 3, se presentan los fundamentos metodológicos del estudio, se detalla el enfoque y el diseño del mismo, el tipo de muestreo empleado y los instrumentos aplicados. El capítulo 4 presenta el reporte de resultados con un análisis descriptivo y bivariado de los datos

obtenidos. Y por último en el capítulo 5, se propone un modelo de estrategia de intervención basada en los hallazgos, con recomendaciones para prevenir y manejar el síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo tipo C.

Capítulo 1- Proyección De La Investigación

1.1 Línea De Investigación De La Universidad De UIIX

El presente trabajo de investigación está relacionado con la línea de investigación "Liderazgo y Gestión del Talento en Hospitales", ya que proporciona un análisis detallado de los aspectos fundamentales de la gestión de los recursos humanos en los servicios de salud mediante el estudio del síndrome de *burnout*, el cual representa un problema importante en este contexto, ya que afecta directamente el bienestar del personal y pone en riesgo su motivación, compromiso y competencia para llevar a cabo sus deberes profesionales.

Adicionalmente, en relación con el área de estudio "Estrategias para reclutamiento, retención y motivación del personal médico y administrativo", la presente investigación pretende diseñar intervenciones específicas que contribuyan a reducir el *burnout*, incrementen la satisfacción laboral y fortalezcan los procesos de gestión del talento humano en los entornos de atención médica.

Por último, esta investigación tiene una conexión directa con el tema de "Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente", debido a que propone una estrategia de intervención integral que vincula el bienestar del personal con el desempeño organizacional, que podría contribuir de manera significativa a la mejora de la atención sanitaria, a la seguridad del paciente y a la eficiencia operativa de la institución.

1.2 Planteamiento Del Problema

El síndrome de *burnout*, también conocido como síndrome de desgaste profesional, constituye uno de los desafíos más significativos en el ámbito sanitario, que amenaza la sostenibilidad de los sistemas de salud a nivel mundial. Se define como "el

resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”(World Health Organization, 2019), y se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Linares Parra y Guedez Salas, 2021). El *burnout* se considera un problema común en una amplia gama de profesionales, particularmente en aquellos cuyas tareas implican gran interacción social, como los trabajadores del sector sanitario.

Estudios recientes evidencian una prevalencia alarmante del síndrome de *burnout* en el personal sanitario, con cifras superiores al 50% en manifestaciones globales del síndrome (Agreda et al., 2021; West et al., 2018), y hasta un 75% en dimensiones específicas como agotamiento emocional y despersonalización (Agreda et al., 2021), lo cual conlleva un impacto negativo tanto en la salud física y mental de los profesionales como en la calidad de la atención sanitaria. El desarrollo del síndrome se ha visto asociado a una etiología multifactorial, que integra factores individuales como la personalidad y la tolerancia al estrés, y factores organizacionales como jornadas extensas, altas demandas laborales y la creciente presión psicológica asociada a la atención de los usuarios en contextos de alta complejidad y recursos limitados (Linares Parra y Guedez Salas, 2021).

En el centro de salud de Tabacundo tipo C, se han detectado señales preocupantes relacionadas con el síndrome de *burnout* como aumento de la fatiga y el estrés laboral, lo cual sugiere la posible existencia de *burnout* en los profesionales de salud. Sin embargo, la ausencia de datos actualizados y estudios específicos limita la comprensión de su verdadero alcance y a la vez impide el diseño de estrategias de intervención precisas que puedan solventar este problema.

La desatención a este síndrome puede desencadenar consecuencias graves tanto a nivel individual como organizacional entre las cuales se encuentran el deterioro de la calidad de atención, aumento de errores médicos, ausentismo laboral y la afectación de la salud física y mental de los trabajadores (Dreghiciu et al., 2023). Considerando la importancia de evitar estos potenciales impactos es necesario desarrollar una investigación integral que permita evaluar la presencia del síndrome de *burnout* en el

personal del centro de salud, identificar sus causas subyacentes y diseñar estrategias de intervención efectivas que garanticen el bienestar del profesional y una atención de calidad para los usuarios.

1.3 Formulación Del Problema (Pregunta De Investigación):

¿Cómo una propuesta de estrategia de intervención contribuye a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador, gestión 2025?

1.4 Justificación

La presente investigación busca desde la teoría busca visibilizar que el síndrome de *burnout* es una problemática que afecta tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad que depende de sus servicios, ya que se asocia a un impacto negativo en la calidad de la atención que brinda el personal sanitario, por lo que abordar esta problemática contribuiría al bienestar colectivo y al fortalecimiento de los sistemas de salud locales.

Al caracterizar el estado actual de la prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo, el estudio aporta nuevos conocimientos sobre el tema y genera evidencia que complementa las teorías existentes sobre el desgaste profesional en el ámbito de la salud pública, especialmente en centros de atención primaria. Adicionalmente, al identificar los factores asociados al síndrome, se pueden proponer estrategias de intervención con el fin de mejorar el bienestar laboral del personal en este nivel de atención, lo cual beneficiará a los trabajadores, generará un impacto positivo en la calidad de atención que reciben los usuarios y promoverá un entorno laboral más saludable y eficiente.

Por último, el diseño riguroso desde el punto de vista práctico que presenta esta investigación y la aplicación de instrumentos validados durante su desarrollo, permite obtener una visión integral del síndrome de *burnout* y generar resultados confiables y replicables, que pueden servir de referencia para la toma de decisiones y la

implementación de políticas para mejorar el bienestar laboral y la calidad asistencial del establecimiento de salud.

Desde el punto de vista metodológico la estrategia de intervención muestra las herramientas esenciales para el manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador.

Considerando la importancia para la sociedad contribuye como potencial impactos necesarios en el desarrollo integral permitiendo la evaluación del síndrome de burnout en el personal del centro de salud, identificar sus causas subyacentes y diseñar estrategias de intervención efectivas que garanticen el bienestar del profesional y una atención de calidad para los usuarios

1.5 Objetivo General y Específicos

1.5.1 Objetivo General

Proponer una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador, gestión 2025.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar los fundamentos teóricos referenciales de intervención basada en estrategias de prevención y manejo del síndrome de *burnout* dirigido al personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador.
- Caracterizar el estado actual de la prevalencia de *burnout* y los factores asociados al desarrollo del *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo tipo C.
- Elaborar una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de

Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador.

1.6 Hipótesis

La propuesta de una estrategia de intervención contribuye a la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador, gestión 2025.

1.7 Alcances Temático y Delimitación Espacial y Temporal

1.7.1 Alcance Temático

El estudio se centra en el diseño de una propuesta de estrategia de intervención para la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud Tabacundo Tipo C. Previo a su elaboración, se realizará un diagnóstico integral que caracterice la prevalencia actual del síndrome en la población estudiada, así como los factores asociados a su desarrollo. Este análisis incluirá variables como el nivel de estrés percibido, aspectos sociodemográficos como la edad y el sexo, y factores organizacionales como la carga laboral, años de experiencia, entre otros. Esto con el objetivo de identificar posibles factores de riesgo y diseñar planes de acción dirigidos que respondan a las necesidades específicas del personal del establecimiento sanitario.

1.7.2 Delimitación Espacial

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Tabacundo Tipo C, ubicado en la parroquia Tabacundo, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador. Este centro de salud brinda atención primaria a una población diversa de aproximadamente 18 448 habitantes, por medio de sus servicios de consulta externa y emergencia, lo que representa un entorno laboral demandante para los trabajadores de salud.

1.7.3 Delimitación Temporal

La recolección de datos se realizará durante mes de enero del año 2025, a fin de garantizar que los resultados reflejen las condiciones actuales del personal. El análisis se

centrará exclusivamente en los datos obtenidos durante este período, sin considerar información retrospectiva adicional.

Capítulo 2: Marco Teórico Referencial

2.1 Estado del Arte (Marco Histórico y Actual)

A lo largo de varias décadas, el síndrome de *burnout* ha sido ampliamente investigado, evolucionando desde su conceptualización inicial hasta su reconocimiento formal como fenómeno ocupacional por la Organización Mundial de la Salud. Este proceso evolutivo ha estado guiado por diversas contribuciones teóricas, las cuales, desde enfoques complementarios, han profundizado en su etiología, manifestaciones y métodos de evaluación. A continuación, se presenta una síntesis cronológica de los hitos clave que han contribuido a su comprensión actual.

2.1.1 Desarrollo Conceptual Inicial

Freudenberger (1974, citado en Martínez Pérez, 2010) introdujo el término *burnout* para describir un estado de pérdida progresiva de energía, desmotivación y desinterés por el trabajo observado en voluntarios que laboraban en su clínica ubicada en Nueva York. Sus hallazgos, basados en observaciones clínicas, identificaron síntomas como el agotamiento emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, los cuales ayudaron a establecer al *burnout* como un problema crítico en salud ocupacional.

Cherniss (1980, citado en López, 2017) amplió esta perspectiva al vincular el *burnout* al estrés laboral crónico, argumentando que el síndrome surge cuando las demandas del entorno superan los recursos individuales, de tal forma que este desequilibrio desencadena respuestas emocionales como agotamiento, ansiedad y fatiga en los profesionales, que conducen finalmente a cambios conductuales y actitudinales, como el afrontamiento defensivo y la reducción de la eficacia laboral.

Por otro lado, Maslach y Jackson (1981, citado en Martínez Pérez, 2010) definieron al *burnout* como un modelo tridimensional caracterizado por: agotamiento

emocional, despersonalización y baja realización personal, y desarrollaron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), una herramienta validada para evaluar estas dimensiones, consolidando al *burnout* como un constructo psicológico medible.

Brill (1984) replanteó el concepto de *burnout* como un trastorno psicopatológico caracterizado por un estado disfuncional y disfórico. Según su enfoque, este cuadro clínico se manifiesta en individuos que, a pesar de contar con un historial previo de desempeño eficiente y satisfacción laboral, experimentan un deterioro abrupto en su desempeño, requiriendo intervenciones externas, como modificaciones en el entorno laboral o acompañamiento psicológico especializado, para restablecer su funcionalidad. De este modo, se enfatiza el carácter crónico y la dependencia de apoyo externo que adquiere el *burnout* en su fase avanzada, contrastando con las interpretaciones previas que lo vinculaban únicamente a factores situacionales transitorios.

2.1.2 Consolidación Teórica y Enfoques Multifactoriales

Peris (2002, citado en Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz, 2010) incorporó variables cognitivas al síndrome, señalando que el *burnout* surge de la sobrecarga de tareas y la desestructuración cognitiva. Su modelo vinculó las demandas excesivas con el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización profesional, enfatizando el rol de las cargas laborales insostenibles en su desarrollo.

Leka, Griffiths y Cox (2003) identificaron riesgos psicosociales, como la ambigüedad de roles, jornadas extensas y el estrés no gestionado, como desencadenantes clave del síndrome de *burnout*, enfatizando la interacción entre las condiciones organizacionales y la salud mental. Sus hallazgos respaldaron que se deben realizar intervenciones organizacionales para mitigar estos factores.

Kristensen et al. (2005) ampliaron la evaluación del *burnout*, al desarrollar una nueva herramienta de medición, el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), que evalúa el síndrome en tres dominios: personal, laboral y orientado al cliente. Este instrumento facilitó el estudio del *burnout* en contextos diversos, superando las limitaciones de herramientas previas.

2.1.3 Avances Contemporáneos y Reconocimiento Institucional

Gil-Monte (2005, 2013, 2022, citado en Font-Mayolas, 2013) propuso el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), integrando dimensiones como el desgaste psíquico, la desilusión laboral y la culpa. Su modelo destacó los desequilibrios percibidos entre esfuerzo y recompensas como causa principal del síndrome.

Bakker y Demerouti (2013) propusieron la teoría de Demandas y Recursos Laborales (JD-R), explicando que el *burnout* es el resultado de demandas excesivas y recursos insuficientes. Su modelo delineó vías directas e indirectas a través de las cuales estos factores afectan el bienestar del empleado, ofreciendo un marco referencial para el diseño de estrategias preventivas.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (2019) incluyó al síndrome de *burnout* como un fenómeno ocupacional en la CIE-11, atribuyéndolo al estrés laboral crónico no gestionado correctamente. Esta clasificación reforzó la responsabilidad institucional en su abordaje, alineándose con teorías que priorizan factores organizacionales sobre los individuales.

2.1.4 Contexto Actual: Impacto de la Pandemia de COVID-19

Antes de la pandemia de COVID-19, la Organización Mundial de la Salud ya alertaba sobre una carencia global de 18 millones de trabajadores sanitarios, especialmente en zonas rurales y de bajos ingresos (World Health Organization, 2020). En varios países, esta escasez se agravó por condiciones laborales precarias y falta de reconocimiento social o económico adecuado, que generaba frustración y desmotivación en los profesionales. Lo cual, asociado a turnos prolongados, tiempo de descanso inadecuado, falta de apoyo institucional y emocional y el limitado acceso a recursos contribuyó a que la prevalencia del síndrome de *burnout* incrementara en trabajadores de salud, sobre todo en los países de Latinoamérica (Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2021).

La crisis sanitaria por COVID-19, exacerbó estos problemas. Los sistemas de salud enfrentaron una sobrecarga laboral sin precedentes a nivel global, exponiendo las deficiencias en recursos humanos y materiales, mismas que generaron impactos en el bienestar físico y mental del personal sanitario (Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2021). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del síndrome de *burnout* antes y después de la pandemia de COVID-19 demostró un incremento del 20% del síndrome durante la pandemia, dato que destaca el gran impacto negativo que tuvo la emergencia sanitaria en el personal de salud (Ayala et al., 2021). Estos hallazgos subrayan la vulnerabilidad del personal sanitario ante trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y *burnout*, en contexto de altas demanda y apoyo insuficiente.

Aunque la pandemia, impulsó políticas orientadas al bienestar laboral de los profesionales de la salud, aún persisten desafíos que requieren de esfuerzos para fortalecer los sistemas sanitarios y garantizar entornos laborales que protejan el bienestar físico y psicológico de los profesionales.

En conclusión, la evolución del *burnout* refleja su multicausalidad, integrando dimensiones psicológicas, cognitivas y organizacionales; y su reconocimiento como fenómeno ocupacional consolida la necesidad de abordajes que combinen prevención primaria (mejora de entornos laborales) y secundaria (apoyo psicológico), respaldados por marcos normativos que prioricen la salud del trabajador.

2.2 Marco Teórico y Marco Conceptual

2.2.1 Marco Teórico

El síndrome de *burnout* es un fenómeno multifacético que ha sido objeto de numerosas investigaciones en las últimas décadas. Su definición y comprensión han evolucionado a medida que se ha reconocido su impacto en diversos sectores laborales, especialmente en el ámbito sanitario. A continuación se describen los principales modelos teóricos que explican este síndrome.

2.2.1.1 Modelo Tridimensional De Maslach Y Jackson.

El modelo de Maslach y Jackson propuesto en el año de 1981, es la base teórica más empleada para comprender el síndrome de *burnout*, e identifica tres dimensiones clave del síndrome:

1. **Agotamiento emocional:** Esta dimensión se refiere al sentimiento de fatiga extrema y falta de energía que surge como respuesta al estrés crónico en el lugar de trabajo. Se caracteriza por la sensación de estar emocionalmente "vacío", como si no quedara más para ofrecer a los demás. Representa el componente de estrés individual del síndrome y se manifiesta a través de la incapacidad para dar más de sí mismo a nivel afectivo.
2. **Despersonalización:** Implica una actitud cínica, distante y a menudo deshumanizada hacia los usuarios, lo cual se asocia con el desarrollo de actitudes negativas hacia las personas con las que se interactúa en el trabajo, con tendencia a verlas como objetos más que como seres humanos. Esta dimensión representa el componente interpersonal del síndrome y surge como mecanismo de defensa para protegerse del agotamiento.
3. **Baja realización personal:** Se refiere a la disminución de la satisfacción y el sentido de logro que los individuos experimentan respecto a su desempeño laboral. Los profesionales que sufren de *burnout* pueden sentir que su trabajo no tiene impacto o que no logran sus objetivos, lo que resulta en una pérdida de motivación y autoestima.

Según este modelo, el burnout se desarrolla como un proceso secuencial que comienza con el agotamiento emocional, seguido por la despersonalización como mecanismo de afrontamiento, y finalmente, culmina en la disminución de la realización personal cuando los esfuerzos por lidiar con el estrés resultan ineficaces (Martínez Pérez, 2010).

2.2.1.2 Modelo de Demandas y Recursos Laborales.

El modelo de demandas y recursos laborales propuesto por Bakker y Demerouti en el 2007 ofrece una perspectiva más amplia y flexible para comprender el *burnout* en diversos contextos laborales. Según este enfoque las condiciones laborales pueden clasificarse en dos categorías:

- **Demandas laborales:** Aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que requieren de un esfuerzo sostenido y que conllevan costos físicos y/o psicológicos.
- **Recursos laborales:** Aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que sirven para alcanzar los objetivos laborales, reducen las demandas laborales y/o estimulan el crecimiento y desarrollo personal del profesional.

Este modelo propone que el *burnout* se desarrolla a través de 2 procesos: un proceso de deterioro de la salud, donde las altas demandas laborales superan los recursos disponibles del individuo conduciendo a su agotamiento; y un proceso motivacional, donde la falta de recursos dificulta el afrontamiento de las demandas y disminuye el compromiso laboral del personal (Bakker & Demerouti, 2013). Este concepto resulta relevante para entender el *burnout* en el personal sanitario, donde la combinación de altas demandas asistenciales y la carencia de recursos crea condiciones propicias para el desarrollo del síndrome.

2.2.1.3 Modelo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Este modelo desarrollado por Gil-Monte en el año 2005 ofrece una perspectiva diferente del síndrome de *burnout*, ya que incorpora elementos cognitivos y emocionales que se dividen en 4 dimensiones: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. El modelo identifica dos perfiles de burnout, el perfil 1 que está caracterizado por el desarrollo de sentimientos y conductas negativas hacia el trabajo sin sentimientos de culpa; y el perfil 2, más severo, donde se presentan sentimientos de culpa que pueden exacerbar los síntomas (Font-Mayolas, 2013).

2.2.1.4 Factores asociados al desarrollo del síndrome de *burnout* en el personal sanitario.

El desarrollo de síndrome de *burnout* en el personal de salud es resultado de una interacción compleja entre múltiples factores laborales, personales y organizacionales. La comprensión de esta multifactorialidad resulta fundamental para diseñar estrategias de intervención efectivas que aborden el problema desde una perspectiva integral y permitan disminuir su prevalencia e incidencia.

Entre los factores laborales más relevantes se encuentran jornadas laborales extensas, atención de un gran número de usuarios en periodos cortos de tiempo, escasez de personal que obligue a asumir funciones adicionales, la necesidad de mantener altos estándares de atención y la interacción con usuarios en condiciones críticas o terminales (Amiri et al., 2024).

Entre los factores organizacionales se pueden incluir la falta de insumos o equipos médicos, infraestructura inadecuada que dificulte la atención a los usuarios, clima organizacional inadecuado, ausencia de programas de apoyo psicosocial y falta de reconocimiento del trabajo del personal de salud en comparación con la carga laboral y responsabilidad del trabajo (Amiri et al., 2024).

Por otro lado, además de los factores laborales y organizacionales mencionados previamente, existen variables individuales que predisponen al *burnout* como la personalidad del trabajador, ya que personas perfeccionistas con alta autoexigencia y alta implicación emocional en el trabajo pueden ser más susceptibles a desarrollar *burnout*. Adicionalmente la presencia de enfermedades crónicas o problemas emocionales, la falta de tiempo para actividades recreativas o de autocuidado y la falta de técnicas de manejo de estrés, comunicación asertiva y resolución de conflictos también pueden predisponer al desarrollo de este síndrome (Amiri et al., 2024).

2.2.2 Marco Conceptual

A continuación se definen los conceptos fundamentales relacionados con el síndrome de *burnout* y estrategias de intervención para su manejo y prevención:

- **Burnout:** El síndrome de *burnout* es un trastorno emocional relacionado con el trabajo, caracterizado por el agotamiento físico y emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal. Se presenta principalmente en profesionales que están expuestos a situaciones de alta demanda emocional y estrés crónico, como médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud (Adam et al., 2023). La Organización Mundial de la Salud lo define como “un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito” (World Health Organization, 2019).
- **Agotamiento emocional:** Sensación de fatiga extrema o profunda debido a las demandas excesivas en el trabajo. Se caracteriza por pérdida de energía y vitalidad, afectando tanto el rendimiento laboral como las interacciones personales (Linares Parra & Guedez Salas, 2021).
- **Despersonalización:** Implica una actitud negativa y distante hacia los usuarios y compañeros de trabajo, desarrollando un enfoque mecanicista y deshumanizado. Es una forma de defensa emocional que permite a los trabajadores distanciarse de los aspectos emocionales de su labor. Se caracteriza por indiferencia, insensibilidad y cinismo hacia las personas, tratándolas como objetos más que como individuos (Linares Parra & Guedez Salas, 2021).
- **Baja realización personal:** Se refiere a la percepción de no ser competente o eficaz en el trabajo. Los profesionales que experimentan este fenómeno sienten que su esfuerzo no tiene impacto positivo y pierden el sentido de logro que anteriormente les motivaba. Incluye una autoevaluación negativa, insatisfacción con los resultados laborales y sentimientos de fracaso profesional (Linares Parra & Guedez Salas, 2021).
- **Estrés laboral:** El estrés relacionado con el trabajo se refiere a las presiones y demandas laborales que, si son excesivas o mal gestionadas, pueden llevar a una sobrecarga emocional y física. El estrés laboral sostenido puede evolucionar hacia el síndrome de *burnout* cuando los mecanismos de afrontamiento son insuficientes (Adam et al., 2023).

- **Estrategia de intervención:** son un conjunto de acciones planificadas y estructuradas con el propósito de modificar, prevenir o mitigar factores de riesgo asociados a un problema de salud (Barreno Salinas et al., 2018). En el contexto del síndrome de *burnout*, estas estrategias pueden incluir intervenciones organizacionales, modificaciones estructurales o culturales en el entorno laboral, o intervenciones individuales, programas dirigidos a fortalecer habilidades personales para gestionar el estrés y promover el autocuidado (Durán et al., 2018).
- **Prevención del *burnout*:** Conjunto de acciones diseñadas para reducir la probabilidad de aparición de un problema de salud o para minimizar sus efectos (Instituto Nacional del Cáncer, 2011). En el caso del síndrome de *burnout* estas acciones incluyen la identificación temprana de factores de riesgo, la promoción de un entorno laboral saludable y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento en los trabajadores. Existen dos tipos principales de prevención: la prevención: primaria, dirigida a todos los empleados con el objetivo de evitar la aparición del síndrome, y la prevención secundaria orientada a aquellos trabajadores que ya presentan indicios de *burnout*. Adicionalmente, las intervenciones preventivas pueden clasificarse en individuales, enfocadas en fortalecer los recursos personales del trabajador, y organizacionales, dirigidas a modificar el ambiente laboral para reducir factores de riesgo (European Agency for Safety and Health at Work, 2023).
- **Manejo del *burnout*:** Estrategias y procedimientos implementados para mitigar los efectos del síndrome de *burnout*, ayudando a los individuos a recuperar su bienestar físico y emocional. Puede incluir intervenciones psicológicas, cambios organizacionales y el fomento de hábitos saludables (European Agency for Safety and Health at Work, 2023).

2.3 Marco Legal y Normativo

Se identifican las siguientes referencias legales relevantes en el marco legal y normativo relacionado con el síndrome de *burnout*:

Tabla 1*Principales referentes legales o normativos*

| Autor(es)/Fecha | Referencia Normativa o Legal | Descripción |
|---|---|--|
| Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1981 | Convenio 155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores | Establece normas para garantizar condiciones seguras y saludables en el trabajo, incluyendo la prevención de riesgos psicosociales como el estrés laboral crónico y el <i>Burnout</i> . |
| Constitución de la República del Ecuador, 2008 | Artículos 32, 33 y 363 | Reconoce el derecho a la salud como un derecho humano y dispone la obligación del Estado de garantizar servicios de salud integrales. Así mismo, menciona que el trabajo es un derecho y un deber social y un derecho económico fuente de realización personal, y es deber del Estado garantizar el respeto de la dignidad de los trabajadores y remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente aceptado. |
| Código de Trabajo del Ecuador, 2008 | Artículos 42 y 47.2 | Establece las responsabilidades del empleador en garantizar ambientes laborales adecuados, incluyendo medidas para prevenir riesgos psicosociales como el estrés laboral y el <i>Burnout</i> . |
| Ley de Seguridad Social de Ecuador, 2001 | Disposiciones sobre enfermedades profesionales | Incluye el estrés laboral crónico dentro de las enfermedades profesionales que deben ser evaluadas y tratadas como parte de las prestaciones de seguridad social. |
| Ley Orgánica de Salud, Ecuador, 2015 | Artículos 4 y 6 | Establece la promoción de la salud laboral como parte integral de las políticas públicas, priorizando la prevención de condiciones que afecten el bienestar de los trabajadores. |
| Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2019 | Política Nacional de Salud en el Trabajo | Define directrices para la identificación y gestión de riesgos laborales, incluyendo los factores psicosociales en trabajadores de la salud. |
| Norma Técnica Ecuatoriana INEN, 2020 | ISO 45003: Directrices para la Gestión de Riesgos Psicosociales en el trabajo | Proporciona un marco para identificar y gestionar factores de riesgo psicosocial en el trabajo, relevante para abordar el <i>Burnout</i> en entornos sanitarios. |

Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos

El diseño metodológico del presente trabajo de investigación se basa en un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, observacional, descriptivo y transversal. Este enfoque es el más apropiado al garantizar y facilitar la recolección de información necesaria y representativa sobre el síndrome de *burnout* en el personal del Centro de salud Tabacundo Tipo C, lo cual a la vez aporta los datos suficientes para el

desarrollo de propuestas de estrategias de intervención para la prevención y manejo de este problema y mejorar el bienestar laboral del personal del establecimiento de salud.

3.1 Matriz de Congruencia Científica Metodológica y Operacionalización De Variables

Tabla 2

Matriz de congruencia científica metodológica

| MATRIZ DE CONGRUENCIA | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| <p>Título: Propuesta Estrategia de Intervención para la Prevención y Manejo del Síndrome de Burnout en el Personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, Ecuador, Gestión 2025.</p> | | | | | | |
| Pregunta de investigación | Objetivo general | Objetivos específicos | Hipótesis | Variables estudiadas | Dimensiones | Indicadores |
| ¿Cómo una propuesta de estrategia de intervención contribuye a la prevención y manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador, gestión 2025? | Proponer una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador, gestión 2025. | 1. Determinar los fundamentos teóricos referenciales de intervención basada en estrategias de prevención y manejo del síndrome de burnout dirigido al personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador. | La propuesta de una estrategia de Intervención contribuirá a la prevención y manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador. | <p>Variable Independiente:</p> <p>Estrategias de intervención</p> | <p>1. Estrategias organizacionales</p> <p>2. Estrategias individuales</p> | <p>1. Implementación de horarios flexibles.</p> <p>1. Reducción de carga laboral semanal</p> <p>2. Número de talleres de autocuidado y manejo de estrés</p> <p>2. Número de sesiones de apoyo psicológico</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|---|---|--|
| | | 2. Caracterizar el estado actual de la prevalencia de burnout y los factores asociados al desarrollo del burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo tipo C. | | | | |
| | | 3. Elaborar una estrategia de intervención que contribuya a la prevención y manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, Ecuador. | | Variable/s dependientes: Prevención y manejo del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud Tabacundo Tipo C. | Agotamiento emocional. | Puntuaciones en la subescala de agotamiento emocional en el MBI-HSS. |
| | | | Despersonalización | | Puntuaciones en la subescala de despersonalización en el MBI-HSS. | |
| | | | Realización personal. | | Puntuaciones en la subescala de realización personal en el MBI-HSS. | |

Tabla 3

Operacionalización de variables

| CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES | DIMENSIÓN | DEFINICIÓN | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE |
|---|------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|
| Independiente: Estrategias de intervención | Estrategias organizacionales | Acciones dirigidas a modificar el | - Implementación de horarios flexibles | Cualitativa nominal |

| | | | | |
|---|--------------------------|--|---|-----------------------|
| | | entorno laboral y las políticas institucionales. | - Reducción de carga laboral semanal | |
| | Estrategias individuales | Programas diseñados para fortalecer las habilidades individuales de afrontamiento | - Número de talleres de autocuidado y manejo de estrés - Número de sesiones de apoyo psicológico | Cuantitativa discreta |
| Dependiente: Prevención y manejo del Síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud Tabacundo tipo C. | Agotamiento emocional | Sensación de fatiga extrema y falta de energía debido al estrés laboral crónico | - Puntuación en la subescala de agotamiento emocional del MBI-HSS | Cuantitativa ordinal |
| | Despersonalización | Actitud cínica y distante hacia los pacientes y compañeros de trabajo. | - Puntuación en la subescala de despersonalización del MBI-HSS. | Cuantitativa ordinal. |
| | Realización personal | Disminución de la satisfacción y el sentido de logro en el trabajo. | - Puntuación bajas en la subescala de realización personal del MBI-HSS. | Cuantitativa ordinal. |
| Variables de control (sociodemográficas y laborales) | Edad | Tiempo de vida | - Menos de 25 años. - 26-35 años. - 36-45 años. - 46-55 años. - Más de 55 años. | Cualitativa nominal. |
| | Sexo | Características biológicas del individuo. | - Hombre - Mujer | Cualitativa nominal. |
| | Años de experiencia | Tiempo de experiencia profesional en el sector salud. | - Menos de 5 años - De 5 a 10 años - Más de 10 años | Cualitativa nominal. |
| | Área de trabajo | Unidad del centro de salud en el que el personal desarrolla sus actividades laborales. | - Consulta Externa - Administrativo - Emergencia - Laboratorio | Cualitativa nominal. |
| | Carga laboral | Número de horas trabajadas por semana. | - Menos de 40 horas - 40 horas - Más de 40 horas | Cualitativa nominal. |
| | Tipo de jornada laboral | Esquema de horarios bajo el cual el personal realiza sus actividades. | - Tiempo completo - Tiempo parcial - Turnos rotativos/guardias | Cualitativa nominal. |

| | | | | |
|--|---------------------------|--|--|----------------------|
| | Nivel de estrés percibido | Resultado de escala de estrés percibido. | <ul style="list-style-type: none"> - 0-13 puntos: estrés leve - 14-26 puntos: estrés moderado - 27-40 puntos: estrés severo | Cualitativa ordinal. |
|--|---------------------------|--|--|----------------------|

3.2 Enfoque y Diseño Metodológico

El presente trabajo de investigación posee un enfoque cuantitativo con un método hipotético-deductivo y un diseño metodológico no experimental, observacional, transversal y descriptivo.

3.3 Definición del Enfoque, Diseño de Investigación de la Tesis

El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza por su naturaleza secuencial y probatoria, debido a que busca medir y analizar el síndrome de *burnout* de manera objetiva y sistemática en un tiempo determinado, con el fin de desarrollar estrategias de intervención que ayuden a los profesionales de salud a enfrentar esta problemática. Según Hernández Sampieri et al. (2014) el enfoque cuantitativo sigue un proceso riguroso en el que cada etapa precede a la siguiente, garantizando la objetividad y replicabilidad de los resultados. Adicionalmente, la investigación cuantitativa permite medir y estimar magnitudes de los fenómenos investigados y minimiza la subjetividad del investigador, garantizando que los datos recopilados sean representativos de la realidad observada, lo cual es fundamental en el presente estudio.

Además, este enfoque se apoya en el método hipotético-deductivo, considerando teorías establecidas sobre el *burnout* e instrumentos de medición validados, como el *Maslach Burnout Inventory*, que permitió recopilar información precisa para su posterior análisis estadístico.

Por otro lado, el diseño no experimental, observacional, transversal y descriptivo del estudio garantiza la no manipulación de variables y que el investigador se limite a observar y registrar los niveles de *burnout* tal como se manifiestan en la realidad

mientras se realiza el estudio, lo cual posibilita una comprensión precisa del síndrome en un tiempo determinado.

Por último, el diseño descriptivo también permite profundizar en los diversos aspectos del *burnout*, explorando no solo sus dimensiones sino también su relación con factores sociodemográficos y laborales, lo cual proporciona una comprensión integral de cómo el *burnout* afecta a los profesionales de salud y a la vez esto permite desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas.

3.4 Definición de Métodos, Técnicas e Instrumentos de Obtención de Datos

Como se mencionó previamente, el estudio empleará un método hipotético-deductivo utilizando herramientas validadas y teorías preexistentes sobre el *burnout*. Para la recolección de datos se utilizará una encuesta estructurada que se aplicará de forma electrónica en el mes de enero del año 2025 por medio de la herramienta Google Forms, debido a que es un instrumento eficiente para recolectar datos de un grupo relativamente amplio en un período de tiempo limitado, además de que permite recolectar información directa de los trabajadores de salud de forma rápida, sencilla y anónima.

La encuesta se divide en 4 secciones de la siguiente manera: la sección 1 incluye el formulario de consentimiento informado donde se explica el objetivo del estudio y se especifica que la participación en el mismo es libre y voluntaria. La sección 2 incluye datos sociodemográficos (edad, sexo, área de trabajo, años de experiencia en el sector salud, tipo de jornada laboral y carga laboral). La sección 3 incluye el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión Human Services Survey (Anexo 2) para medir las tres dimensiones del *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), y por último la sección 4 incluye la escala de estrés percibido en su versión de 14 ítems (Anexo 3) para evaluar el nivel de estrés percibido por los participantes. En el Anexo 4 se adjunta el formato de encuesta empleado en Google Forms.

3.5 Determinación de la Muestra y su Criterio de Selección

3.5.1 Definición de la Población

La población objetivo está compuesta por 79 personas que constituyen la totalidad del personal que labora en el Centro de Salud Tabacundo Tipo C, incluyendo a profesionales de la salud (médicos, enfermeros, paramédicos), personal administrativo y personal de apoyo.

3.5.2 Características de la Población:

El personal del Centro de Salud Tabacundo Tipo C presenta las siguientes características que son relevantes para el estudio:

- **Diversidad de roles laborales:** Personal médico, de enfermería, administrativo y técnico, que interactúa de manera diferente con los pacientes y enfrenta diferentes niveles de presión laboral.
- **Experiencia laboral:** Trabajadores con distintos años de experiencia, lo cual podría influir en la percepción y los niveles de estrés relacionados con su trabajo.
- **Tipo de contrato:** Empleados contratados de manera fija o temporal.
- Diversidad en cuanto a género, edad, tiempo de servicio y funciones específicas.

3.5.3 Selección de la Muestra

Se calculará el tamaño de muestra con la fórmula estándar para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde:

- n : Tamaño de la muestra
- N : Tamaño de la población (79 personas)
- Z : Valor de Z para el nivel de confianza deseado (1.96 para un nivel de confianza del 95%)
- p : Proporción esperada de la característica de interés en la población (se asume $p = 0.5$ ya que no se conoce)
- E : Margen de error permitido ($E = 0.05$ para un margen de error del 5%)

Se sustituyeron los valores en la fórmula y se realizó el cálculo obteniendo que el tamaño muestral estimado es de 66 personas. Se utilizará un muestreo aleatorio simple para garantizar que todos los individuos tengan la misma probabilidad de ser seleccionados.

3.5.4 Justificación de la Selección

La elección de esta población y muestra es la más adecuada para el proyecto debido a que:

- El personal del centro de salud de Tabacundo es un grupo directamente expuesto a factores que han sido asociados al síndrome de burnout como largas jornadas laborales, presión asistencial y exposición constante a situaciones de estrés.
- El muestreo aleatorio simple garantiza que los resultados puedan ser generalizables a todos los empleados del establecimiento, permitiendo identificar patrones y áreas de intervención.
- La inclusión de distintos roles laborales permite entender cómo el síndrome de burnout afecta a diferentes grupos dentro del mismo entorno laboral, lo cual es clave para diseñar estrategias de intervención específicas.

3.5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Criterios de inclusión:**

- Personal del centro de Salud Tabacundo tipo C que se encuentre operativo durante el mes de enero del año 2025.
- Empleados que deseen participar voluntariamente en el estudio.
- **Criterios de exclusión:**
 - Empleados que no se encuentren operativos en el centro de salud en el mes de enero del año 2025.
 - Personal que no desee participar en la investigación.

3.6 Procedimiento para el Trabajo de Campo (Acciones Proyectadas)

3.6.1 Cronograma para el Trabajo de Campo

- **Evaluación inicial (diagnóstico):** Recolección de datos (13 al 26 de enero 2025).
- **Evaluación durante el proceso:** Análisis de datos y formulación de recomendaciones (27 de enero al 16 de febrero 2025)
- **Evaluación final:** Presentación de resultados y propuestas de intervención (17 al 28 de febrero 2025).

Tabla 4

Cronograma de actividades y evaluación del trabajo de investigación

| Actividad | Enero | | | Febrero | | | Marzo | | | Abril | | |
|---|-------|--|--|---------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| Recolección de datos | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | | |
| Formulación de recomendaciones | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de resultados y propuestas de intervención | | | | | | | | | | | | |

3.6.2 Plan de Recolección de Datos

El enlace de la encuesta en Google Forms se enviará al personal a través del chat oficial del Centro de Salud Tabacundo Tipo C utilizando la aplicación WhatsApp. La

administradora técnica del establecimiento será la encargada de compartir el formulario, el cual estará disponible para su aplicación del 13 al 26 de enero del año 2025.

3.6.3 Plan de Análisis de Datos

El análisis de datos seguirá un enfoque cuantitativo. El plan se estructurará en tres etapas: preparación y depuración de datos, análisis descriptivo y análisis bivariado.

En la primera etapa, se creará una base de datos en el programa Microsoft Excel en su versión Office 365, donde se codificarán las variables según la operacionalización previamente definida. Se realizará una revisión exhaustiva de los datos recolectados para verificar la calidad y consistencia de la información obtenida, asegurando así la fiabilidad de los análisis posteriores. Posteriormente, con la base de datos, se realizará el análisis estadístico en el software SPSS en su versión 29.0.2.0 y en el software JASP en su versión 0.19.3 del año 2025.

La segunda etapa comprenderá el análisis descriptivo, dividido en dos componentes principales. El análisis univariado, donde se examinará cada variable de forma individual: para las variables cuantitativas como edad y años de experiencia, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar); para las variables cualitativas como sexo, área de trabajo y tipo de jornada, se determinarán frecuencias absolutas y relativas. Adicionalmente, se realizará una evaluación específica del síndrome de *burnout* mediante el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en su versión *Human Services Survey* (MBI-HSS) (Anexo 2), calculando las puntuaciones en tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), categorizando los niveles según puntos de corte establecidos y determinando la prevalencia global del síndrome. Adicionalmente se empleará la Escala de Estrés Percibido en su versión en castellano de 14 ítems (Anexo 3), que permitirá la comprensión integral del síndrome de *burnout* y su relación con las condiciones laborales en el Centro de Salud Tabacundo Tipo C.

La tercera etapa consistirá en el análisis bivariado, donde se explorarán las asociaciones entre las variables sociodemográficas y laborales y la presencia de *burnout*.

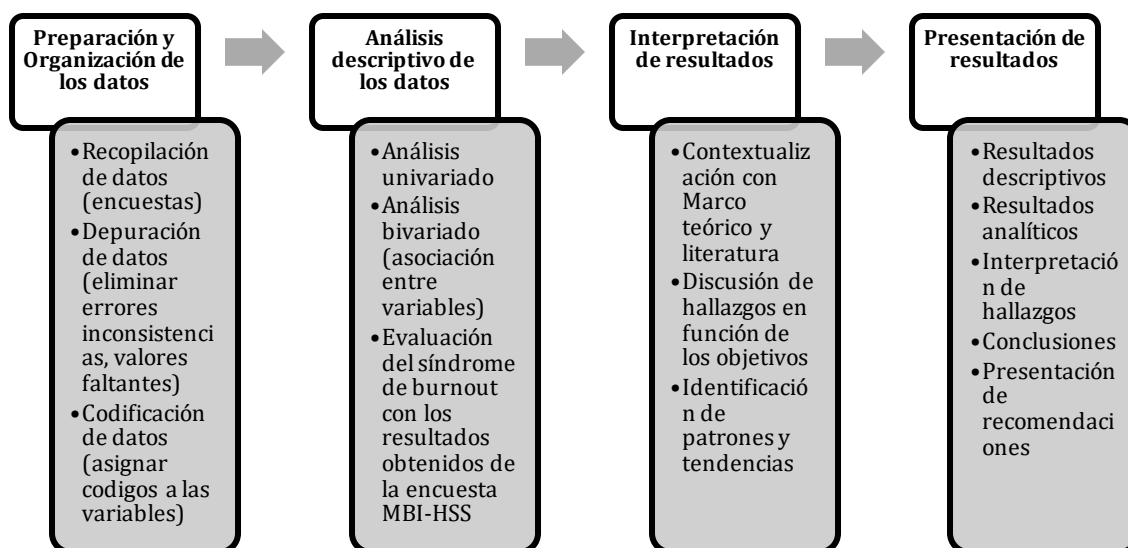
Se aplicarán pruebas estadísticas específicas según el tipo de variables: Chi-cuadrado para asociación entre variables categóricas, T de Student para comparar medias/medianas entre grupos y ANOVA para comparaciones múltiples estableciendo un nivel de significancia estadística.

La selección de este procedimiento se fundamenta en cinco razones principales. Primero, mantiene coherencia con el diseño metodológico planteado y permite responder efectivamente a los objetivos de investigación, especialmente para determinar la prevalencia del *burnout* y sus factores asociados. Segundo, garantiza la validez científica mediante el uso de pruebas estadísticas estandarizadas, permitiendo obtener resultados confiables y comparables con otros estudios similares. Tercero, proporciona una capacidad descriptiva detallada que permitirá caracterizar completamente el síndrome del *burnout* en la población estudiada, fundamental para el diseño posterior de estrategias de intervención. Cuarto, demuestra practicidad y factibilidad en su implementación considerando los recursos disponibles y el tamaño muestral calculado ($n=66$), asegurando la obtención de resultados estadísticamente significativos. Quinto, es útil para la toma de decisiones, ya que los resultados permitirán identificar grupos de riesgo y factores asociados, información crucial para el desarrollo de recomendaciones y estrategias de intervención para la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el centro de salud.

Este procedimiento integral de análisis no solo permitirá cumplir con los objetivos de investigación planteados, sino que también generará evidencia sólida y útil para la toma de decisiones en la gestión del talento humano del centro de salud, contribuyendo así a la mejora de las condiciones laborales y la prevención del síndrome de *burnout* en el personal sanitario.

Figura 1

Esquema de etapas del análisis de información



3.6.4 Plan de Reporte de Resultados

3.6.4.1 Presentación de Resultados.

Los resultados se presentarán en forma de tablas, gráficos o diagramas para facilitar su comprensión. Se redactará el reporte de manera clara y concisa, utilizando lenguaje académico y evitando redundancias, asegurando que cada sección del reporte esté alineada con los objetivos de la investigación.

3.6.4.1 Interpretación de Resultados.

Se contrastarán los resultados obtenidos con las teorías y estudios previos mencionados en el marco teórico, se destacarán los patrones o tendencias observadas en los datos. Adicionalmente se analizarán las implicaciones de estos hallazgos en el personal del Centro de Salud Tabacundo.

3.6.5 Elaboración de Conclusiones

Se sintetizarán los resultados más relevantes, como la prevalencia del *burnout*, los factores asociados y los grupos de riesgo identificados y se destacará la relevancia de estos hallazgos para el problema de investigación.

3.6.6 Elaboración de recomendaciones

Se propondrán estrategias de intervención específicas para prevenir y manejar el síndrome de *burnout* en el Centro de Salud Tabacundo Tipo C, como:

- Programas de apoyo psicológico.
- Mejoras en las condiciones laborales (reducción de jornadas extensas, fomento de un clima organizacional positivo).
- Capacitaciones en manejo de estrés y autocuidado.

Además, se sugerirán políticas organizacionales que promuevan el bienestar del personal, como el reconocimiento del trabajo y la implementación de horarios más flexibles.

Capítulo 4: Reporte de Resultados de Investigación

Este capítulo presenta los hallazgos de la investigación realizada sobre el Síndrome de *Burnout* en los profesionales de salud del Centro de Salud Tabacundo Tipo C. La información analizada se deriva del trabajo de campo realizado con 66 participantes de cuatro entornos profesionales: consulta externa, emergencia, área administrativa y laboratorio, quienes respondieron a los instrumentos de evaluación planteados. Este capítulo se estructura en cinco subsecciones: primero, se describen las actividades realizadas para el trabajo de campo; segundo, se detalla el proceso para la aplicación de los instrumentos; tercero, se explica la metodología de procesamiento de la información; cuarto, se presentan los resultados obtenidos, su análisis e interpretación; y quinto, se discuten las conclusiones de los hallazgos encontrados.

4.1 Acciones para el Trabajo de Campo

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Tabacundo tipo C, con un tamaño muestral de 66 profesionales distribuidos en cuatro áreas de trabajo: consulta externa, emergencia, administrativo y laboratorio. Para acceder a la población objetivo, se siguieron los siguientes pasos:

1. Solicitud de autorización a la administradora técnica del centro de salud para realizar el trabajo de investigación, explicando los objetivos del estudio, metodología y consideraciones éticas.
2. Envío del enlace de la encuesta propuesta al personal a través del chat oficial del Centro de Salud Tabacundo Tipo C utilizando la aplicación WhatsApp por medio de la administradora técnica del establecimiento.

El trabajo de campo se realizó durante un período de dos semanas, adaptándose a los diferentes turnos laborales y disponibilidad horaria de los profesionales para asegurar la participación representativa del personal.

4.2. Descripción del Proceso de Aplicación de los Instrumentos

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo a través de una encuesta anonimizada realizada de forma digital por medio de la herramienta Google Forms en la cual se incluían preguntas de carácter sociodemográfico y los cuestionarios validados: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y la escala de estrés percibido (PSS-14). El formulario iniciaba con una breve descripción del objetivo del estudio y la aceptación o negativa del consentimiento informado, para posteriormente continuar con las instrucciones de llenado. El cuestionario tomó un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos por participante y posterior a la fecha límite se cerró el formulario para evitar la recepción de respuestas fuera del límite de tiempo establecido. Durante el tiempo de recolección de información el investigador estuvo abierto a resolver dudas de los participantes. La tasa de respuesta fue del 100%, logrando la participación de los 66 profesionales inicialmente previstos. No se reportaron incidencias durante el proceso de aplicación y no se identificaron datos faltantes durante la revisión de los formularios.

4.3. Procesamiento de la Información y Representación Gráfica

Una vez finalizada la fase de recolección de información, se procedió a la extracción de los datos mediante la descarga de la matriz de respuestas generada por Google Forms. El procesamiento inicial incluyó el cálculo de las puntuaciones de las

dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y la categorización de los niveles de estrés percibido y *burnout* de acuerdo a los puntos de corte estandarizados para ambos instrumentos.

Posteriormente, se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Excel, donde se asignó códigos numéricos a todas las variables de estudio para facilitar su posterior análisis. Esta base fue importada al software estadístico JASP y SPSS, mediante los cuales se realizó el análisis estadístico que incluyó dos aspectos fundamentales: la estadística descriptiva de los datos recolectados (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) y la estadística inferencial aplicando pruebas como T de Student para comparaciones entre grupos independientes, ANOVA para comparaciones múltiples, correlaciones mediante el coeficiente Rho de Spearman y pruebas post-hoc como el HSD de Turkey para identificar diferencias específicas entre subgrupos. Los resultados fueron representados mediante diversas técnicas de representación gráfica como tablas de frecuencias y gráficos de barras.

4.4. Análisis e Interpretación de los Resultados en Datos Obtenidos

4.4.1 Características Sociodemográficas de la Población Estudiada

4.4.1.1 Distribución por Edad.

La edad de los participantes se codificó de la siguiente manera: 25 años o menos = 1, 26-35 años = 2, 36-45 años = 3, 46-55 años = 4, y 56-60 años = 5. La distribución por edad de los 66 participantes muestra una media de 2.485 (DE=0.949) y una mediana de 2.0, lo cual sitúa a la población predominantemente en el grupo etario de 26 a 35 años. La distribución completa por grupos etarios se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5

Distribución de participantes según edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 25 años o menos | 10 | 15.152 | 15.152 | 15.152 |
| 26 a 35 años | 24 | 36.364 | 36.364 | 51.515 |
| 36-45 años | 23 | 34.848 | 34.848 | 86.364 |
| 46-55 años | 8 | 12.121 | 12.121 | 98.485 |
| 56-60 años | 1 | 1.515 | 1.515 | 100.000 |

| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Total | 66 | 100.000 | | |

Nota. Esta tabla presenta la distribución de participantes según su edad. Los porcentajes válidos reflejan la proporción de cada categoría respecto al total de la muestra (N=66).

La mayor concentración de participantes se encontró en el rango de 26 a 45 años (71.21%), con una escasa representación de profesionales mayores de 55 años (1.52%), evidenciando una población predominantemente joven y de mediana edad.

4.4.1.2 Distribución Por Sexo

En cuanto a la distribución por sexo, se observó un ligero predominio femenino, 37 mujeres (56.06%) frente a 29 hombres (43.94%). La desviación típica de 0.500 indica una distribución relativamente equilibrada entre ambos sexos.

El análisis de la edad según sexo reveló una edad media categorizada ligeramente superior en las mujeres (2.568, DE=0.899) en comparación con los hombres (2.379, DE=1.015), como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución por edad según sexo

| SEXO | EDAD | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Hombre | 25 años o menos | 6 | 20.690 | 20.690 | 20.690 |
| | 26 a 35 años | 10 | 34.483 | 34.483 | 55.172 |
| | 36-45 años | 10 | 34.483 | 34.483 | 89.655 |
| | 46-55 años | 2 | 6.897 | 6.897 | 96.552 |
| | 56-60 años | 1 | 3.448 | 3.448 | 100.000 |
| | Total | 29 | 100.000 | | |
| Mujer | 25 años o menos | 4 | 10.811 | 10.811 | 10.811 |
| | 26 a 35 años | 14 | 37.838 | 37.838 | 48.649 |
| | 36-45 años | 13 | 35.135 | 35.135 | 83.784 |
| | 46-55 años | 6 | 16.216 | 16.216 | 100.000 |
| | 56-60 años | 0 | 0.000 | 0.000 | 100.000 |
| | Total | 37 | 100.000 | | |

| SEXO | EDAD | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------|------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|------|------|------------|------------|-------------------|----------------------|

Nota. La tabla muestra la distribución de los participantes según sexo y edad. La muestra total se compone de 29 hombres y 37 mujeres.

Es interesante observar que entre los hombres, los grupos de 26-35 años y 36-45 años presentaron idéntica proporción (34.48% cada uno), mientras que entre las mujeres el grupo predominante fue el de 26-35 años (37.84%).

4.4.1.2 Distribución por Área de Trabajo

La distribución por área de trabajo reveló que la mayoría de los participantes se concentraba en dos servicios principales: Consulta Externa (45.45%) y Emergencia (39.39%), como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7

Distribución de los participantes según área de trabajo

| ÁREA DE TRABAJO | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | 30 | 45.455 | 45.455 | 45.455 |
| Emergencia | 26 | 39.394 | 39.394 | 84.848 |
| Administrativo | 6 | 9.091 | 9.091 | 93.939 |
| Laboratorio | 4 | 6.061 | 6.061 | 100.000 |
| Ausente | 0 | 0.000 | | |
| Total | 66 | 100.000 | | |

Nota. La tabla presenta la distribución de los participantes según su área de trabajo.

Se observa que la mayoría de los participantes trabajan en el área de consulta externa.

Al analizar la distribución por sexo según el área de trabajo, los resultados revelaron una segmentación por género, con predominio masculino en Consulta Externa (53.33%) y mayor presencia femenina en Emergencia (65.38%) y Laboratorio (75.00%). Mientras que el área Administrativa presentó una distribución equitativa 50% en cada sexo (Tabla 8).

Tabla 8*Distribución por sexo según área de trabajo*

| ÁREA DE TRABAJO | SEXO | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | Hombre | 16 | 53.333 | 53.333 | 53.333 |
| | Mujer | 14 | 46.667 | 46.667 | 100.000 |
| | Total | 30 | 100.000 | | |
| Emergencia | Hombre | 9 | 34.615 | 34.615 | 34.615 |
| | Mujer | 17 | 65.385 | 65.385 | 100.000 |
| | Total | 26 | 100.000 | | |
| Administrativo | Hombre | 3 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| | Mujer | 3 | 50.000 | 50.000 | 100.000 |
| | Total | 6 | 100.000 | | |
| Laboratorio | Hombre | 1 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Mujer | 3 | 75.000 | 75.000 | 100.000 |
| | Total | 4 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los participantes según su área de trabajo y sexo.

En cuanto a la distribución etaria según área de trabajo se destaca que en consulta externa se concentra al personal más joven (60.00% del personal menor de 25 años y 58.33% del personal de 26-35 años), mientras que el área Administrativa tiende a incluir personal de mayor edad, incluyendo al único participante mayor de 55 años.

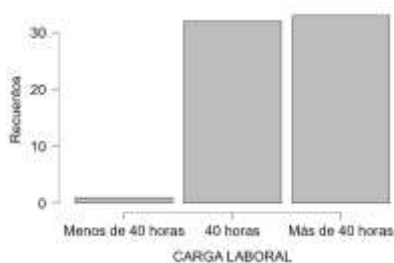
4.4.2 Análisis de Carga Laboral

La carga laboral se codificó como menos de 40 horas = 1, 40 horas = 2, y más de 40 horas = 3. El análisis de la carga laboral semanal reveló un panorama de alta exigencia horaria, como se muestra en la Tabla 9. La mediana de 2.5 y la media de 2.485 (DE=0.533) reflejan una tendencia central entre las 40 horas y el exceso de jornada, con clara inclinación hacia la sobrecarga laboral. Exactamente la mitad de los participantes (50.00%) reportó trabajar más de 40 horas semanales.

Tabla 9*Distribución según carga laboral semanal*

| CARGA LABORAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Menos de 40 horas | 1 | 1.515 | 1.515 | 1.515 |
| 40 horas | 32 | 48.485 | 48.485 | 50.000 |
| Más de 40 horas | 33 | 50.000 | 50.000 | 100.000 |
| Total | 66 | 100.000 | | |

Nota. La tabla presenta la distribución de la carga laboral de los participantes.

Figura 2*Distribución carga laboral*

Nota. El gráfico muestra la distribución de la carga laboral entre los participantes del estudio. Se observa que la mayoría trabaja 40 horas o más de 40 horas a la semana.

4.4.2.1 Carga Laboral Según Área de Trabajo.

El análisis por área de trabajo reveló diferencias sustanciales en la carga horaria, como se observa en la Tabla 10. Los resultados muestran que el área de Emergencia presenta la mayor sobrecarga laboral (92.31% del personal trabaja más de 40 horas), seguida por Laboratorio (75.00%). En contraste, el personal de Consulta Externa mantiene horarios más regulares (80.00% trabaja exactamente 40 horas), mientras que el área Administrativa presenta una carga horaria estandarizada (100.00% trabaja 40 horas exactas).

Tabla 10*Distribución de carga laboral según área de trabajo*

| ÁREA DE TRABAJO | CARGA LABORAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|-------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | Menos de 40 horas | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | 40 horas | 24 | 80.000 | 80.000 | 80.000 |
| | Más de 40 horas | 6 | 20.000 | 20.000 | 100.000 |
| | Total | 30 | 100.000 | | |
| Emergencia | Menos de 40 horas | 1 | 3.846 | 3.846 | 3.846 |
| | 40 horas | 1 | 3.846 | 3.846 | 7.692 |
| | Más de 40 horas | 24 | 92.308 | 92.308 | 100.000 |
| | Total | 26 | 100.000 | | |
| Administrativo | Menos de 40 horas | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | 40 horas | 6 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| | Más de 40 horas | 0 | 0.000 | 0.000 | 100.000 |
| | Total | 6 | 100.000 | | |
| Laboratorio | Menos de 40 horas | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | 40 horas | 1 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Más de 40 horas | 3 | 75.000 | 75.000 | 100.000 |
| | Total | 4 | 100.000 | | |

Nota. La tabla presenta la distribución de la carga laboral en las diferentes áreas de trabajo del Centro de Salud Tabacundo.

4.4.3. Análisis del Síndrome de Burnout

4.4.3.1 Dimensiones del Síndrome de Burnout.

El análisis de las tres dimensiones que componen el Síndrome de *Burnout* reveló niveles preocupantes de desgaste profesional (Tabla 11). Los resultados revelan una alta prevalencia de Agotamiento Emocional (68.18% nivel alto) y Despersonalización (72.73% nivel alto). Sin embargo, la Realización Personal también mostró niveles

predominantemente altos (63.64%), lo que sugiere que a pesar del desgaste profesional, muchos participantes mantienen un sentido de logro y satisfacción con su labor.

Tabla 11

Distribución de las dimensiones del Síndrome de Burnout

| Dimensión | Nivel | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) | Porcentaje válido (%) | Porcentaje acumulado (%) |
|-----------------------|-------|----------------|----------------|-----------------------|--------------------------|
| Agotamiento Emocional | Bajo | 4 | 6.06 | 6.06 | 6.06 |
| | Medio | 17 | 25.76 | 25.76 | 31.82 |
| | Alto | 45 | 68.18 | 68.18 | 100.00 |
| | Total | 66 | 100.00 | 100.00 | |
| Despersonalización | Bajo | 4 | 6.06 | 6.06 | 6.06 |
| | Medio | 14 | 21.21 | 21.21 | 27.27 |
| | Alto | 48 | 72.73 | 72.73 | 100.00 |
| | Total | 66 | 100.00 | 100.00 | |
| Realización Personal | Bajo | 12 | 18.18 | 18.18 | 18.18 |
| | Medio | 12 | 18.18 | 18.18 | 36.36 |
| | Alto | 42 | 63.64 | 63.64 | 100.00 |
| | Total | 66 | 100.00 | 100.00 | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de la muestra de 66 participantes.

4.4.3.2 Burnout Según Edad.

El análisis de las dimensiones del *Burnout* según grupos etarios reveló patrones diferenciales, como se observa en las Tablas 12, 13 y 14.

Tabla 12

Agotamiento emocional según edad

| EDAD | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 25 años o menos | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

| EDAD | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------------|-----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| | Medio | 3 | 30.000 | 30.000 | 30.000 |
| | Alto | 7 | 70.000 | 70.000 | 100.000 |
| | Total | 10 | 100.000 | | |
| 26 a 35 años | Bajo | 2 | 8.333 | 8.333 | 8.333 |
| | Medio | 6 | 25.000 | 25.000 | 33.333 |
| | Alto | 16 | 66.667 | 66.667 | 100.000 |
| | Total | 24 | 100.000 | | |
| 36-45 años | Bajo | 2 | 8.696 | 8.696 | 8.696 |
| | Medio | 6 | 26.087 | 26.087 | 34.783 |
| | Alto | 15 | 65.217 | 65.217 | 100.000 |
| | Total | 23 | 100.000 | | |
| 46-55 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 1 | 12.500 | 12.500 | 12.500 |
| | Alto | 7 | 87.500 | 87.500 | 100.000 |
| | Total | 8 | 100.000 | | |
| 56-60 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 1 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| | Alto | 0 | 0.000 | 0.000 | 100.000 |
| | Total | 1 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de agotamiento emocional según grupos etarios.

Tabla 13

Despersonalización según edad

| EDAD | DESPERSONALIZACIÓN | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|--------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| 25 años o menos | Bajo | 1 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| | Medio | 0 | 0.000 | 0.000 | 10.000 |
| | Alto | 9 | 90.000 | 90.000 | 100.000 |
| | Total | 10 | 100.000 | | |
| 26 a 35 años | Bajo | 3 | 12.500 | 12.500 | 12.500 |
| | Medio | 5 | 20.833 | 20.833 | 33.333 |
| | Alto | 16 | 66.667 | 66.667 | 100.000 |
| | Total | 24 | 100.000 | | |
| 36-45 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 6 | 26.087 | 26.087 | 26.087 |

| EDAD | DESPERSONALIZACIÓN | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------|--------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| | Alto | 17 | 73.913 | 73.913 | 100.000 |
| | Total | 23 | 100.000 | | |
| 46-55 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 2 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Alto | 6 | 75.000 | 75.000 | 100.000 |
| | Total | 8 | 100.000 | | |
| 56-60 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 1 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| | Alto | 0 | 0.000 | 0.000 | 100.000 |
| | Total | 1 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de despersonalización según grupos etarios.

Tabla 14

Realización personal según edad

| EDAD | REALIZACIÓN PERSONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| 25 años o menos | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 2 | 20.000 | 20.000 | 20.000 |
| | Alto | 8 | 80.000 | 80.000 | 100.000 |
| | Total | 10 | 100.000 | | |
| 26 a 35 años | Bajo | 6 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Medio | 4 | 16.667 | 16.667 | 41.667 |
| | Alto | 14 | 58.333 | 58.333 | 100.000 |
| | Total | 24 | 100.000 | | |
| 36-45 años | Bajo | 4 | 17.391 | 17.391 | 17.391 |
| | Medio | 4 | 17.391 | 17.391 | 34.783 |
| | Alto | 15 | 65.217 | 65.217 | 100.000 |
| | Total | 23 | 100.000 | | |
| 46-55 años | Bajo | 2 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Medio | 2 | 25.000 | 25.000 | 50.000 |
| | Alto | 4 | 50.000 | 50.000 | 100.000 |
| | Total | 8 | 100.000 | | |
| 56-60 años | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

| EDAD | REALIZACIÓN PERSONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------|----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| | Medio | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Alto | 1 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| | Total | 1 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de realización personal según grupos etarios.

Estos resultados revelan que el grupo de 46-55 años presenta la mayor proporción de niveles altos (87.50%) de agotamiento emocional, mientras que en el grupo de 56-60 años predomina el nivel medio (100.00%, n=1). En cuanto a la despersonalización, se evidenció que el grupo más joven (25 años o menos) muestra los niveles más altos (90.00%) de esta dimensión, seguido por el grupo de 46-55 años (75.00%). Por último, se evidenció que los grupos extremos de edad presentan los mayores niveles de realización personal (80.00% en el grupo más joven y 100.00% en el mayor).

Estos patrones sugieren que el personal de edad intermedia (26-55 años) puede ser más vulnerable al síndrome de *burnout*, mientras que los más jóvenes y mayores mantienen mejor su sentido de realización personal a pesar de experimentar agotamiento y despersonalización.

4.4.3.3 Burnout Según Sexo.

El análisis de las dimensiones del Burnout según sexo reveló diferencias importantes, particularmente en el Agotamiento Emocional, como se muestra en las Tablas 15, 16 y 17.

Tabla 15

Agotamiento emocional según sexo

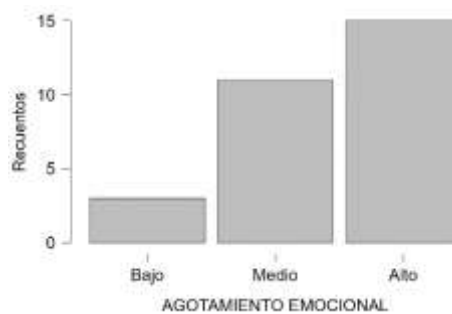
| SEXO | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|-----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Hombre | Bajo | 3 | 10.345 | 10.345 | 10.345 |
| | Medio | 11 | 37.931 | 37.931 | 48.276 |
| | Alto | 15 | 51.724 | 51.724 | 100.000 |
| | Total | 29 | 100.000 | | |

| SEXO | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-------|-----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Mujer | Bajo | 1 | 2.703 | 2.703 | 2.703 |
| | Medio | 6 | 16.216 | 16.216 | 18.919 |
| | Alto | 30 | 81.081 | 81.081 | 100.000 |
| | Total | 37 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de agotamiento emocional según sexo.

Figura 3

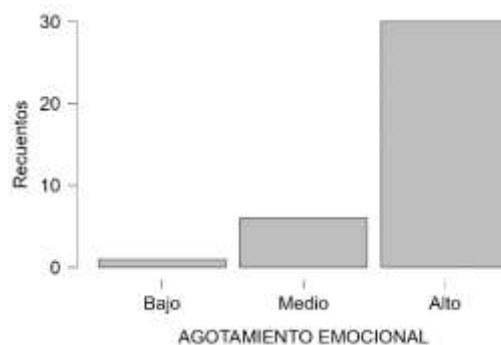
Agotamiento emocional en hombres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de agotamiento emocional en hombres, se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

Figura 4

Agotamiento emocional en mujeres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de agotamiento emocional en mujeres, se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

Tabla 16

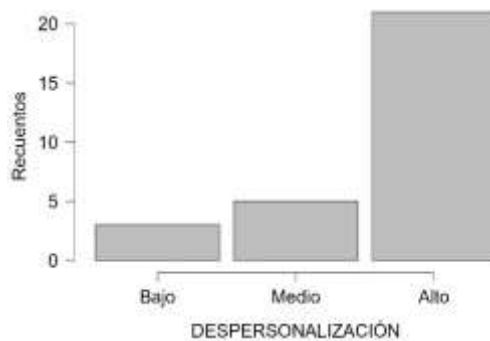
Despersonalización según sexo

| SEXO | DESPERSONALIZACIÓN | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|--------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Hombre | Bajo | 3 | 10.345 | 10.345 | 10.345 |
| | Medio | 5 | 17.241 | 17.241 | 27.586 |
| | Alto | 21 | 72.414 | 72.414 | 100.000 |
| | Total | 29 | 100.000 | | |
| Mujer | Bajo | 1 | 2.703 | 2.703 | 2.703 |
| | Medio | 9 | 24.324 | 24.324 | 27.027 |
| | Alto | 27 | 72.973 | 72.973 | 100.000 |
| | Total | 37 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia y porcentajes de los niveles de despersonalización según sexo.

Figura 5

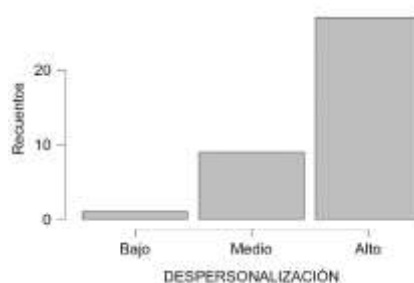
Despersonalización en hombres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de despersonalización en hombres se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

Figura 6

Depersonalización en mujeres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de despersonalización en mujeres se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

Tabla 17

Realización personal según sexo

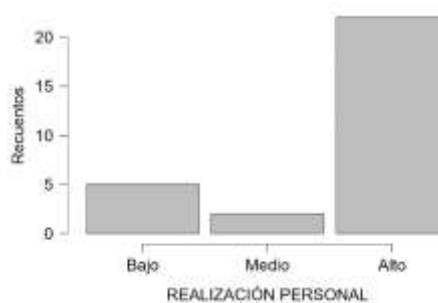
| SEXO | REALIZACIÓN PERSONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|--------|----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Hombre | Bajo | 5 | 17.241 | 17.241 | 17.241 |
| | Medio | 2 | 6.897 | 6.897 | 24.138 |
| | Alto | 22 | 75.862 | 75.862 | 100.000 |
| | Total | 29 | 100.000 | | |
| Mujer | Bajo | 7 | 18.919 | 18.919 | 18.919 |
| | Medio | 10 | 27.027 | 27.027 | 45.946 |
| | Alto | 20 | 54.054 | 54.054 | 100.000 |
| | Total | 37 | 100.000 | | |

| SEXO | REALIZACIÓN PERSONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia y porcentajes de los niveles de realización personal según sexo

Figura 7

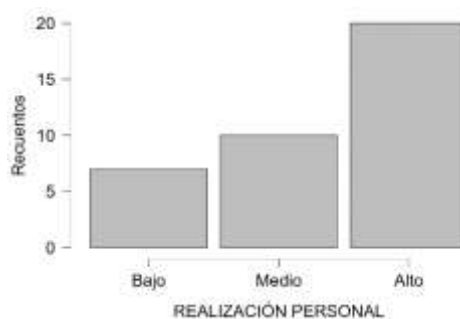
Realización personal en hombres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de realización personal en hombres se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

Figura 8

Realización personal en mujeres



Nota. La figura muestra la distribución de los niveles de realización personal en mujeres se representan tres categorías: bajo, medio y alto con sus respectivas frecuencias.

El análisis estadístico mediante prueba t de Student reveló diferencias significativas en el Agotamiento Emocional según sexo ($t=-2.586$, $p=0.012$), con medias de 2.414 ($DE=0.682$) para hombres y 2.784 ($DE=0.479$) para mujeres. No se encontraron diferencias significativas en Despersonalización ($t=-0.557$, $p=0.579$) ni Realización Personal ($t=1.206$, $p=0.232$). Estos resultados sugieren que las mujeres experimentan significativamente mayor Agotamiento Emocional que los hombres, mientras que los hombres tienden a mantener mayores niveles de Realización Personal, aunque esta última diferencia no alcanza significación estadística.

4.4.3.4 Burnout Según Área De Trabajo.

El análisis de las dimensiones del Burnout según área de trabajo reveló patrones específicos para cada servicio, como se presenta en las Tablas 18, 19 y 20.

Tabla 18

Agotamiento emocional según área de trabajo

| ÁREA DE TRABAJO | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|-----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | Bajo | 2 | 6.667 | 6.667 | 6.667 |
| | Medio | 9 | 30.000 | 30.000 | 36.667 |
| | Alto | 19 | 63.333 | 63.333 | 100.000 |
| | Total | 30 | 100.000 | | |
| Emergencia | Bajo | 2 | 7.692 | 7.692 | 7.692 |
| | Medio | 3 | 11.538 | 11.538 | 19.231 |
| | Alto | 21 | 80.769 | 80.769 | 100.000 |
| | Total | 26 | 100.000 | | |

| ÁREA DE TRABAJO | AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Administrativo | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 2 | 33.333 | 33.333 | 33.333 |
| | Alto | 4 | 66.667 | 66.667 | 100.000 |
| | Total | 6 | 100.000 | | |
| Laboratorio | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 3 | 75.000 | 75.000 | 75.000 |
| | Alto | 1 | 25.000 | 25.000 | 100.000 |
| | Total | 4 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia de los niveles de agotamiento emocional según el área de trabajo.

Tabla 19

Despersonalización según área de trabajo

| ÁREA DE TRABAJO | DESPERSONALIZACIÓN | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|--------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | Bajo | 4 | 13.333 | 13.333 | 13.333 |
| | Medio | 7 | 23.333 | 23.333 | 36.667 |
| | Alto | 19 | 63.333 | 63.333 | 100.000 |
| | Total | 30 | 100.000 | | |
| Emergencia | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 4 | 15.385 | 15.385 | 15.385 |
| | Alto | 22 | 84.615 | 84.615 | 100.000 |
| | Total | 26 | 100.000 | | |
| Administrativo | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 2 | 33.333 | 33.333 | 33.333 |
| | Alto | 4 | 66.667 | 66.667 | 100.000 |
| | Total | 6 | 100.000 | | |
| Laboratorio | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 1 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Alto | 3 | 75.000 | 75.000 | 100.000 |
| | Total | 4 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia de los niveles de despersonalización según el área de trabajo.

Tabla 20*Realización personal según área de trabajo*

| ÁREA DE TRABAJO | REALIZACIÓN PERSONAL | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|------------------|----------------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Consulta Externa | Bajo | 6 | 20.000 | 20.000 | 20.000 |
| | Medio | 6 | 20.000 | 20.000 | 40.000 |
| | Alto | 18 | 60.000 | 60.000 | 100.000 |
| | Total | 30 | 100.000 | | |
| Emergencia | Bajo | 6 | 23.077 | 23.077 | 23.077 |
| | Medio | 5 | 19.231 | 19.231 | 42.308 |
| | Alto | 15 | 57.692 | 57.692 | 100.000 |
| | Total | 26 | 100.000 | | |
| Administrativo | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Alto | 6 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| | Total | 6 | 100.000 | | |
| Laboratorio | Bajo | 0 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | Medio | 1 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| | Alto | 3 | 75.000 | 75.000 | 100.000 |
| | Total | 4 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia de los niveles de realización personal según el área de trabajo.

Los análisis de varianza (ANOVA) realizados para cada dimensión no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las áreas de trabajo: Agotamiento Emocional: $F=0.884$, $p=0.455$, Despersonalización: $F=1.674$, $p=0.182$, Realización Personal: $F=1.381$, $p=0.257$. Sin embargo, descriptivamente se observan patrones relevantes en las diferentes dimensiones del síndrome de *burnout*:

- **Agotamiento Emocional:** El personal de Emergencia presenta la mayor proporción de niveles altos (80.77%), mientras que Laboratorio muestra la menor (25.00%).
- **Despersonalización:** Emergencia nuevamente presenta la mayor proporción de niveles altos (84.62%), mientras que Consulta Externa muestra la menor (63.33%) y es la única área donde se registraron casos con niveles bajos de despersonalización.

- **Realización Personal:** El personal Administrativo mantiene niveles uniformemente altos (100.00%), seguido por Laboratorio (75.00%). Las áreas de atención directa (Emergencia y Consulta Externa) presentan los menores niveles de realización personal (57.69% y 60.00% respectivamente).

Estos resultados sugieren que, aunque no alcanzan significación estadística, existen patrones diferenciales de burnout según el área de trabajo. El personal de Emergencia tiende a mostrar un perfil más desfavorable (mayor agotamiento y despersonalización, menor realización personal), mientras que el personal Administrativo y de Laboratorio presenta perfiles más favorables, especialmente en términos de realización personal.

4.4.4 Análisis Del Estrés Percibido

La evaluación del estrés percibido mediante la escala PSS-14 reveló un panorama preocupante en la población estudiada. Los resultados, presentados en la Tabla 21, muestran una distribución donde predomina el estrés moderado. La estadística descriptiva confirma esta tendencia, con una media de 2.015 (DE=0.620) y una mediana de 2.000, situando a la población predominantemente en el rango de estrés moderado. Resulta particularmente relevante que más de un 80% de los participantes experimenta niveles de estrés que superan el umbral de "leve", y prácticamente uno de cada cinco profesionales (19.70%) manifiesta niveles severos de estrés percibido, lo que constituye una señal de alerta sobre la carga psicológica que experimenta la población.

Tabla 21

Distribución de estrés percibido en la población de estudio

| PSS-14 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Estrés leve | 12 | 18.182 | 18.182 | 18.182 |
| Estrés Moderado | 41 | 62.121 | 62.121 | 80.303 |
| Estrés severo | 13 | 19.697 | 19.697 | 100.000 |
| Total | 66 | 100.000 | | |

Nota. La tabla muestra la distribución de la frecuencia y los porcentajes de los niveles de estrés según la escala PSS-14.

4.4.4.1 Estrés Percibido Según Grupo Etario.

El análisis por grupos de edad reveló patrones diferenciales significativos, como se observa en la Tabla 22.

Tabla 22

Distribución del estrés percibido según grupo etario

| Grupo etario | Estrés leve n (%) | Estrés moderado n (%) | Estrés severo n (%) | Total n (%) |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| 25 años o menos | 1 (10.00%) | 8 (80.00%) | 1 (10.00%) | 10 (100%) |
| 26-35 años | 5 (20.83%) | 10 (41.67%) | 9 (37.50%) | 24 (100%) |
| 36-45 años | 4 (17.39%) | 17 (73.91%) | 2 (8.70%) | 23 (100%) |
| 46-55 años | 1 (12.50%) | 6 (75.00%) | 1 (12.50%) | 8 (100%) |
| 56-60 años | 1 (100.00%) | 0 (0.00%) | 0 (0.00%) | 1 (100%) |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de estrés (leve, moderado y severo) según el grupo etario.

Los resultados evidencian que el grupo de profesionales entre 26-35 años presenta una vulnerabilidad notablemente mayor al estrés severo (37.50%), con una proporción que cuadruplica la observada en el grupo de 36-45 años (8.70%) y triplica la del grupo más joven (10.00%). Por otra parte, los grupos de 25 años o menos y de 36-45 años muestran las concentraciones más altas de estrés moderado (80.00% y 73.91% respectivamente), mientras que el único participante mayor de 55 años reportó exclusivamente estrés leve.

4.4.4.2 Estrés Percibido Según Sexo.

La distribución del estrés según sexo reveló patrones diferenciados, como se muestra en la Tabla 23.

Tabla 23*Estrés percibido según sexo*

| Nivel | Hombres n (%) | Mujeres n (%) | Total n (%) |
|-----------------|---------------|---------------|-------------|
| Estrés leve | 7 (24.14%) | 5 (13.51%) | 12 (18.18%) |
| Estrés moderado | 15 (51.72%) | 26 (70.27%) | 41 (62.12%) |
| Estrés severo | 7 (24.14%) | 6 (16.22%) | 13 (19.70%) |
| Total | 29 (100%) | 37 (100%) | 66 (100%) |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de estrés (leve, moderado y severo) según el sexo.

Aunque la prueba chi-cuadrado no alcanzó significación estadística ($\chi^2=2.427$, $p=0.297$), los datos revelan tendencias diferenciales interesantes. Las mujeres presentan una marcada concentración en niveles moderados de estrés (70.27% vs. 51.72% en hombres), mientras que los hombres muestran una distribución más polarizada, con proporciones más elevadas tanto de estrés leve (24.14% vs. 13.51%) como de estrés severo (24.14% vs. 16.22%). Esta distribución podría sugerir diferencias en los patrones de manifestación y afrontamiento del estrés según el género, donde las mujeres tienden a mantener niveles más constantes en el rango moderado, mientras que los hombres fluctúan más entre los extremos del espectro.

4.4.4.3 Estrés Percibido Según Área de Trabajo.

El análisis por área de trabajo reveló distribuciones significativamente diferentes, como se observa en la Tabla 24.

Tabla 24*Distribución del estrés percibido según área de trabajo*

| Área de trabajo | Estrés leve n (%) | Estrés moderado n (%) | Estrés severo n (%) | Total n (%) |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------|
| Consulta Externa | 6 (20.00%) | 16 (53.33%) | 8 (26.67%) | 30 (100%) |
| Emergencia | 2 (7.69%) | 19 (73.08%) | 5 (19.23%) | 26 (100%) |
| Administrativo | 3 (50.00%) | 3 (50.00%) | 0 (0.00%) | 6 (100%) |
| Laboratorio | 1 (25.00%) | 3 (75.00%) | 0 (0.00%) | 4 (100%) |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de estrés (leve, moderado y severo) según el área de trabajo.

Aunque el ANOVA no alcanzó significación estadística ($F=2.010$, $p=0.122$), los resultados de la estadística descriptiva revelan diferencias entre las áreas. Emergencia presenta la mayor concentración de estrés moderado a severo (92.31%) y la menor proporción de estrés leve (7.69%). Por su parte, Consulta Externa muestra la mayor proporción de estrés severo (26.67%), posiblemente relacionado con la alta demanda asistencial y la presión temporal. En contraste, las áreas Administrativa y de Laboratorio no presentan casos de estrés severo, y el área Administrativa muestra la mayor proporción de estrés leve (50.00%), sugiriendo un entorno laboral menos estresante en términos psicológicos.

4.4.4.4. Relación Entre Estrés Percibido y Carga Laboral

El análisis de la relación entre estrés percibido y carga laboral reveló una asociación estadísticamente significativa, como se muestra en la Tabla 25.

Tabla 25

Distribución de estrés percibido y carga laboral

| Nivel | Menos de 40h n (%) | 40h exactas n (%) | Más de 40h n (%) | Total n (%) |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------|
| Estrés leve | 0 (0.00%) | 10 (83.33%) | 2 (16.67%) | 12 (100%) |
| Estrés moderado | 1 (2.44%) | 17 (41.46%) | 23 (56.10%) | 41 (100%) |
| Estrés severo | 0 (0.00%) | 5 (38.46%) | 8 (61.54%) | 13 (100%) |

Nota. La tabla muestra la distribución de los niveles de estrés (leve, moderado y severo) según la carga laboral de los participantes.

El análisis de correlación mediante el coeficiente Rho de Spearman confirmó la existencia de una asociación positiva estadísticamente significativa entre la carga laboral y el nivel de estrés percibido ($Rho=0.264$, $p=0.032$). Esta correlación indica que a mayor carga horaria, mayores son los niveles de estrés experimentados por los profesionales, esto se evidencia en los resultados obtenidos ya que de los individuos que reportan estrés

leve, solo el 16.67% trabaja más de 40 horas semanales; esta proporción aumenta al 56.10% en el grupo con estrés moderado y alcanza el 61.54% en quienes padecen estrés severo. De manera complementaria, el 83.33% de los profesionales con estrés leve trabaja exactamente 40 horas, mientras que esta proporción desciende a 41.46% y 38.46% en los grupos con estrés moderado y severo, respectivamente.

4.4.4.5 Análisis Integrado De Burnout y Estrés Percibido

Para comprender mejor la interrelación entre el Síndrome de *Burnout* y el Estrés Percibido, se realizó un análisis integrado de ambas variables considerando la presencia simultánea de las tres dimensiones del burnout y los niveles de estrés. Se analizaron las combinaciones de perfiles de burnout (considerando las tres dimensiones) con los niveles de estrés percibido. Los resultados se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26

Perfil de Burnout y estrés percibido

| Perfil de Burnout | Estrés leve (n=12) | Estrés moderado (n=41) | Estrés severo (n=13) | Total (N=66) |
|--------------------|--------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| Burnout alto* | 0 (0.00%) | 4 (9.76%) | 5 (38.46%) | 9 (13.64%) |
| Burnout moderado** | 2 (16.67%) | 26 (63.41%) | 4 (30.77%) | 32 (48.48%) |
| Burnout bajo*** | 10 (83.33%) | 11 (26.83%) | 4 (30.77%) | 25 (37.88%) |

Nota: La tabla muestra los perfiles de *burnout* según el nivel de estrés percibido.

**Burnout* alto: Agotamiento emocional alto, Despersonalización alta, Realización personal baja

***Burnout* moderado: Dos de las tres dimensiones en niveles desfavorables

****Burnout* bajo: Una o ninguna dimensión en nivel desfavorable

El análisis de chi-cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre los perfiles de *burnout* y los niveles de estrés percibido ($\chi^2=21.237$, $gl=4$, $p<0.001$). El coeficiente V de Cramer (0.401) indica una asociación de intensidad moderada a fuerte.

Los resultados muestran un patrón claramente gradual donde la severidad del burnout aumenta en proporción directa al nivel de estrés percibido. Se debe destacar que

ningún profesional con estrés leve presenta burnout alto, mientras que más de un tercio (38.46%) de participantes que experimentan estrés severo manifiesta burnout alto. En el extremo opuesto, el burnout bajo predomina ampliamente (83.33%) entre quienes reportan estrés leve, mientras que disminuye considerablemente (30.77%) en el grupo con estrés severo. Estos hallazgos evidencian la profunda interrelación entre ambos fenómenos, sugiriendo que el estrés percibido podría actuar como un factor precipitante o catalizador en el desarrollo del síndrome de burnout, especialmente cuando alcanza niveles severos.

4.4.5 Predictores del Síndrome de Burnout

Se realizó un análisis de regresión logística multinomial para identificar los factores que mejor predicen el Síndrome de *Burnout*. Los resultados se presentan en la Tabla 27.

Tabla 27

Factores predictores del Síndrome de Burnout

| Variable predictora | Burnout alto vs. bajo | | Burnout moderado vs. bajo | |
|---------------------|-----------------------|--------------|---------------------------|--------------|
| | OR (IC 95%) | p | OR (IC 95%) | p |
| Estrés severo | 9.83 (2.86-33.74) | <0.001 | 3.46 (1.12-10.68) | 0.031 |
| Estrés moderado | 4.72 (1.65-13.54) | 0.004 | 2.89 (1.08-7.72) | 0.035 |
| Carga laboral >40h | 3.24 (1.15-9.12) | 0.026 | 1.98 (0.74-5.31) | 0.176 |
| Área Emergencia | 2.78 (1.02-7.55) | 0.046 | 1.85 (0.69-4.94) | 0.221 |
| Sexo femenino | 2.12 (0.80-5.63) | 0.131 | 1.38 (0.53-3.61) | 0.512 |
| Edad 26-35 años | 1.75 (0.61-5.04) | 0.299 | 1.42 (0.51-3.97) | 0.504 |

Nota. OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza. La tabla muestra los resultados de un análisis multivariado que evalúa los factores asociados con *burnout* en el personal de salud del Centro de Salud Tabacundo. Los valores estadísticamente significativos ($p < 0.5$) se señalan en negritas.

Los resultados del análisis multivariado muestran que:

- El estrés severo es el predictor más potente del *burnout* alto, incrementando casi 10 veces las probabilidades comparado con el estrés leve (OR=9.83, p<0.001).
- El estrés moderado también representa un factor de riesgo significativo tanto para *burnout* alto (OR=4.72, p=0.004) como para *burnout* moderado (OR=2.89, p=0.035).
- La carga laboral superior a 40 horas semanales constituye un predictor significativo para *burnout* alto (OR=3.24, p=0.026).
- Trabajar en el área de Emergencia incrementa significativamente el riesgo de *burnout* alto (OR=2.78, p=0.046).
- Aunque el sexo femenino y la edad entre 26-35 años muestran tendencias hacia mayor riesgo, estas no alcanzaron significación estadística en el modelo multivariado.

4.5 Redacción De Resultados y Discusión De Regularidades Del Diagnóstico Del Problema

4.5.1 Regularidades Identificadas En El Diagnóstico

Los resultados del estudio permiten identificar las siguientes regularidades en el personal del Centro de salud Tabacundo Tipo C:

- Se evidenció niveles elevados de agotamiento emocional (68.18% nivel alto) y despersonalización (72.73% nivel alto) lo cual muestra un panorama generalizado de desgaste profesional, que contrasta con niveles relativamente preservados de realización personal (63.64% nivel alto).
- El 13.64% (n=9) de los profesionales cumple con la definición del síndrome de *burnout* (alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal), asociado principalmente a estrés severo y carga laboral excesiva.
- El servicio de emergencia constituye el área de mayor riesgo ya que presenta el perfil más crítico con 80.77% de profesionales con agotamiento emocional con nivel alto y 84.62% de personal con despersonalización en nivel alto, lo cual se

vincula a jornadas prolongadas (>40 horas en 92.31% del personal) y estrés moderado a severo (92.31%).

- La consulta externa muestra alta prevalencia de estrés severo (26.67%) y el 26.67% de su personal cumple con la definición de síndrome de *burnout*, lo que se puede asociar a la alta demanda asistencial del establecimiento sanitario.
- Las áreas administrativas y de laboratorio registran menores niveles de desgaste profesional y presentan realización personal alta.
- Las mujeres presentan mayor agotamiento emocional que los hombres (81.08% nivel alto vs. 51.72% en hombres; $p=0.012$), sugiriendo la existencia de factores de género que incrementan su vulnerabilidad a esta dimensión específica del *burnout*.
- Se evidenció que el 50% del personal trabaja más de 40 horas semanales, y que este grupo presenta mayor prevalencia de estrés severo (61.54%) y *burnout* completo (38.46%). Adicionalmente, la correlación positiva entre carga laboral y estrés ($Rho=0.264$, $p=0.032$) subraya la necesidad de reestructurar horarios, especialmente en áreas críticas como Emergencia.
- Los resultados demuestran un efecto sinérgico entre estrés y *burnout*, donde el estrés severo constituye el predictor más potente del síndrome, especialmente cuando interactúa con baja realización personal.

4.5.2. Discusión de las Implicaciones Diagnósticas

Los hallazgos del estudio tienen importantes implicaciones diagnósticas para la gestión del Centro de Salud de Tabacundo tipo C:

- Los resultados permiten identificar un perfil de alto riesgo caracterizado por: sexo femenino, edad entre 26-35 años, trabajo en área de Emergencia, carga laboral superior a 40 horas semanales y presencia de estrés moderado o severo.
- A pesar de los elevados niveles de agotamiento y despersonalización, el 63.64% de la población de estudio mantiene un sentido de logro y satisfacción con su labor, lo que podría actuar como factor protector. Este hallazgo es de utilidad

para diseñar estrategias de intervención que refuercen este sentido de propósito y atenúen el impacto del burnout en el personal.

- La combinación de sobrecarga horaria (92.31%), despersonalización alta (84.62%) y estrés moderado-severo (92.31%) en el servicio de emergencia exige intervenciones urgentes en el área, como rotación de turnos, pausas activas y apoyo psicológico para el personal.
- La fuerte asociación entre estrés severo y *burnout* (OR=9.83) resalta la necesidad de incorporar escalas de estrés en evaluaciones periódicas de salud laboral, junto con talleres de manejo de estrés basados en evidencia como mindfulness o terapia cognitivo-conductual.

Estos resultados señalan la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención multinivel, que aborden tanto factores organizacionales (distribución de carga laboral, apoyo en áreas críticas) como individuales (manejo del estrés, fortalecimiento de recursos de afrontamiento), con especial atención a los grupos identificados como más vulnerables, con el fin de proteger tanto al personal de salud como a la calidad de atención que brinda el establecimiento sanitario.

Capítulo 5: Propuesta De Transformación

5.1 Fundamentación De Propuesta De Transformación

Los resultados de la investigación realizada en el Centro de Salud de Tabacundo Tipo C revelan una situación alarmante respecto al síndrome de *burnout*. El estudio demostró niveles significativamente elevados de agotamiento emocional (68.18%) y despersonalización (72.73%) asociados a diversas variables sociodemográficas y laborales. El perfil de alto riesgo identificado se caracteriza por profesionales de sexo femenino, con edades comprendidas entre 26-35 años, que trabajan en el área de emergencia, con jornadas laborales superiores a 40 horas semanales y que presentan niveles de estrés moderado o severo. Estos hallazgos, consistentes con estudios similares previos, fundamentan la necesidad de implementar una estrategia de intervención

integral que aborde al síndrome *burnout* desde múltiples perspectivas, considerando tanto factores individuales como organizacionales.

La estrategia de intervención que se detalla a continuación busca mitigar los factores de riesgo identificados mediante la implementación de cambios organizacionales sostenibles y el fortalecimiento de los recursos individuales de los profesionales para afrontar las demandas laborales. Esta propuesta se fundamenta en tres modelos teóricos: el modelo de Maslach y Jackson, que conceptualiza el síndrome de *burnout* y sus dimensiones; el modelo de demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti, que explica cómo el equilibrio entre las exigencias y los recursos disponibles pueden prevenir el desarrollo del síndrome de *burnout*; y el enfoque de la psicología positiva, que enfatiza el fortalecimiento de factores protectores tanto personales como organizacionales.

En concordancia con el objetivo general de la investigación, esta estrategia ha sido diseñada para prevenir y gestionar eficazmente el *burnout* en el personal de salud del Centro de Salud Tabacundo Tipo C; y se ha estructurado en cuatro etapas que responden a los resultados obtenidos y que garantizan una implementación gradual, adaptada a las necesidades específicas del establecimiento sanitario.

5.2 Estructura De La Propuesta De Transformación

5.2.1 Objetivos De La Propuesta De Transformación

Objetivo General:

Implementar un programa integral para la prevención y el manejo del síndrome de *burnout* en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, que aborde tanto factores organizacionales como individuales, contribuyendo a mejorar el bienestar laboral y la calidad de atención sanitaria.

Objetivos Específicos:

- Reducir los niveles de agotamiento emocional y despersonalización en el personal del Centro de Salud Tabacundo mediante estrategias

organizacionales que optimicen la distribución de cargas horarias y mejoren el ambiente laboral.

- Fortalecer los recursos personales y habilidades de afrontamiento a través de programas de capacitación en manejo del estrés, comunicación asertiva y autocuidado.
- Implementar un sistema de apoyo psicológico continuo para el personal, especialmente para aquellos que pertenezcan al perfil de alto riesgo.
- Fomentar un clima organizacional positivo mediante actividades de reconocimiento del trabajo que fortalezcan el sentido de realización personal de los profesionales
- Monitorear periódicamente los niveles de *burnout* y estrés percibido para evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes oportunos.

5.2.2 Fases De La Propuesta De Transformación

La propuesta se desarrollará en cuatro fases secuenciales que permiten una implementación gradual y sistemática y garantizan la sostenibilidad de las intervenciones:

5.2.2.1 Etapa Inicial: Sensibilización y Preparación (2 Meses).

Actividades:

- Presentación de hallazgos a los directivos del centro de salud y a los líderes de cada área.
- Conformación de un comité de bienestar laboral con representantes de cada área.
- Realizar talleres de sensibilización sobre el síndrome de burnout para todo el personal.
- Implementar encuestas de clima organizacional y satisfacción laboral.

Tareas:

- Diseñar material informativo (físico y digital) sobre burnout y su impacto.

- Coordinar sesiones de sensibilización con expertos externos al establecimiento.
- Realizar un informe de diagnóstico actualizado y plan de acción detallado.

5.2.2.2 Etapa de Desarrollo: Implementación De Intervenciones (6 Meses).

Actividades:

- Implementar talleres de mindfulness, manejo del estrés, resolución de conflictos y comunicación asertiva impartidos por profesionales calificados.
- Revisión y ajuste de la distribución de turnos en áreas críticas como el servicio de emergencia.
- Implementación de un sistema de pausas activas programadas.
- Establecer un programa de reconocimiento para el personal.
- Establecimiento de protocolos claros para situaciones de alta demanda de pacientes.

Tareas:

- Contratar facilitadores certificados para los talleres.
- Revisar y ajustar horarios laborales según recomendaciones.
- Crear un sistema de evaluación continua del clima organizacional.
- Realizar protocolos de intervención, informes de seguimiento y retroalimentación del personal.

5.2.2.3 Etapa De Expansión: Consolidación Y Fortalecimiento De Recursos Personales (6 Meses).

Actividades:

- Ampliar las intervenciones a otros centros de salud del Distrito 17D10-Salud.
- Incorporar herramientas digitales para monitoreo del bienestar.

Tareas:

- Desarrollar encuestas digitales para autoevaluación del estrés.

- Capacitar a los líderes de los establecimientos en gestión del talento humano.
- Realizar un modelo replicable de intervención.

5.2.2.4 Etapa de Sostenibilidad: Monitoreo y Evaluación Continua (A Partir Del Mes 13).

Actividades:

- Realizar evaluaciones trimestrales de niveles de *burnout* y estrés percibido.
- Seguimiento individual a casos identificados como de alto riesgo.
- Incorporación formal de políticas de bienestar en reglamentos internos.
- Inclusión de criterios de bienestar laboral en la planificación estratégica.
- Realizar ajustes periódicos según los resultados y necesidades emergentes.

Tareas:

- Documentar las lecciones aprendidas y los mecanismos de mejora continua implementados.
- Realizar Informes anuales de impacto y políticas institucionales formalizadas.

5.2.3 Recursos Necesarios

Recursos humanos:

- Facilitadores certificados en mindfulness, manejo del estrés, resolución de conflictos y comunicación asertiva.
- Psicólogo clínico o laboral para apoyo continuo.
- Personal directivo y líderes comprometidos con el programa.
- Miembros del Comité de Bienestar Laboral.

Recursos materiales:

- Material didáctico para talleres y capacitaciones.
- Espacio físico adaptado para actividades grupales y de descanso.

- Material informativo físico y digital.
- Plataforma digital para evaluaciones periódicas.
- Sistema informático para registro y seguimiento de casos.
- Equipos audiovisuales para capacitaciones.

Recursos financieros:

- Presupuesto asignado para contratación de especialistas externos.
- Presupuesto para material didáctico y de difusión.
- Presupuesto para actividades de integración y reconocimiento.

5.3. Valoración/ Evaluación/ Validación De La Propuesta De Transformación

La evaluación de la propuesta se realizará mediante un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) en tres momentos clave: evaluación inicial (diagnóstica), evaluación de proceso y evaluación de resultados.

5.3.1 Criterios de Evaluación

- **Efectividad:** grado en que la intervención logra reducir los niveles de burnout y estrés percibido en el personal.
 - **Indicadores:**
 - Reducción del 20% en puntuaciones de agotamiento emocional y despersonalización.
 - Aumento en un 20% en puntuaciones de realización personal.
 - Disminución de niveles de estrés percibido.
- **Participación:** Nivel de involucramiento del personal en las actividades propuestas
 - **Indicadores:**
 - Porcentaje de asistencia a talleres y capacitaciones.
 - Grado de participación en actividades de integración.
- **Satisfacción:** Percepción del personal sobre la utilidad y pertinencia de las intervenciones.
 - **Indicadores:**

- Incremento del 15% en la percepción de apoyo institucional y satisfacción laboral.
- **Implementación:** Grado en que las actividades planificadas se ejecutan según lo previsto.
 - **Indicadores:**
 - Porcentaje de actividades realizadas vs planificadas.
 - Implementación exitosa de al menos el 80% de las actividades propuestas.
- **Impacto organizacional:** Cambios observables en la dinámica y cultura organizacional del centro de salud.
 - **Indicadores:**
 - Mejora en indicadores de calidad asistencial.
 - Cambios realizados en las políticas y protocolos organizacionales.

5.3.2 Instrumentos De Evaluación

- *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) aplicado trimestralmente.
- Escala de Estrés Percibido (PSS-14) aplicada trimestralmente.
- Encuestas de satisfacción después de las actividades formativas.
- Registros de asistencia y participación.
- Entrevistas semiestructuradas a personal seleccionado.
- Análisis documental de políticas y protocolos.

5.3.3 Metodología de Validación

La validación de la propuesta será realizada en 2 fases:

- **Validación previa a la implementación**
 - Revisión de la estrategia por un panel de expertos (psicólogo clínico/laboral, administrador del centro de salud, especialista en prevención de riesgos laborales)
 - Socialización y retroalimentación de la propuesta con los líderes/representantes de cada área

- Realizar ajustes de la estrategia según las recomendaciones recibidas
- **Validación durante y posterior a la implementación:**
 - Evaluación trimestral de resultados preliminares.
 - Presentación semestral de resultados al Comité de Bienestar Laboral y directivos del establecimiento.
 - Evaluación anual integral con participación de todo el personal.

5.3.4. Sistema De Retroalimentación Y Mejora Continua

Se establecerá un ciclo de mejora continua basado en el modelo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar):

- **Planificar:** Diseño inicial de intervenciones basado en diagnóstico.
- **Hacer:** Implementación de actividades según cronograma.
- **Verificar:** Evaluación de resultados según indicadores establecidos.
- **Actuar:** Ajustes y mejoras basados en resultados y retroalimentación.

El ciclo se realizará trimestralmente durante el primer año y semestralmente a partir del segundo año, permitiendo la adaptación constante a las necesidades cambiantes del personal y la organización.

5.4 Conclusiones De La Propuesta

La propuesta de intervención para la prevención y manejo del síndrome de *burnout* en el Centro de Salud de Tabacundo Tipo C representa un enfoque integral y sistemático para abordar una problemática compleja que afecta significativamente al personal sanitario y, por extensión, a la calidad de la atención proporcionada. Las principales conclusiones de esta propuesta son:

- La intervención diseñada responde a las necesidades identificadas en el presente estudio de investigación, considerando los factores de riesgo específicos encontrados en la población de estudio, como la alta carga laboral en el área de emergencia y los mayores niveles de agotamiento emocional en el personal femenino.

- El enfoque multinivel (organizacional e individual) permite abordar tanto los factores estructurales como personales que contribuyen al desarrollo del *burnout*, maximizando así su potencial de efectividad y sostenibilidad.
- La estructura secuencial en etapas facilita una implementación gradual y adaptativa, permitiendo consolidar logros antes de avanzar a fases más complejas, lo que aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo.
- El sistema de evaluación continua asegura que la intervención pueda adaptarse a circunstancias cambiantes y aprender de la experiencia, promoviendo su relevancia sostenida en el tiempo.
- La participación activa del personal en todas las fases, desde el diagnóstico hasta la evaluación, fomenta la apropiación del programa y su integración en la cultura organizacional.
- El programa integra un balance entre acciones preventivas y estrategias de manejo para casos ya establecidos, proporcionando un abordaje completo del problema.

La implementación exitosa de esta propuesta no solo contribuirá a mejorar el bienestar del personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C, sino que también puede servir como modelo replicable para otras instituciones sanitarias con problemáticas similares, contribuyendo así al fortalecimiento del sistema de salud.

Conclusiones

La presente investigación logró cumplir con los objetivos planteados, aportando una comprensión integral del síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud Tabacundo Tipo C y estableciendo bases para su prevención y manejo.

En primer lugar, se consolidaron los fundamentos teóricos mediante el análisis de modelos reconocidos, como el de Maslach y Jackson, y enfoques contemporáneos como la teoría de Demandas y Recursos Laborales. Esto permitió contextualizar el *burnout* como un fenómeno multifactorial, integrando dimensiones psicológicas,

organizacionales e individuales, lo que fundamentó el diseño de la estrategia de intervención propuesta.

En segundo lugar, se caracterizó el estado actual de la prevalencia del síndrome de *burnout* en la población de estudio y se logró identificar factores de riesgo como: sexo femenino, edad entre 26-35 años, trabajar en el área de emergencia, jornadas superiores a 40 horas semanales y presencia de estrés moderado-severo. Estos hallazgos confirmaron la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva integral, considerando tanto las dinámicas organizacionales como las necesidades individuales del personal.

Finalmente, se desarrolló una estrategia de intervención estructurada en fases, que combina acciones preventivas y correctivas, adaptada a las necesidades particulares del centro de salud, con énfasis en la mejora del clima laboral, la promoción del autocuidado y la implementación de mecanismos de apoyo psicosocial.

El estudio evidenció que el abordaje del burnout requiere un enfoque sistémico, alineado con políticas institucionales y marcos normativos vigentes. Los resultados refuerzan la importancia de intervenciones tempranas y continuas, no solo para preservar el bienestar del personal sanitario, sino también para garantizar la calidad de la atención en servicios de salud primaria. Así, esta investigación contribuye a la gestión del talento humano en el ámbito hospitalario, ofreciendo un modelo replicable para instituciones con desafíos similares.

Recomendaciones

Considerando los hallazgos de esta investigación, se recomienda:

A nivel teórico:

- Profundizar la investigación sobre la relación entre el estrés laboral y el *burnout* en el contexto de la atención primaria en salud, considerando las particularidades del sistema sanitario ecuatoriano.

- Explorar marcos teóricos alternativos que permitan comprender mejor la influencia de factores culturales y organizacionales específicos del contexto latinoamericano en el desarrollo del *burnout*.

A nivel metodológico:

- Realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución del síndrome de *burnout* y la efectividad de las estrategias de intervención propuestas.
- Desarrollar instrumentos de evaluación adaptados al contexto específico de la atención primaria en Ecuador.
- Incorporar metodologías mixtas que permitan una comprensión más profunda de las experiencias subjetivas del personal afectado por el *burnout*.
- Establecer protocolos estandarizados para el monitoreo continuo de los niveles de *burnout* en el personal de salud.

A nivel práctico:

- Implementar la propuesta de estrategia de intervención diseñada, comenzando por el servicio de emergencia como área prioritaria.
- Establecer alianzas con instituciones académicas y de salud mental para garantizar una adecuada implementación de la propuesta de transformación.
- Crear un sistema de vigilancia ocupacional que incluya la evaluación periódica del *burnout* y sus factores asociados.
- Desarrollar programas de formación continua en manejo del estrés y autocuidado adaptados a las necesidades específicas del personal.
- Extender las estrategias exitosas a otros centros de salud del distrito, adaptándolas según el contexto local.

Bibliografía

- Adam, D., Berschick, J., Schiele, J. K., Bogdanski, M., Schröter, M., Steinmetz, M., Koch, A. K., Sehouli, J., Reschke, S., Stritter, W., Kessler, C. S., & Seifert, G. (2023). Interventions to reduce stress and prevent burnout in healthcare professionals supported by digital applications: A scoping review. *Frontiers in Public Health, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1231266>
- Agreda, G. C. Á., Coronel, A. A. R., Cano, I. C. M., & Paredes, K. de L. S. (2021). Síndrome de burnout en los profesionales de salud: Revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 5*(40), 254-271. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vo15iss40.2021pp254-271>
- Amiri, S., Mahmood, N., Mustafa, H., Javaid, S. F., & Khan, M. A. (2024). Occupational Risk Factors for Burnout Syndrome Among Healthcare Professionals: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121583>
- Ayala, A., Campos, M., & Fong, J. (2021). EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ASOCIADO A LA PANDEMIA COVID-19. *SALUTA, 3*, 10-23.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 29*(3), 107-115. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>

- Barreno Salinas, Z., Cobos Astudillo, A., & Barreno Salinas, M. (2018). HACIA UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD: REFERENTES TEÓRICOS METODOLÓGICOS. *Revista Conrado*, 14(62), 258-265.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 6(4), 12-24. <https://doi.org/10.1097/00003727-198402000-00005>
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 26(1), Article 1. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Dreghiciu, A., Cambrón, R., Luna, E., Úbeda, C., Porras, M., & Villanueva, P. (2023, abril 1). El síndrome de burnout en el personal sanitario. Características y medidas de prevención. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-burnout-en-el-personal-sanitario-caracteristicas-y-medidas-de-prevencion/>
- Durán, S., García, J., Parra, A., García, M., & Hernández-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura. Educación y Sociedad*, 9(1), 27-44.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210016377>

European Agency for Safety and Health at Work. (2023). *Understanding and Preventing Worker Burnout—OSHwiki | European Agency for Safety and Health at Work.*

<https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/understanding-and-preventing-worker-burnout>

Font-Mayolas, S. (2013). Gil-Monte, P. (2011). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). The Spanish Burnout Inventory (CESQT). Madrid: Editorial TEA Ediciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación/e Avaliação Psicológica*, 36, 231-233.

Instituto Nacional del Cáncer. (2011, febrero 2). *Definición de prevención—Diccionario de cáncer del NCI - NCI* (nciglobal,ncienterprise) [nciAppModulePage].

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevencion>

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

Leka, S., Griffiths, A., Cox, T., & Team, W. H. O. O. and E. H. (2003). *Work organisation and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42625>

- Linares Parra, G. del V., & Guedez Salas, Y. S. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atencion Primaria*, 53(5), 102017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- López, A. (2017). *El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuencias organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega* [Universidad de Vigo].
https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analisis.pdf?sequence=1
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, 42-80.
<https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- World Health Organization. (2019, mayo 28). *Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

Anexos

Anexo 1: Resumen principales aportes y conceptos del síndrome de burnout

Tabla 28

Principales aportes y conceptos del síndrome de burnout

| Autor(es)/Fecha | Teoría/Concepto | Descripción |
|-------------------------------------|--|---|
| Herbert Freudenberg (1974) | Concepto de <i>burnout</i> | Introduce el término " <i>burnout</i> " al observar que un grupo de trabajadores tenía una pérdida progresiva de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento asociado a síntomas negativos hacia el trabajo (Martínez Pérez, 2010). |
| Cherniss (1980) | <i>Burnout</i> y Factores Organizacionales | Propone que el <i>burnout</i> es resultado del estrés y tensión en el lugar de trabajo que se caracteriza por un desequilibrio entre demandas y recursos individuales, respuestas emocionales ante ese desequilibrio, que incluyen ansiedad, tensión fatiga y agotamiento, y cambios en actitudes y conductas (López, 2017). |
| Maslach y Jackson (1981) | Modelo y Medición del <i>Burnout</i> (MBI) | Definen al <i>burnout</i> como una manifestación del estrés laboral que se caracteriza por 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Adicionalmente, desarrollan el <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI), un instrumento clave para evaluar el burnout (Martínez Pérez, 2010). |
| Brill (1984) | <i>Burnout</i> como alteración psicopatológica | Se considera al <i>burnout</i> como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral (Brill, 1984). |
| Peris (2002) | <i>Burnout</i> y factores cognitivos | Trastorno que se caracteriza por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas que supera el límite de la capacidad humana, que puede provocar un periodo de agotamiento extremo que dificulte llevar a cabo las tareas asignadas de forma adecuada y un agotamiento emocional que se acompaña de un incremento del sentimiento de despersonalización y disminución del sentimiento de realización profesional. (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010) |
| Leka, Griffiths y Cox (2003) | Factores Psicosociales en el Trabajo | Identifican los riesgos psicosociales derivados de condiciones laborales como el exceso de horas, rol |

| | | |
|--|---|--|
| | | ambiguo y estrés, y su impacto en la salud mental y física (Leka et al., 2003). |
| Kristensen et al. (2005) | CBI (<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>) | Desarrollan el CBI, un cuestionario que se puede emplear en diferentes dominios y evalúa el agotamiento en tres niveles: personal, laboral y relacionado con el cliente (Kristensen et al., 2005). |
| Gil-Monte (2005, 2013, 2022) | Modelo de <i>Burnout</i> por Procesos Cognitivos (CESQT) | Propone el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), integrando dimensiones como la ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa (Font-Mayolas, 2013). |
| Bakker y Demerouti (2013) | Teoría de Demandas y Recursos Laborales | Explican que como las demandas y los recursos laborales disponibles pueden tener efecto directo o indirecto en la motivación y estrés laboral del empleado (Bakker & Demerouti, 2013). |
| Organización Mundial de la Salud (2019) | Clasificación del <i>burnout</i> como fenómeno ocupacional (CIE-11) | La OMS reconoce el <i>burnout</i> como un fenómeno ocupacional, dentro de la subcategoría problemas asociados con el empleo y el desempleo. Lo define como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito (World Health Organization, 2019). |

Anexo 2: Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

Tabla 29

Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) version en español

| # | Pregunta | Nunca (0) | Alguna vez al año o menos (1) | Una vez al mes o menos (2) | Algunas veces al mes (3) | Una vez a la semana (4) | Varias veces a la semana (5) | Diariamente (6) |
|---|--|-----------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo | | | | | | | |
| 2 | Me siento agotado/a al final de la jornada de trabajo | | | | | | | |
| 3 | Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado/a | | | | | | | |
| 4 | Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros | | | | | | | |
| 5 | Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos. | | | | | | | |
| 6 | Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 | Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes | | | | | | | |
| 8 | Me siento "quemado/a" por el trabajo | | | | | | | |
| 9 | Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros | | | | | | | |
| 10 | Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo | | | | | | | |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente | | | | | | | |
| 12 | Me encuentro con mucha vitalidad | | | | | | | |
| 13 | Me siento frustrado por mi trabajo | | | | | | | |
| 14 | Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro | | | | | | | |
| 15 | Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros | | | | | | | |
| 16 | Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés | | | | | | | |
| 17 | Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes | | | | | | | |
| 18 | Me encuentro animado/a después de trabajar junto con los pacientes/compañeros | | | | | | | |
| 19 | He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo | | | | | | | |
| 20 | En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades | | | | | | | |
| 21 | En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | | | | | | | |
| 22 | Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas | | | | | | | |

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

| ASPECTO EVALUADO | PREGUNTAS A EVALUAR | INDICIOS DE BURNOUT |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Agotamiento emocional | 1-2-3-6-8-13-14-16-20 | Más de 26 |
| Despersonalización | 5-10-11-15-22 | Más de 9 |
| Realización personal | 4-7-9-12-17-18-19-21 | Menos de 34 |

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

| ASPECTO EVALUADO | BAJO | MEDIO | ALTO |
|-----------------------|------|-------|-------|
| Agotamiento emocional | 0-18 | 19-26 | 27-54 |
| Despersonalización | 0-5 | 6-9 | 10-30 |
| Realización personal | 0-33 | 34-39 | 40-56 |

Anexo 3: Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems.

Tabla 30

Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

| | Nunca | Casi nunca | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
|--|-------|------------|------------------|----------|--------------|
| 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Anexo 4: Encuesta implementada a través de Google Forms

Sección 1: Consentimiento informado

Usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación cuyo objetivo es evaluar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout en el personal del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C. Este estudio busca identificar las condiciones laborales y personales que pueden contribuir al desarrollo de este síndrome, con el fin de proponer estrategias que mejoren el bienestar del personal y la calidad de los servicios de salud.

La participación en este estudio es completamente voluntaria e implica responder una encuesta anónima que incluye preguntas sobre su experiencia laboral, niveles de estrés y síntomas relacionados con el síndrome de burnout. La encuesta se realizará de manera electrónica y tomará aproximadamente 15-20 minutos. Los datos recolectados serán tratados de manera confidencial y solo se utilizarán con fines de investigación. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión.

Acepta participar en la encuesta y que los datos recolectados sean utilizados con fines de investigación.

- Si
- No

Sección 2: Datos sociodemográficos y laborales

1. Edad
 - a) 25 años o menos
 - b) 26-35 años
 - c) 36-45 años
 - d) 46-55 años
 - e) 56-60 años
 - f) Más de 60 años
2. Sexo
 - a) Hombre
 - b) Mujer
3. Años de experiencia en el sector salud:
 - a) Menos de 5 años
 - b) 5-10 años
 - c) Más de 10 años
4. Área de trabajo
 - a) Consulta externa
 - b) Emergencia
 - c) Administrativo
 - d) Laboratorio
5. Tipo de jornada laboral
 - a) Tiempo completo
 - b) Tiempo parcial
 - c) Turnos rotativos/guardias
6. Carga laboral (horas trabajadas por semana)
 - a) Menos de 40 horas

- b) 40 horas
- c) Más de 40 horas

Sección 3: Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)

Instrucciones:

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su experiencia laboral. Por favor, indique con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas, utilizando la siguiente escala:

- 1 = Nunca
- 2 = Pocas veces al año
- 3 = Una vez al mes o menos
- 4 = Algunas veces al mes
- 5 = Una vez a la semana
- 6 = Varias veces a la semana
- 7 = Diariamente

| # | Pregunta | Nunca (0) | Alguna vez al año o menos (1) | Una vez al mes o menos (2) | Algunas veces al mes (3) | Una vez a la semana (4) | Varias veces a la semana (5) | Diariamente (6) |
|---|--|--------------|---|--|--------------------------------|----------------------------------|--|--------------------|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo | | | | | | | |
| 2 | Me siento agotado/a al final de la jornada de trabajo | | | | | | | |
| 3 | Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado/a | | | | | | | |
| 4 | Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros | | | | | | | |
| 5 | Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos. | | | | | | | |
| 6 | Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi | | | | | | | |
| 7 | Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes | | | | | | | |
| 8 | Me siento "quemado/a" por el trabajo | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 | Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros | | | | | | | |
| 10 | Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo | | | | | | | |
| 11 | Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente | | | | | | | |
| 12 | Me encuentro con mucha vitalidad | | | | | | | |
| 13 | Me siento frustrado por mi trabajo | | | | | | | |
| 14 | Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro | | | | | | | |
| 15 | Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros | | | | | | | |
| 16 | Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés | | | | | | | |
| 17 | Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes | | | | | | | |
| 18 | Me encuentro animado/a después de trabajar junto con los pacientes/compañeros | | | | | | | |
| 19 | He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo | | | | | | | |
| 20 | En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades | | | | | | | |
| 21 | En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | | | | | | | |
| 22 | Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas | | | | | | | |

Sección 4: Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada una de las situaciones descritas, utilizando la siguiente escala:

1= Nunca

2 = Casi nunca

3 = A veces

4 = Frecuentemente

5 = Muy frecuentemente

| | Nunca | Casi nunca | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
|--|-------|------------|------------------|----------|--------------|
| 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Link: <https://forms.gle/A7KomaYvTGchCaky8>