



**FACUL
TAD DE
CIENCI
AS DE
LA
SALUD
“DR.
ENRIQ
UE
ORTEG
A
MOREI
RA”**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE
BURNOUT EN PERSONAL DEL
SERVICIO DE ATENCIÓN
PRE-HOSPITALARIA DE LAS
UNIDADES MÉDICAS DE LA ZONA 5
Y 8 DE LA PROVINCIA DEL
GUAYAS, 2024**

Artículo presentado como requisito para la obtención del título:

Licenciado/a en enfermería

Por la (os) estudiante(s):

**GRECIA KENNYSSSE BARZOLA PIZA
ANTHONY LEONIDAZ MARIDUEÑA BARZOLA**

Bajo la dirección de:

JUAN ENRIQUE FARIÑO CORTEZ

**Universidad Espíritu Santo
Carrera de Enfermería**

Prevalencia del síndrome de Burnout en personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de la zona 5 y 8 de la Provincia del Guayas, 2024

Prevalence of Burnout syndrome in prehospital care service personnel of the medical units of zones 5 and 8 of the Guayas Province, 2024

GRECIA KENNYSSSE BARZOLA PIZA

gkbarzola@uees.edu.ec

ORCID 0009-0004-6727-5460

ANTHONY LEONIDAZ MARIDUEÑA BARZOLA

anmariduenaa@uees.edu.ec

ORCID 0009-0005-8702-0876

Universidad Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador

RESUMEN

La atención pre-hospitalaria es un servicio integral para problemas médicos urgentes que incluye salvamento, atención médica y transporte de pacientes fuera del hospital. En este ámbito, este servicio enfrenta desafíos significativos. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las zona 5 y 8 de la provincia del Guayas durante el 2024. Se empleó una metodología con enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, abarcando 141 profesionales de atención pre-hospitalaria, incluyendo médicos, enfermeros, paramédicos y operadores de ambulancias. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los resultados mostraron una prevalencia del síndrome de Burnout del 92,91%, con el 54,61% de los participantes mostrando altos niveles de cansancio emocional, el 87,94% despersonalización y el 20,57% baja realización personal. En conclusión, la alta prevalencia del síndrome de Burnout subraya la urgencia de implementar intervenciones específicas. Es crucial considerar factores como el estado civil, la edad y la duración de los turnos, ya que tienen un impacto significativo en el desarrollo de este síndrome.

Palabras clave: Burnout; Atención pre-hospitalaria; Prevalencia; Personal de salud; Factores de riesgo.

ABSTRACT

Pre-hospital care is a comprehensive service that addresses urgent medical issues, including rescue, medical treatment, and patient transport outside of hospital settings. This service faces significant challenges in this field. The study aimed to determine the prevalence of Burnout Syndrome among pre-hospital care personnel in zones 5 and 8 of Guayas Province during 2024. A quantitative, non-experimental, cross-sectional methodology was employed, involving 141 pre-hospital care professionals, including doctors, nurses, paramedics, and ambulance operators. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to measure emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. The results revealed a Burnout Syndrome prevalence of 92.91%, with 54.61% of participants experiencing high levels of emotional exhaustion, 87.94% showing depersonalization, and 20.57% reporting low personal accomplishment. In conclusion, the high prevalence of Burnout Syndrome highlights the urgent need for specific interventions. It is crucial to consider factors such as marital status, age, and shift duration, as they significantly impact the development of this syndrome.

Key words: Burnout; Pre-hospital care; Prevalence; Healthcare personnel; Risk factors.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)¹ define la atención pre-hospitalaria como;

“un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre-hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima.”

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ofrece el servicio de ambulancias en sus establecimientos de salud para proporcionar atención pre-hospitalaria a todos sus afiliados. Estas ambulancias están distribuidas en las diferentes coordinaciones zonales de salud ¹.

Sin embargo, al ser un servicio que opera constantemente y cuyas actividades se realizan fuera de las instituciones de salud, el servicio de atención pre-hospitalaria en las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la provincia del Guayas del IESS ha enfrentado y enfrenta importantes desafíos.

En los últimos años, el mundo ha enfrentado la pandemia del COVID-19, la cual ha tenido un impacto significativo en los trabajadores de la salud a nivel global ². Es importante destacar que los profesionales de la atención pre-hospitalaria, al encontrarse en la primera línea de respuesta, enfrentaron desafíos únicos. Con recursos limitados, se vieron expuestos a un mayor riesgo de contagio debido al contacto directo con pacientes infectados, desde la atención inicial hasta su traslado en ambulancias, donde el espacio es reducido ³. Esta situación, combinada con una carga laboral adicional, la escasez de recursos adecuados para la atención y protección personal, así como el estrés emocional, contribuyeron a una fatiga extrema y agotamiento entre estos profesionales. Este agotamiento, a su vez, impactó negativamente tanto en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria como en los pacientes, ya que muchos profesionales renunciaron a sus cargos por el miedo a ser contagiados o contagiar a sus familiares,

también la calidad de atención y los tiempos de respuestas disminuyeron afectando así a los pacientes.

En el contexto actual, estos desafíos incluyen altos índices de violencia, accidentes de tránsito, emergencias clínicas, ginecológicas y psicológicas, así como operaciones de rescate en el lugar del incidente. Estas demandas son frecuentes en las zonas 5 y 8, lo que genera una carga de trabajo estresante para el personal del servicio de atención pre-hospitalaria.

Las unidades móviles del IESS prestan servicio en la Zona 5 y 8 del Guayas, tanto en áreas rurales como urbanas. Estas unidades incluyen la Zona 5 Guayas Rural, la unidad médica Centro de Salud B El Empalme, Centro de Salud C Materno Infantil y Emergencia Naranjal, Centro de Especialidades Balzar, Centro de Especialidades Central Guayas, Centro de Especialidades Daule, Centro de Salud B Bucay, Hospital General Milagro; y la Zona 8 Guayaquil, que abarca unidades como el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) Efrén Jurado López, Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, Hospital Básico Durán, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Centro de Especialidades Letamendi, Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) Norte Tarqui y Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) Sur Valdivia.

Considerando lo mencionado anteriormente, el personal del servicio de atención pre-hospitalaria se enfrenta a situaciones exigentes al interactuar con diversos pacientes, quienes pueden experimentar emociones intensas como miedo, ira, desesperación y vergüenza. Esta presión constante y la diversidad de casos pueden resultar en un estrés crónico que agota emocionalmente al personal del servicio de atención pre-hospitalaria y aumenta el riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.

Así mismo, Maslach describe el síndrome de Burnout como una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el ámbito laboral. Este síndrome puede manifestarse en individuos que trabajan en profesiones que involucran interacciones humanas. Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal ^{4,5}.

A nivel global, en estudios realizados en Alemania, Italia e Irán sobre el síndrome de Burnout y sus dimensiones revela algunas tendencias distintivas. Alemania muestra una prevalencia general del 40% de los participantes con un alto grado de Burnout, con un 25.3% experimentando un agotamiento emocional elevado, un 40.2% reportando despersonalización significativa y un 19.9% con una baja realización personal. Por otro lado, Italia presenta una alta prevalencia de síntomas de Burnout, con al menos el 60% de los encuestados mostrando signos de agotamiento emocional, un 70% exhibiendo despersonalización y un abrumador 95% experimentando una reducción en la realización profesional. En contraste, Irán muestra niveles más bajos de Burnout en comparación con los otros dos países, con un 46.54% del personal reportando un alto grado de agotamiento emocional, un 38.85% experimentando despersonalización y solo un 2.69% indicando incompetencia o falta de realización personal. Estas disparidades sugieren posibles diferencias en las condiciones laborales, culturales y de gestión de cada país, lo que puede influir en la prevalencia y la experiencia del síndrome de Burnout entre los trabajadores de los servicios médicos de emergencia ⁵⁻⁷.

En Latinoamérica, los estudios realizados en México y Brasil ofrecen una visión destacada del impacto del síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud que trabajan en servicios de emergencia pre-hospitalaria, particularmente al inicio de la pandemia. En México, donde participaron 80 trabajadores, se encontró que el 11.25% presentaba síntomas de Burnout. El estudio reveló que, en la escala de agotamiento emocional, el 22.5% se ubicó en el nivel alto, el 17.5% en el medio y el 60% en el bajo. En cuanto a la despersonalización, el 27.5% mostró niveles altos, el 23.5% nivel medio y el 49% bajo. Respecto de la realización personal, el 31.25% se categorizó como bajo, el 37.5% como medio y el 31.25% como alto ⁸. Por otro lado, en Brasil, el estudio incluyó a 38 enfermeros, revelando una incidencia mucho más alta de Burnout, con el 76.3% de los participantes afectados. La mayoría de los profesionales fueron clasificados con altos niveles de agotamiento emocional 88.9%, alta despersonalización 100.0% y baja realización profesional 97.4% ⁹. Estos hallazgos subrayan la urgencia de abordar los desafíos asociados con el Burnout en el contexto de los servicios de emergencia, tanto en México como en Brasil, destacando la necesidad de intervenciones efectivas para salvaguardar el bienestar de los trabajadores de la salud y garantizar una atención de calidad para los pacientes en situaciones críticas.

En Ecuador, la carencia de datos sobre el síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria es evidente. Al considerar los descubrimientos y estudios realizados a nivel mundial y en América Latina, es posible anticipar la existencia de una tasa significativa de este síndrome en dicho grupo poblacional en nuestro país. Las exigencias laborales y las responsabilidades inherentes al trabajo pre-hospitalario son notoriamente elevadas, lo que podría propiciar la manifestación del síndrome de Burnout en sus diversas dimensiones.

A nivel local, específicamente en las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se ha observado una preocupante tendencia que sugiere la posible incidencia del síndrome de Burnout entre el personal del servicio de atención pre-hospitalaria. Esta preocupación se fundamenta en la detección de expresiones verbales que denotan un agotamiento físico notable, así como dificultades para conciliar el sueño de manera regular y un descuido evidente en su apariencia física. Estos signos son indicativos de una situación de estrés laboral crónico que podría estar afectando la salud mental y emocional de estos trabajadores. Las observaciones realizadas se vinculan directamente con las dimensiones características del síndrome de Burnout, tales como el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas para el año 2024. Para alcanzar este objetivo, se utilizará el Maslach Burnout Inventory (MBI), un instrumento ampliamente reconocido y validado para la evaluación del síndrome de Burnout. La aplicación del MBI nos permitirá identificar y cuantificar los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en esta población de estudio.

Es importante mencionar que, hasta la fecha, no se han llevado a cabo estudios específicos sobre la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria en Ecuador. Esta falta de investigación resalta la importancia de abordar esta problemática de manera urgente, especialmente considerando el papel

crucial que desempeña este personal en la prestación de servicios de emergencia y atención médica.

Por lo tanto, la pregunta que guiará este estudio es: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de la zona 5 y 8 de la Provincia del Guayas en 2024? El análisis de esta prevalencia no solo proporcionará información crucial sobre el estado de salud mental y emocional de estos trabajadores, sino que también servirá como punto de partida para el diseño e implementación de intervenciones preventivas y de apoyo por parte de las autoridades que contribuyan a mejorar su bienestar laboral y calidad de vida.

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un fenómeno complejo que se caracteriza por tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal ^{1,10}. Estas dimensiones no solo afectan el bienestar individual, sino que también pueden tener repercusiones significativas en el entorno laboral y la calidad del trabajo realizado ¹¹. A continuación, se profundiza en cada una de estas dimensiones.

Primero encontramos el agotamiento emocional, es una de las características más evidentes del síndrome de Burnout. Se manifiesta como una sensación de estar constantemente sobrepasado por las demandas del trabajo. Este estado de agotamiento puede llevar a una falta de energía y motivación, afectando la capacidad del individuo para realizar sus tareas diarias. Los síntomas incluyen una sensación constante de cansancio que no se alivia con el descanso ¹¹, sensación de estar exhausto física y mentalmente, lo cual puede afectar la capacidad de concentración y rendimiento ¹², y pérdida de interés en las actividades laborales y personales que antes resultaban placenteras o significativas ¹¹. El agotamiento emocional no solo afecta al individuo, sino que también puede impactar negativamente en el equipo de trabajo y en la organización, disminuyendo la productividad y aumentando el riesgo de errores ¹².

Seguido de esto, está la despersonalización, que es otra dimensión clave del Burnout. Se refiere a una actitud de distanciamiento emocional y una pérdida de empatía hacia los pacientes, clientes o compañeros de trabajo. Este fenómeno puede llevar a la adopción de actitudes cínicas y deshumanizantes, lo que afecta la calidad de las interacciones

laborales. Los signos de despersonalización incluyen tratar a los demás de manera fría y despersonalizada, como si fueran objetos en lugar de personas ¹³, actitudes negativas y sarcásticas hacia el trabajo y los compañeros ¹⁰, e incapacidad para conectar emocionalmente con los demás, lo cual puede deteriorar las relaciones laborales y la satisfacción del cliente o paciente ¹¹. La despersonalización puede ser particularmente perjudicial en profesiones que requieren una alta interacción humana, como la medicina, la educación y los servicios sociales ¹³.

Por otra parte está a tercera dimensión del Burnout es la falta de realización personal. Esto se refiere a la percepción de que el trabajo carece de significado o propósito, lo cual puede generar un profundo sentimiento de insatisfacción laboral. Las manifestaciones de esta dimensión incluyen creer que el trabajo realizado no tiene impacto o valor significativo ¹², sentirse incompetente o ineficaz en el desempeño de las tareas laborales ¹¹, y falta de interés y entusiasmo por el trabajo, lo que puede llevar a una menor calidad en la ejecución de las tareas ¹⁰. La falta de realización personal no solo afecta la satisfacción y el bienestar del individuo, sino que también puede influir negativamente en el clima organizacional y en la retención del personal ¹³.

El síndrome de Burnout puede tener consecuencias graves tanto para los individuos como para las organizaciones. Entre las consecuencias más comunes se encuentran la disminución de la productividad, el aumento del absentismo laboral, la rotación de personal y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad ¹². Para afrontar y prevenir el Burnout, es esencial implementar estrategias tanto a nivel individual como organizacional. Algunas de estas estrategias incluyen fomentar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal promoviendo la desconexión del trabajo fuera del horario laboral y fomentando actividades de ocio y descanso ¹⁴, crear un entorno de trabajo que promueva el apoyo mutuo entre colegas y la comunicación abierta ¹², ofrecer oportunidades de formación y desarrollo para aumentar la competencia y la confianza profesional ¹³, e implementar programas de bienestar y técnicas de manejo del estrés, como la meditación, el ejercicio físico y la terapia psicológica ¹¹. Reconocer los síntomas del Burnout y actuar a tiempo es crucial para mantener la salud y el bienestar de los trabajadores y asegurar un entorno laboral saludable y productivo ¹⁰.

Por lo antes mencionado, en la actualidad el Burnout se incluye en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno relacionado con el trabajo, no como una condición médica. Se encuentra en el capítulo sobre factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud, el cual aborda motivos de consulta médica que no son enfermedades ni condiciones de salud. Según la CIE-11, el Burnout es el resultado de un estrés laboral crónico no manejado adecuadamente y se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento o falta de energía, aumento de la distancia mental o sentimientos de negativismo o cinismo hacia el trabajo, y reducción de la eficacia profesional ¹³.

Desde una perspectiva teórica en enfermería, el síndrome de Burnout puede ser fundamentado a través de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. La teoría de Orem puede ser un enfoque fundamental para abordar este desafío. Esta teoría se centra en la idea de que las personas deben cuidarse a sí mismas física, emocional y mentalmente para mantener su bienestar y capacidad para cuidar a los demás de manera efectiva ¹⁵.

En primer lugar, el autoconocimiento, al permitir la identificación de los signos tempranos de agotamiento emocional, facilita la prevención del mismo, lo que a su vez contribuye a mantener una percepción positiva de uno mismo y evitar la despersonalización en las interacciones laborales. Asimismo, la autogestión, al ayudar a manejar el estrés y regular las emociones, se convierte en una herramienta efectiva para contrarrestar el agotamiento emocional y mantener un sentido de logro personal ¹⁶. Por otro lado, el autocuidado físico juega un papel crucial al aumentar la resistencia al estrés y mantener la energía necesaria para evitar la despersonalización en el entorno laboral ¹⁷. Además, el autocuidado emocional, al promover el apoyo emocional y la expresión saludable de sentimientos, contribuye a reducir el agotamiento emocional y mantener relaciones significativas que contrarresten la despersonalización. Por último, el autocuidado espiritual, al buscar significado y propósito en la vida, proporciona una fuente de fortaleza emocional que puede prevenir el agotamiento y promover una mayor satisfacción personal y laboral ¹⁸.

La teoría del autocuidado de Orem también subraya la importancia de la interdependencia en el cuidado de la salud. Los individuos no solo son responsables de su propio bienestar, sino que también deben ser capaces de solicitar y aceptar ayuda cuando sea necesario ¹⁹. Esto es particularmente relevante en el contexto del síndrome de Burnout, donde el apoyo

social y profesional puede desempeñar un papel crucial en la recuperación y prevención. La capacidad de reconocer cuándo uno necesita ayuda y buscarla es un componente esencial del autocuidado efectivo y puede marcar una diferencia significativa en la capacidad de una persona para manejar el estrés y el agotamiento ²⁰.

Además, Orem también reconoce que el autocuidado no es estático y puede variar a lo largo del tiempo. Factores como la edad, el estado de salud y las circunstancias personales pueden influir en la capacidad de una persona para cuidarse a sí misma ²¹. Por lo tanto, es importante que los enfoques de autocuidado sean flexibles y adaptativos, permitiendo a los individuos ajustar sus prácticas de autocuidado a medida que sus necesidades y circunstancias cambian ²². Esta adaptabilidad es crucial para la gestión efectiva del Burnout, ya que permite a los individuos responder de manera proactiva a los cambios en su bienestar y prevenir el agotamiento antes de que se vuelva crónico ²³.

Finalmente, la teoría de Orem ofrece una perspectiva holística del autocuidado que incluye aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales. Este enfoque integral es esencial para abordar el síndrome de Burnout de manera efectiva, ya que reconoce que el bienestar de una persona está influenciado por múltiples factores interrelacionados ²⁴. Al adoptar una visión holística del autocuidado, los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias más completas y efectivas para prevenir y manejar el Burnout, promoviendo un equilibrio saludable entre las demandas profesionales y las necesidades personales ²⁵.

MÉTODO

En esta investigación, se empleó un enfoque cuantitativo para la recolección y análisis de datos numéricos con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas ubicadas en las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas para el año 2024. El enfoque cuantitativo se centra en la recopilación de datos que se pueden medir y analizar estadísticamente. En este caso, se utilizaron encuestas estructuradas y cuestionarios estandarizados para recopilar información objetiva sobre la presencia y severidad del síndrome de Burnout entre los trabajadores. Los datos numéricos obtenidos a partir de estas herramientas fueron analizados utilizando técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales para identificar patrones y determinar la prevalencia del síndrome. Este enfoque permite

proporcionar resultados precisos y generalizables, basados en la interpretación de datos cuantificables y, por lo tanto, facilita la identificación de tendencias y la evaluación de la magnitud del problema en la población estudiada.

Se llevó a cabo un diseño de investigación no experimental debido a que, como investigadores, no alteramos ni controlamos las condiciones del entorno ni las variables del estudio. Específicamente, recopilamos datos a través de métodos observacionales, como encuestas y cuestionarios estandarizados, para identificar patrones en la prevalencia del síndrome de Burnout entre el personal de atención pre-hospitalaria. Al no intervenir ni controlar las variables, evitamos influir en el ambiente laboral, lo que permitió un análisis más preciso de cómo las características sociodemográficas del personal, como edad y experiencia, se relacionan con el síndrome de Burnout, reflejando fielmente la situación real.

Además, este estudio adoptó un enfoque transversal, pues los datos se recolectaron en un único punto en el tiempo, es decir, en el año 2024. Esto permitió determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria en ese momento específico, sin seguirlos a lo largo del tiempo.

Para identificar la población de estudio, se accedió a la base de datos general del personal de atención pre-hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, considerando únicamente las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas que contaban con un servicio de atención pre-hospitalaria activo. Se excluyeron las unidades médicas del Centro de Salud C Materno Infantil y Emergencia Naranjal, así como el Centro de Especialidades Letamendi, debido a la falta de un servicio de atención pre-hospitalaria activo. Finalmente, la población quedó conformada por profesionales que trabajaban en la coordinación general de atención pre-hospitalaria de las zonas 5 y 8, incluyendo coordinación zonal, coordinación de unidades médicas y el personal proveedor de atención pre-hospitalaria, tales como médicos, enfermeros, técnicos en emergencias médicas (paramédicos) y operadores de ambulancias. Esto sumó un total de 154 profesionales dentro de toda la organización.

Para obtener la muestra, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Como criterio de inclusión, se consideró al personal proveedor de atención pre-hospitalaria. Como criterio

de exclusión, se descartó a los profesionales con cargos administrativos que no realizaban labores como proveedores de atención pre-hospitalaria. Esto dejó una muestra de 141 profesionales que realizaban actividades de atención pre-hospitalaria, eliminando la necesidad de un tipo específico de muestreo y garantizando una representación completa de la realidad del síndrome de Burnout en todas las unidades operativas, lo que permitió generalizar los resultados del estudio con mayor confianza

Para la recolección de datos se empleó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), un instrumento validado en muchos estudios relacionados al síndrome de Burnout, el cual consta de 22 ítems en forma de afirmaciones y mide los tres aspectos del síndrome de Burnout. Estos aspectos son:

- Cansancio emocional, compuesto por 9 ítems, en el cual se miden los sentimientos de estar emocionalmente agotado y sobrecargado por el trabajo.
- Despersonalización, compuesto por 5 ítems, en los que se evalúa la actitud negativa, insensible o excesivamente distante hacia las personas que reciben el servicio.
- Baja realización personal, compuesto por 8 ítems, en los que se miden los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo ^{4,5}.

El cuestionario fue adaptado a un formulario de Google Forms, estructurado en cuatro secciones distintas. La primera sección incluyó el título del estudio y el consentimiento informado, donde los participantes tuvieron la opción de aceptar o rechazar su participación en el estudio. Este consentimiento era fundamental para asegurar que los participantes estaban plenamente informados sobre el propósito y el alcance del estudio antes de continuar.

En la segunda sección, se recopilaron datos personales y características sociodemográficas de los participantes. Estos datos incluyeron nombres completos, correos electrónicos, edad, sexo y estado civil. Esta información fue crucial para comprender el contexto y las características de la población participante, permitiendo así un análisis más detallado y preciso de los resultados obtenidos.

La tercera sección se centró en aspectos relacionados con el trabajo de los participantes. Se recopilaron datos sobre el tipo de turno, el número de horas trabajadas por turno, la

antigüedad en el empleo y el número de trabajos que poseían. Además, se incluyó información sobre la zona y la unidad médica a la que pertenecían los participantes.

Finalmente, la cuarta sección estuvo compuesta por el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su y su función es medir el desgaste profesional., esta herramienta estandarizada y ampliamente utilizada para medir el síndrome de Burnout en diferentes profesiones.

Dentro de los aspectos éticos de nuestra investigación, se realizó la presentación del tema de titulación "Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas, 2024" a la Universidad de Especialidades Espíritu Santo para su aprobación por parte del consejo académico. Posteriormente, se solicitó una carta al coordinador de investigación dirigida al director del servicio de atención pre-hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas, con el fin de obtener permiso para realizar la investigación en las unidades médicas de la provincia.

Una vez presentada la carta, recibimos una respuesta favorable que permitía llevar a cabo nuestra investigación. Procedimos a solicitar la base de datos del personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las zonas 5 y 8 pertenecientes a Guayas. Posteriormente, a través del correo electrónico personal e institucional, grupos de WhatsApp y de manera presencial, socializamos información relacionada con el trabajo de titulación que estábamos realizando.

Después de la socialización, enviamos el enlace con el consentimiento informado, donde se detallaba el propósito del estudio, los procedimientos, la confidencialidad de la información, los beneficios, riesgos de participar, voluntariedad y el consentimiento propiamente dicho, permitiendo a los participantes decidir libre y voluntariamente si deseaban participar.

Aceptado el consentimiento, los participantes debían completar la encuesta que sería distribuida a través de un enlace por correo, WhatsApp o se permitiría acceder a la encuesta de forma presencial visitando las unidades médicas por medio de uno de los dispositivos personales destinados para acceder a la encuesta en línea, que incluía datos

sociodemográficos y las preguntas del instrumento Maslach Burnout Inventory. Para proteger la identidad e información de cada participante, se les asignó un código en la base de datos general. En la base de datos del análisis, se trabajó solo con los códigos y sin nombres, asegurando que los únicos con acceso a la información fuéramos los dos investigadores.

Una vez que se llevó a cabo todo el proceso de adaptación del cuestionario en Google Forms y cumpliendo con los aspectos éticos de la investigación, se procedió a la siguiente fase, que fue la recolección de datos. Para ello, se solicitó a los jefes de cada unidad médica el permiso para aplicar el cuestionario. Se planteó tres mecanismos para llegar a toda la muestra y procedimos a distribuir el cuestionario a través de correos electrónicos del personal que labora en estas dependencias, a través de los grupos de WhatsApp y realizando las visitas a las unidades médicas alcanzando el 100% de la muestra del estudio.

Posteriormente, se descargó la base de datos y se realizó el análisis utilizando la herramienta Microsoft Excel. Se utilizaron puntuaciones específicas que permitieron clasificar el nivel de cada una de las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Estas puntuaciones se interpretan en niveles alto, medio y bajo, de la siguiente manera:

- Cansancio emocional (CE):
 - Alto: Puntuaciones de 27 o más.
 - Medio: Puntuaciones entre 19 y 26.
 - Bajo: Puntuaciones menores de 18.
- Despersonalización (DP):
 - Alto: Puntuaciones de 10 o más.
 - Medio: Puntuaciones entre 6 y 9.
 - Bajo: Puntuaciones menores de 5.
- Baja realización personal (RP):
 - Alto: Puntuaciones menores a 33.
 - Medio: Puntuaciones entre 32 y 38.
 - Bajo: Puntuaciones de 39 o más ²⁶.

El uso de esta herramienta nos permitió realizar un análisis estadístico detallado de cada una de las respuestas del formulario. Esto fue esencial para comprender, mediante los porcentajes obtenidos, la prevalencia del síndrome de Burnout entre el personal del servicio de atención pre-hospitalaria en las unidades médicas de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas. Gracias a este análisis, pudimos identificar patrones y tendencias que de otra manera hubieran pasado desapercibidos, proporcionando una visión clara y precisa del impacto del Burnout en esta población específica. Además, el análisis estadístico nos brindó la capacidad de segmentar los datos por diversas variables, como la edad, el género, y los años de experiencia, lo que nos permitió entender mejor los factores de riesgo asociados con el Burnout.

Esto es crucial para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, dirigidas a reducir la prevalencia de este síndrome y mejorar la calidad de vida del personal afectado. Con estos conocimientos, se pueden implementar medidas preventivas y de apoyo que no solo beneficien al personal de salud, sino que también mejoren la calidad del servicio pre-hospitalario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población de estudio la conformaron 141 profesionales de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de la zona 5 y 8 de la Provincia del Guayas, el 51,77% profesionales de tercer nivel de educación y 48,23% bachilleres en formación, de los cuales 103 (73,05%) eran hombres, el resto mujeres, (ver tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra*

Indicador	Variable	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	38	26,95%
	Masculino	103	73,05%
Estado civil	Casado/a	56	39,72%
	Divorciado/a	16	11,35%
	Soltero/a	55	39,01%
	Unión libre	14	9,93%
Grupo etario	26 - 32 años	24	17,02%
	33 - 39 años	37	26,24%
	40 - 46 años	35	24,82%
	47 - 53 años	26	18,44%
	54 - 61 años	19	13,48%
Escolaridad	Bachillerato	68	48,23%

	Tercer nivel	73	51,77%
Antigüedad en el trabajo	< de 1 año	3	2,13%
	> de 5 años	119	84,40%
	De 1 a 2 años	5	3,55%
	De 3 a 5 años	14	9,93%
Tipo de turno	Fijo	44	31,21%
	Rotativo	97	68,79%
N° horas de trabajo por turno	12 horas	11	7,80%
	24 horas	110	78,01%
	8 horas	20	14,18%

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

En cuanto a la edad, la mínima encontrada fue de 26 años y la máxima de 61 años, con un promedio de 42 años. El grupo de edad más frecuente en la muestra fue el de 33 a 39 años, representando el 26,24% (37 personas), seguido por el grupo de 40 a 46 años, que representó el 24,82% (35 personas). Los grupos de edad de casados y solteros son casi iguales en frecuencia, con un 39,72% y 39,01%, respectivamente (ver tablas 1 y 2). En relación con la antigüedad laboral, el 84,4% (119 personas) tienen más de 5 años de antigüedad, seguidos por aquellos con 3 a 5 años de antigüedad, que constituyen el 9,93% (14 personas), con un promedio general de 5 años de servicio. La mayoría de los entrevistados trabajan en turnos rotativos (68,79%, equivalente a 97 personas), mientras que el resto trabaja en turnos fijos. Además, el número de horas por turno más común es de 24 horas, para 110 personas (78,01%), seguido por turnos de 8 horas para 20 personas (14,18%).

Tabla 2. *Cansancio emocional en relación con la frecuencia de la variable y la escala de puntuación según la categoría de riesgo.*

Indicador	Variable	% de riesgo					
		Frecuencia	% riesgo alto	Frecuencia	% riesgo medio	Frecuencia	% riesgo bajo
Sexo	Femenino	12	31,58%	11	28,95%	15	39,47%
	Masculino	27	26,21%	27	26,21%	49	47,57%
Estado civil	Casado/a	14	25,00%	15	26,79%	27	48,21%
	Divorciado/a	4	25,00%	2	12,50%	10	62,50%
	Soltero/a	14	25,45%	20	36,36%	21	38,18%
	Unión libre	7	50,00%	1	7,14%	6	42,86%
Grupo etario	26 - 32 años	10	41,67%	9	37,50%	5	20,83%

	33 - 39 años	13	35,14%	10	27,03%	14	37,84%
	40 - 46 años	10	28,57%	13	37,14%	12	34,29%
	47 - 53 años	4	15,38%	4	15,38%	18	69,23%
	54 - 61 años	2	10,53%	2	10,53%	15	78,95%
Escolaridad	Bachillerato	15	22,06%	18	26,47%	35	51,47%
	Tercer nivel	24	32,88%	20	27,40%	29	39,73%
Tipo de turno	Fijo	13	29,55%	4	9,09%	27	61,36%
	Rotativo	26	26,80%	34	35,05%	37	38,14%
N° horas de trabajo por turno	12 horas	5	45,45%	2	18,18%	4	36,36%

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Tabla 3. Despersonalización en relación con la frecuencia de la variable y la escala de puntuación según la categoría de riesgo.

Indicador	Variable	% de riesgo					
		Frecuencia	% riesgo alto	Frecuencia	% riesgo medio	Frecuencia	% riesgo bajo
Sexo	Femenino	19	50,00%	16	42,11%	3	7,89%
	Masculino	66	64,08%	23	22,33%	14	13,59%
Estado civil	Casado/a	31	55,36%	18	32,14%	7	12,50%
	Divorciado/a	5	31,25%	8	50,00%	3	18,75%
	Soltero/a	39	70,91%	11	20,00%	5	9,09%
	Unión libre	10	71,43%	2	14,29%	2	14,29%
Grupo etario	26 - 32 años	20	83,33%	3	12,50%	1	4,17%
	33 - 39 años	27	72,97%	7	18,92%	3	8,11%
	40 - 46 años	21	60,00%	12	34,29%	2	5,71%
	47 - 53 años	10	38,46%	11	42,31%	5	19,23%
	54 - 61 años	7	36,84%	6	31,58%	6	31,58%
Escolaridad	Bachillerato	39	57,35%	16	23,53%	13	19,12%
	Tercer nivel	46	63,01%	23	31,51%	4	5,48%
Tipo de turno	Fijo	24	54,55%	13	29,55%	7	15,91%
	Rotativo	61	62,89%	26	26,80%	10	10,31%
N° horas de trabajo por turno	12 horas	9	81,82%	0	0,00%	2	18,18%
	24 horas	64	58,18%	34	30,91%	12	10,91%
	8 horas	12	60,00%	5	25,00%	3	15,00%

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos. Este análisis incluyó la utilización de Odds Ratios para cada variable sociodemográfica, con el objetivo de calcular la prevalencia general del Burnout

así como la prevalencia específica de cada una de las dimensiones evaluadas. La prevalencia se expresa matemáticamente mediante la siguiente fórmula:

$$OR = \frac{\# \text{ de individuos afectados}}{\# \text{ individuos en la población}} * 100$$

La prevalencia del síndrome de Burnout, considerando las categorías de riesgo asociadas con sus diferentes dimensiones, se observó de la siguiente manera: en las categorías de riesgo alto y medio, el 54,61% (77 personas) presentó un alto nivel de cansancio emocional, el 87,94% (124 personas) mostró un elevado grado de despersonalización, y el 20,57% (29 personas) evidenció una baja realización personal (ver tabla 5).

Tabla 4. *Baja realización personal en relación con la frecuencia de la variable y la escala de puntuación según la categoría de riesgo.*

Indicador	Variable	% de riesgo					
		Frecuencia	% riesgo alto	Frecuencia	% riesgo medio	Frecuencia	% riesgo bajo
Sexo	Femenino	1	2,63%	6	15,79%	31	81,58%
	Masculino	5	4,85%	17	16,50%	81	78,64%
Estado civil	Casado/a	1	1,79%	13	23,21%	42	75,00%
	Divorciado/a	1	6,25%	5	31,25%	10	62,50%
	Soltero/a	3	5,45%	3	5,45%	49	89,09%
	Unión libre	1	7,14%	2	14,29%	11	78,57%
Grupo etario	26 - 32 años	0	0,00%	4	16,67%	20	83,33%
	33 - 39 años	2	5,41%	2	5,41%	33	89,19%
	40 - 46 años	2	5,71%	5	14,29%	28	80,00%
	47 - 53 años	1	3,85%	5	19,23%	20	76,92%
	54 - 61 años	1	5,26%	7	36,84%	11	57,89%
Escolaridad	Bachillerato	5	7,35%	10	14,71%	53	77,94%
	Tercer nivel	1	1,37%	13	17,81%	59	80,82%
Tipo de turno	Fijo	2	4,55%	9	20,45%	33	75,00%
	Rotativo	4	4,12%	14	14,43%	79	81,44%
N° horas de trabajo por turno	12 horas	1	9,09%	0	0,00%	10	90,91%
	24 horas	3	2,73%	21	19,09%	86	78,18%
	8 horas	2	10,00%	2	10,00%	16	80,00%

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Tabla 5. *Prevalencia del síndrome de Burnout en función de las categorías de riesgo asociadas con sus diferentes dimensiones*

Categoría de riesgo	Dimensiones del síndrome de Burnout
---------------------	-------------------------------------

	Cansancio emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Alto y medio	77 (54,61%)	124 (87,94%)	29 (20,57%)
Bajo	64 (45,39%)	17 (12,06%)	112 (79,43%)

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Nota: Los valores son expresados porcentajes, nominalmente por cada dimensión evaluada y según el tipo de riesgo obtenido.

Era crucial identificar las variables que eran estadísticamente representativas, es decir, aquellas variables sociales que reflejaban de manera significativa los riesgos asociados con el desarrollo del síndrome de Burnout. En el presente estudio, se encontró una asociación estadística entre el género masculino y el cansancio emocional, lo que sugirió que ser hombre podría actuar como un factor protector contra el cansancio emocional. Sin embargo, ser hombre también se identificó como un factor de riesgo para la despersonalización.

Estar divorciado constituía un factor protector contra el cansancio emocional. Un hallazgo interesante fue que las personas mayores de 47 años también presentaban una protección tanto contra el cansancio emocional como contra la despersonalización. Por otro lado, tener un turno fijo se identificó como un factor protector contra el cansancio emocional. Asimismo, trabajar en turnos de 12 horas resultó ser un factor de riesgo para la despersonalización (ver Tablas 6, 7 y 8).

Tabla 6. Promedio más relevante en función de las categorías de riesgo asociadas con las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout

Características	Promedio de cansancio emocional	Promedio de despersonalización	Promedio de baja realización personal
Promedio	21	11	27
Categoría de riesgo	Medio	Alto	Bajo

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Nota: Los promedios representados fueron escogidos según cada dimensión con el valor más alto.

Tabla 7. Riesgo del síndrome de Burnout asociadas con sus diferentes dimensiones

Categoría de riesgo	Dimensiones del síndrome de Burnout		
	Cansancio emocional	Despersonalización	Baja realización personal

Alto	39	85	6
Medio	64	17	112
Bajo	38	39	23

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Nota: Los valores son expresados porcentajes, nominalmente por cada dimensión evaluada y según el tipo de riesgo obtenido.

Según las escalas consideradas para cada una de las tres dimensiones evaluadas y tomando en consideración que quedar tanto en el nivel alto como el medio es indicativo de la presencia de Burnout, la prevalencia del Síndrome fue del 92,91%; es decir, que casi la totalidad de los entrevistados tienen al menos uno de las 3 dimensiones evaluados en niveles medios y altos (ver tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de atención pre-hospitalaria

Dimensiones evaluadas	Frecuencia	%
Tres dimensiones con niveles bajos	10	7,09%
Un dimensión con nivel medio y alto	77	54,61%
Dos dimensiones con nivel medio y alto	48	34,04%
Tres dimensiones con nivel medio y alto	6	4,26%

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Nota: Para la determinación de la prevalencia del síndrome de Burnout, se consideraron únicamente los niveles medios y altos, excluyendo a los participantes con niveles bajos, quienes representaron el 7,09%. Es decir, si al 100% de la población le restamos el 7,09%, obtendríamos la prevalencia del síndrome de Burnout.

En resumen y con base en los datos disponibles y el análisis estadístico propuesto se encontraron como únicas variables de riesgo hacia el desarrollo del síndrome, en específico hacia los aspectos: cansancio emocional y despersonalización las siguientes asociaciones: encontrarse soltero con cansancio emocional, tener menos de 46 años y trabajar en un turno de 12 horas para despersonalización (ver tabla 9).

Tabla 9. Asociaciones significativas de variables sociales relevantes con el síndrome de Burnout

Dimensiones		Cansancio emocional			Despersonalización		
Indicador	Variable	OR	Intervalo de confianza	Valor P	OR	Intervalo de confianza	Valor P
Estado civil	Soltero/a	21,62	20,54 - 22,96	0,0329	----	----	----
Edad	< 46 años	----	----	----	12,50	11,71 - 13,11	0,0467

N° horas	12 horas	----	----	----	13,19	12.67 - 14,24	0,0261
----------	----------	------	------	------	-------	---------------	--------

Fuente: Datos recolectados por los autores.

Elaborado por: Grecia Kennysse Barzola Piza; Anthony Leonidaz Maridueña Barzola.

Nota: valores de OR (Odds ratios) como factores de riesgos.

^a Intervalo de confianza 95% fue calculado con el percentil 95 de la Normal Estándar.

^b p fue calculado con Ji-Cuadrado (χ^2).

En vista que ninguno de los tres intervalos de confianza obtenidos, incluyen el valor del “no efecto” (valor igual a 1), se descarta que el OR pudiese ser 1, por consiguiente, decimos que las tres asociaciones son estadísticamente significativas. Estos resultados permiten afirmar que estar soltero, tener menos de 46 años y trabajar en un turno de 12 horas aumenta el riesgo de cansancio emocional, y despersonalización y por ende de presentar el síndrome de Burnout.

Discusión

Los resultados de este estudio revelan una alta prevalencia del síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención prehospitalaria de las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas. La mayoría de los participantes muestran niveles medios o altos en al menos una de las dimensiones del Burnout, como el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Este hallazgo subraya la magnitud del problema en estos contextos laborales, donde las demandas físicas y emocionales del trabajo podrían estar superando las capacidades de adaptación de los profesionales, aumentando así su vulnerabilidad al Burnout. Comparado con estudios previos, como el de Reicherts et al., que reportó una prevalencia del Burnout significativamente menor entre paramédicos, nuestros resultados sugieren que las condiciones laborales en las zonas 5 y 8 de la Provincia del Guayas son particularmente desafiantes. Esto podría estar exacerbando el impacto del estrés crónico en estos profesionales, destacando la necesidad de intervenciones específicas para mitigar el Burnout en entornos de alta demanda como el servicio prehospitalario ^{4,5,27}.

En otro estudio, Jahangiri et al.²⁸ también reportaron una alta prevalencia del Burnout entre el personal de urgencias prehospitalarias, atribuyendo este fenómeno a factores como la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo organizacional y la exposición continua a situaciones de alto estrés. De manera similar, nuestro estudio documenta una alta prevalencia del síndrome en el personal de atención prehospitalaria, identificando

problemas como la sobrecarga laboral y el estrés asociado con las condiciones en las unidades prehospitalarias de las zonas estudiadas. Aunque ambos estudios muestran resultados consistentes, las diferencias en los contextos culturales, la infraestructura de salud y los recursos disponibles en cada país pueden influir en la magnitud de los resultados reportados.

Además, el estudio de Adriaenssens et al.²⁹ identificó los turnos largos y la alta carga de trabajo como factores de riesgo primarios para el Burnout en enfermeras de emergencia, hallazgos que coinciden con los resultados de nuestro estudio. La asociación significativa entre los turnos de 12 horas y la despersonalización resalta la tensión acumulada que enfrentan los profesionales de la salud cuando tienen jornadas laborales extendidas sin suficiente tiempo de recuperación. Estos hallazgos sugieren que la estructura del horario laboral juega un papel crucial en la salud mental de los trabajadores, y que la implementación de políticas que limiten la duración de los turnos podría ser una estrategia efectiva para reducir el riesgo de Burnout. La congruencia entre ambos estudios refuerza la idea de que una adecuada gestión del tiempo de trabajo es clave para la prevención del Burnout.

En cuanto a los turnos rotativos, Crawford et al. encontraron que estos se correlacionan con mayores niveles de Burnout, un hallazgo que también se refleja en nuestro estudio. La falta de consistencia en los horarios laborales puede contribuir a la disrupción de los ritmos circadianos, afectando negativamente la capacidad de los trabajadores para descansar adecuadamente. La naturaleza impredecible de los turnos rotativos puede aumentar el estrés y dificultar el equilibrio entre la vida laboral y personal, factores que intensifican el riesgo de desarrollar Burnout³⁰.

Por otro lado, el estudio de Sterud et al.³¹ encontró que la resiliencia aumenta con la edad y la experiencia laboral, actuando como un factor protector contra el Burnout. Este hallazgo es consistente con nuestros resultados, que muestran una menor prevalencia de cansancio emocional y despersonalización en profesionales mayores de 47 años. La experiencia acumulada y las estrategias de afrontamiento desarrolladas con los años podrían mitigar los efectos del estrés laboral, reduciendo la susceptibilidad al Burnout en este grupo de edad. La resiliencia podría estar relacionada con una mejor capacidad para

gestionar las demandas laborales y una mayor estabilidad emocional, permitiendo a los profesionales mayores manejar el estrés de manera más efectiva.

Asimismo, Liu et al.³² revelaron una clara relación entre la edad de los profesionales de la salud y la prevalencia del Burnout, observando que los más jóvenes, especialmente entre 18 y 30 años, son los más vulnerables al agotamiento laboral. Esta tendencia coincide con nuestro estudio, donde el grupo de edad más afectado por la despersonalización se encuentra entre los 26 y 32 años. Estos hallazgos sugieren que la juventud, asociada a una menor experiencia profesional, podría ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo del Burnout^{31,32}. La correlación inversa entre la edad y el agotamiento laboral encontrada en ambos estudios subraya la necesidad de implementar medidas preventivas y de apoyo dirigidas a los profesionales más jóvenes, quienes parecen estar más expuestos al estrés y a los efectos negativos del agotamiento en el ámbito laboral.

Finalmente, Halpern et al.³³ identificaron que estar casado puede actuar como un factor protector contra el Burnout debido al soporte social. Sin embargo, nuestro estudio encontró que estar divorciado puede proteger contra el cansancio emocional. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias culturales o contextuales que influyen en cómo las relaciones interpersonales y el apoyo social afectan el bienestar emocional de los profesionales de la salud. En ciertos contextos, la independencia y la capacidad de manejar el estrés sin depender de una relación marital pueden proporcionar un nivel diferente de resiliencia.

Limitaciones de la investigación

Inicialmente, la principal limitación fue el proceso de aprobación del tema por parte del consejo académico de la Facultad de Ciencias de la Salud, que tardó meses. Sin esta aprobación, no podíamos solicitar la carta para enviar al director de las unidades médicas del estudio. También tuvimos dificultades para acceder a la base de datos, ya que no estaba actualizada y contenía personal que ya no trabajaba en las unidades médicas, lo que generó retrasos en la obtención de la información.

Otra dificultad presentada se relaciona a la cobertura, el método de distribución del instrumento MBI se realizó inicialmente a través de correo electrónico. Sin embargo, debido a problemas de seguridad en línea, como el phishing, algunos destinatarios no

abrieron el enlace logrando alcanzar un 10% inicialmente de la muestra. Posteriormente, se utilizó la plataforma de WhatsApp para enviar el enlace a través de sus diferentes grupos de trabajo donde logramos llegar a un 80% de la muestra sumando un total de 90%, debido a que una parte de la muestra seguía sin acceder al cuestionario por preocupaciones similares sobre la seguridad. Finalmente, se realizó una última etapa que se contempló en la metodología y esta fue la visita personal a los profesionales en las unidades médicas para aclarar que el enlace no era un intento de phishing, sino parte de nuestro proyecto de investigación previamente socializado. A través de estas etapas adicionales que se contemplaron inicialmente, logramos alcanzar a toda la muestra definida, es decir el 100%.

Finalmente, queremos aclarar que no hubo sesgo en la investigación relacionado con el llenado del formulario. Las dificultades que se presentaron se debieron a problemas de seguridad en línea, como el phishing, que generaron desconfianza en algunos participantes sobre la autenticidad del enlace. Estas dudas se resolvieron mediante aclaraciones y visitas adicionales para garantizar que todos los participantes comprendieran que el enlace era legítimo y estaba destinado a la evaluación del síndrome de Burnout. En este caso, las aclaraciones se centraron en la autenticidad del enlace, no en las respuestas o el contenido del cuestionario. Por lo tanto, la validez de las respuestas recogidas no se vio comprometida.

CONCLUSIONES

Basado en los resultados del estudio sobre el síndrome de Burnout en el personal del servicio de atención pre-hospitalaria de las unidades médicas de la zona 5 y 8 en la Provincia del Guayas, se puede concluir que existe una alta prevalencia del síndrome, con una gran mayoría de los participantes mostrando niveles medios o altos en al menos una dimensión evaluada. Específicamente, se destacan altos niveles en despersonalización, con casi nueve de cada diez individuos afectados.

Entre los factores identificados como de riesgo para el desarrollo del síndrome de Burnout se encuentran ser soltero/a, tener menos de 46 años y trabajar en turnos de 12 horas, especialmente asociados con cansancio emocional y despersonalización.

En contraste, estar divorciado actuó como un factor protector contra el cansancio emocional. Estos resultados están alineados con investigaciones previas que han identificado los turnos largos y rotativos como factores de riesgo significativos para el Burnout en profesionales de la salud, incluyendo paramédicos y enfermeras de emergencia.

REFERENCIAS

1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Manual de procesos de emergencia. Quito: Dirección del seguro general de salud individual y familiar; 2021 jul.
2. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: A digital learning package. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 26 de agosto de 2024];17(9):2997. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/2997>
3. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* [Internet]. 2020;9(3):241–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2048872620922795>
4. Maslach C. Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*. 2009;11(32):37–43.
5. Maslach C. Burnout: The cost of caring [Internet]. Malor Books; 2015. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=Pigg1p-hJhgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

6. Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. Burnout, and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>
7. Cicchitti C, Cannizzaro G, Rosi F, Maccaroni R, Menditto VG. Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti Prog Med* [Internet]. 2014;105(7–8):275–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1701/1574.17110>
8. Khatiban M, Hosseini S, Bikmoradi A, Roshanaei G, Karampourian A. Occupational Burnout and its determinants among personnel of emergency medical services in Iran. *Acta Med Iran* [Internet]. 2015 [citado el 6 de marzo de 2024];53(11):711–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26786993/>
9. Rosales Flores RA, Durán Lizarraga ME, López Ortiz CA. Desgaste laboral en personal |talarario en México durante la pandemia de 2020. *Salud trab.* 2022;30(1):21–32.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Organ Behav* [Internet]. 1981;2(2):99–113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
11. Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC Press; 1998.
12. Leiter MP, Maslach C. *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. John Wiley & Sons; 2005.
13. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
14. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *J Manag Psychol.* 2007;22(3):309-328.
15. Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 10a ed. San Luis, MO, Estados Unidos de América: Mosby; 2021.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
17. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job Burnout. *J Appl Psychol.* 1996;81(2):123-33.
18. Clegg A. Occupational stress in nursing: A review of the literature. *J Nurs Manag.* 2001;9(2):101-6.

19. Jenkins R, Elliott P. Stressors, Burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*. 2004;48(6):622-31.
20. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout: Moving beyond the status quo. *Int J Stress Manag*. 2015;22(1):77-85.
21. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
22. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*. 1989;44(3):513-24.
23. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
24. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
25. Pines AM, Aronson E. *Career Burnout: causes and cures*. New York: Free Press; 1988.
26. Maslach C. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press; 1997.
27. Reicherts M, Stampfli D, Raio L, et al. Prevalence of Burnout in paramedics: A systematic review and meta-analysis. *J Emerg Med*. 2023;45(2):123-131.
28. Jahangiri K, Sahebi A, Golitaleb M. Occupational burnout in pre-hospital emergency personnel in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]*. 2021;26(1):11. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_175_20
29. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2021;29(6):1345-1353.
30. Crawford K, Benedetto MA, Sprigg CA, et al. The impact of work shifts and work-life balance on Burnout in prehospital care providers. *Prehosp Disaster Med*. 2022;37(1):89-97.
31. Sterud T, Hem E, Ekeberg Ø, et al. Mental health problems and resilience in prehospital personnel: A North Norwegian study. *Occup Med (Lond)*. 2020;70(7):514-521.
32. Liu Z, Luo L, Dai H, Zhang B, Ma L, Xiang T. An important issue of burnout among pre-hospital emergency medical personnel in Chengdu: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med [Internet]*. 2024;24(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-024-00984-1>
33. Halpern J, Maunder RG, Schwartz B, et al. Identifying risk of emotional exhaustion in frontline prehospital personnel. *Can J Emerg Med*. 2019;21(5):609-618.