



Prevalencia y subdiagnóstico del síndrome de burn out en servicios críticos en el contexto de la pandemia COVID-19

Prevalence and underdiagnosis of burn out syndrome in critical services in the context of the COVID-19 pandemic

Prevalência e subdiagnóstico da síndrome de burn out em serviços críticos no contexto da pandemia de COVID-19



Lucas Gonzalo Duran^{1,2}, Pamela Soledad Vega², Nicolle Stefanía Davit Baridón³, Luciana Mattei², Rocío Belén Cappella⁴, Melina Paula Scherñuk Schroh³, Geronimo Blint², Eugenio Emmanuel Uriarte², María Montserrat Cerini², Fiorella Melina Toracchio², Jackson José Mejía Caraballo², Candela Giuffre², Julieta Pereyra Huertas⁵, Maria Eugenia Esandi⁶.

DATOS DE AUTORES

1. Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Servicio de Terapia Intensiva; Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3954-4748>. E-mail de contacto: lucas.duran@uns.edu.ar.
2. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud; Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
3. Universidad Salesiana, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
4. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Geografía y Turismo; Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
5. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Ingeniería; Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
6. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Economía; Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4492-999X>.

Recibido: 2024-02-27 Aceptado: 2024-03-21

 DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v81.n3.44389>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

©Universidad Nacional de Córdoba



Prevalencia y subdiagnóstico del síndrome de burn out en servicios críticos en el contexto de la pandemia COVID-19

CONCEPTOS CLAVE:

Qué se sabe sobre el tema.

La pandemia de SARS-CoV-2 tuvo un impacto significativo en la labor de los trabajadores de la salud, generando una demanda abrumadora de personal y resultando en un desgaste que contribuyó al desarrollo de BO en muchos profesionales.

Qué aporta este trabajo.

Se obtuvieron datos locales acerca del síndrome de BO. En nuestro estudio el Servicio de TI fue el que presentó los valores más bajos de BO en relación a los otros servicios.

Divulgación

En este estudio, se exploró cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud mental de los trabajadores de la salud en un hospital. Se centró en el Burn Out, un síndrome derivado del estrés laboral, y utilizaron el Maslach Burnout Inventory para evaluar su prevalencia. Se identificó un cuarto del personal del Servicio Médico de Urgencias experimentaba Burn Out, seguido por el área de Clínica y Terapia Intensiva. A pesar de la intensa demanda en Terapia Intensiva durante la pandemia, fue la unidad con la menor incidencia de Burn Out. Estos hallazgos sugieren la necesidad de una mayor atención y apoyo a la salud mental de los profesionales sanitarios en este contexto desafiante.



Prevalencia y subdiagnóstico del síndrome de burn out en servicios críticos en el contexto de la pandemia COVID-19

Resumen

Palabras clave:

agotamiento
psicológico;
personal de salud;
covid-19.

Introducción: La importancia del conocimiento del impacto del trabajo en la salud de las personas se ha acrecentado tras la pandemia por COVID-19. El síndrome de Burn Out (BO) nace de la tensión emergente de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo. El objetivo fue describir la prevalencia y frecuencia de diagnóstico del BO en el recurso humano en salud de servicios críticos del Hospital Municipal de Bahía Blanca en el contexto de la pandemia COVID-19. **Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue el personal médico y de enfermería de los servicios de Terapia intensiva (TI), Médico de Urgencias (SMU) y Clínica que trabajaron con COVID-19 durante el 2021. Se empleó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y preguntas cerradas complementarias para identificar, entre estos casos, aquellos que fueron diagnosticados y tratados por la institución. **Resultados:** De los 219 trabajadores, el 55,3% (121/219) fueron enfermeros. En el SMU el 25% (24/96) de encuestados tenía BO, seguido por un 20,4% (11/54) en Clínica y un 8,7% (6/69) en TI (valor $p=0.004$). Sólo el 5,5% (12/219) del total fue diagnosticado con BO por la institución y de este grupo, dos personas (0,9%) habían consultado previamente por síntomas característicos. **Discusión:** Se evidenció una elevada prevalencia de BO y un marcado sub-diagnóstico a nivel institucional durante la pandemia. A pesar de que el Servicio de TI tuvo la mayor demanda de atención, fue el que presentó los valores más bajos de BO en relación a otros servicios.



Prevalence and underdiagnosis of burn out syndrome in critical services in the context of the COVID-19 pandemic

Abstract

Keywords:

burnout,
psychological;
health personnel;
covid-19.

Introduction: The importance of knowing the impact of work on people's health has increased after the COVID-19 pandemic. Burn Out (BO) syndrome arises from the tension emerging from the conflictive interaction between the worker and his or her employment. The objective was to describe the prevalence and frequency of diagnosis of BO in the health human resources of critical services of the Bahía Blanca Municipal Hospital in the context of the COVID-19 pandemic. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study. The study population was the medical and nursing staff of the Intensive Care (IT), Emergency Medicine (SMU) and Clinic services who worked with COVID-19 during 2021. The Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire was used and complementary closed questions to identify, among these cases, those that were diagnosed and treated by the institution. **Results:** Of the 219 workers, 55.3% (121/219) were nurses. In the SMU, 25% (24/96) of respondents had BO, followed by 20.4% (11/54) in Clinic and 8.7% (6/69) in IT (p value=0.004). Only 5.5% (12/219) of the total were diagnosed with BO by the institution and of this group, two people (0.9%) had previously consulted for characteristic symptoms. **Discussion:** A high prevalence of BO and a marked underdiagnosis were evident at the institutional level during the pandemic. Although the IT Service had the highest demand for attention, it was the one that presented the lowest BO values in relation to other services.



Prevalência e subdiagnóstico da síndrome de burn out em serviços críticos no contexto da pandemia de COVID-19

Resumo

Palavras-chave:

esgotamento psicológico; pessoal de saúde; covid-19.

Introdução: A importância de conhecer o impacto do trabalho na saúde das pessoas aumentou após a pandemia da COVID-19. A síndrome de Burn Out (BO) surge da tensão emergente da interação conflituosa entre o trabalhador e seu trabalho. O objetivo foi descrever a prevalência e frequência do diagnóstico de BO nos recursos humanos de saúde dos serviços críticos do Hospital Municipal Bahía Blanca no contexto da pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal. A população do estudo foi a equipe médica e de enfermagem dos serviços de Terapia Intensiva (TI), Medicina de Emergência (SMU) e Clínica que trabalharam com a COVID-19 durante o ano de 2021. Foi utilizado o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI) e questões fechadas complementares para identificar, dentre esses casos, aqueles que foram diagnosticados e tratados pela instituição. **Resultados:** Dos 219 trabalhadores, 55,3% (121/219) eram enfermeiros. Na SMU, 25% (24/96) dos entrevistados tinham BO, seguido de 20,4% (11/54) na Clínica e 8,7% (6/69) na TI (valor de $p=0,004$). Apenas 5,5% (12/219) do total foram diagnosticados com BO pela instituição e deste grupo, duas pessoas (0,9%) já haviam consultado anteriormente por sintomas característicos. **Discussão:** Uma elevada prevalência de BO e um acentuado subdiagnóstico foram evidentes a nível institucional durante a pandemia. Embora o Serviço de TI tenha tido a maior demanda de atendimento, foi o que apresentou os menores valores de BO em relação aos demais serviços.



Introducción

En el contexto de una pandemia, es necesario tener en cuenta el impacto que tiene en el recurso humano en salud (RHS) la pérdida de su funcionamiento habitual ya sea debido a la enfermedad adquirida o a las circunstancias desafiantes diarias. Estas situaciones pueden llevar a sentimientos de desmoralización y desamparo, llegando incluso a configurar un estado de duelo para muchos de ellos⁽¹⁾. Además, el cuidado de pacientes críticos se incrementó significativamente en las especialidades afines, generando un grado mayor de saturación laboral y por ende, de trastornos de la salud mental, específicamente, del síndrome de Burn Out (BO). Según Gil-Monte, el BO es definido como una respuesta al estrés laboral crónico producido en aquellas profesiones que se centran en la prestación de servicio, producido por distintas variables: físicas, psicológicas y sociales⁽¹⁾. Esto se debe a que en las tareas que llevan adelante estos profesionales incide en gran medida la falta de personal, el trabajo en turnos, el contacto constante con la enfermedad, el dolor y la muerte, entre otras dificultades. Los médicos intensivistas y de emergencias son especialmente susceptibles a experimentar síndrome BO, ya que se encuentran constantemente en situaciones de estrés, toman decisiones cruciales para la supervivencia de los pacientes y tratan con familias en situaciones de vulnerabilidad afectiva. Por lo tanto, es comprensible que durante la pandemia y en el contexto post-pandémico, las condiciones laborales favorezcan la aparición de este síndrome^(2,3).

Distintos estudios evidenciaron el impacto que la crisis sanitaria por el COVID-19 tuvo en la salud

mental de los trabajadores de salud. Numerosos autores han señalado que los trabajadores suelen tener como principal temor al hecho de contagiar a sus familias, amigos o colegas y suelen experimentar síntomas de estrés, ansiedad o depresión con implicaciones psicológicas que pueden llegar a sostenerse por un largo periodo de tiempo⁽²⁻⁸⁾.

Los trabajadores actúan de manera diferenciada y específica, para resistir, adaptarse y desarrollar mecanismos de defensa, individuales y colectivos. Ortiz y col describieron a partir de una encuesta las tensiones derivadas de la reorganización de servicios y roles frente a la pandemia, así como conflictos derivados de ausentismo y licencias caracterizados por el miedo, incertidumbre e inseguridad, que se vincularon con la percepción de gravedad de la enfermedad y las dificultades de su atención⁽²⁾. Frente a otras profesiones, pareciera ser que los médicos, están particularmente expuestos al stress, cansancio, ansiedad y depresión, además de trastornos en el sueño, mostrarse irritables con sus familiares y amigos⁽²⁾. Entre las causas probables parecen figurar: las largas e interminables horas de trabajo, el trato difícil y conflictivo con algunos pacientes, las excesivas demandas del trabajo que interfieren con su vida personal⁽²⁾. Es necesario contar con una respuesta institucional sólida que implique la implementación de programas de prevención y detección temprana del BO, así como la provisión de recursos y apoyo adecuados para aquellos que ya están experimentando sus efectos. El presente estudio tiene como objetivo describir la prevalencia del síndrome de BO en RHS en el contexto de la pandemia COVID-19 y la medida en



la que estos casos fueron o no diagnosticados y tratados a nivel de la institución. Secundariamente, busca analizar el grado de asociación entre el síndrome de BO y distintos factores individuales

(lugar de trabajo del RHS, rol desempeñado en el hospital; horas de trabajo) y organizacionales potencialmente asociados a una mayor prevalencia.

Materiales y Métodos

Diseño de estudio y ámbito:

Estudio descriptivo, de corte transversal. La población del estudio fue el personal médico y de enfermería del HMALL que realizaron actividades asistenciales con pacientes COVID-19 en los servicios de Terapia intensiva (TI), Servicio Médico de Urgencias (SMU) y Clínica Médica (CM) a lo largo del año 2021.

Unidad de análisis o población elegible:

Se encuestó a la totalidad del RHS que cumplieron con los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:** médicos o enfermeros de TI, CM y del SMU que dieron su consentimiento para participar en el estudio y se encontraban en situación de planta permanente.

- **Criterios de exclusión:** trabajadores que trabajaron esporádicamente como refuerzos provenientes de otros servicios.

Instrumento de recolección de datos:

Se empleó el cuestionario validado Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar la presencia del síndrome y sus dimensiones, validado para nuestro país⁽¹⁾. El cuestionario consta de 22 ítems calificados en escala de Likert, de 0 ("nunca") hasta 6 ("todos los días"). Las opciones intermedias incluyen 1 ("pocas veces al año"), 2 ("una vez al mes

o menos"), 3 ("unas pocas veces al mes"), 4 ("una vez a la semana") y 5 ("pocas veces a la semana"). Estos ítems se agrupan en tres subescalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). La escala de AE incluye 9 ítems que exploran la sensación de abrumo y agotamiento emocional en relación con el trabajo, con una puntuación máxima de 54 puntos. Se considera significativa la presencia de BO cuando los puntajes superan los 21 puntos. La escala de DP, compuesta por 5 ítems, evalúa la impersonalidad en el trato hacia las personas asistidas, con una puntuación máxima de 30 puntos. La presencia de BO se considera significativa con puntajes mayores a 6. Por último, la escala de RP, formada por 8 ítems, aborda la percepción de eficiencia, realización laboral, autoevaluación y autoconcepto positivo, con una puntuación máxima de 48 puntos. Se considera indicativo de BO obtener puntajes inferiores a 36 en esta escala.

Definición operativa de las variables:

- **Síndrome de BO:** Utilizando el MBI se definió presencia del síndrome de burnout si el puntaje correspondiente a cada participante fue superior a 26 en la escala de AE, superior a 9 en la escala de DP, e inferior a 39 en la escala de RP. En caso de reunir dos de los tres criterios se interpretó que se encontraba en categoría de riesgo de



presentar BO. En caso de no reunir ninguna de las condiciones previamente mencionadas se lo consideró como negativo para BO.

- **Subescala de agotamiento emocional:** Utilizando el MBI se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Se construye a partir de 9 ítems del cuestionario (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y se clasifican en tres categorías: baja puntuación 0-18; media de 19-26 y alta de 27-54.

- **Subescala de despersonalización:** Utilizando el MBI se valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems del cuestionario (5, 10, 11, 15, 22), y se los clasificó en puntuación baja 0-5; media de 6-9 y alta de 10-30.

- **Subescala de realización personal:** Utilizando el MBI se evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems del cuestionario (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) y se los clasificó como puntuación baja 0-33; media de 34-39 y alta de 40-48.

- **Diagnóstico previo de BO:** Se indagó mediante una pregunta específica con dos posibles respuestas (SI/NO) si contaban con diagnóstico previo de BO por parte de un profesional competente.

- **Carga horaria laboral:** Definido por las horas establecidas en los contratos del trabajador y las horas extras trabajadas por semana según su referencia.

- **Rol del RHS:** pueden ser de médico de planta con cargo con/sin guardia, médico residente, enfermero con/sin cargo de guardia y enfermero residente.

- **Lugar de trabajo:** categorizado según el lugar de procedencia de los trabajadores (CM, TI, SMU).

- **Pluriempleo:** Positivo en caso de trabajar en otros establecimientos sanitarios además del HMALL.

- **Licencia:** existen cuatro tipos de licencia: licencias anuales, profilácticas por estrés, motivos personales y por salud.

- **Otras variables analizadas:** edad, genero.

Plan de análisis:

Se calcularon los porcentajes de respuesta en cada ítem del cuestionario, determinando medias y medianas por dimensión. Además, se efectuaron análisis bivariados utilizando tablas de clasificación cruzada para evaluar la relación entre el BO y variables como el lugar de trabajo, la especialidad, el rol, el pluriempleo y el uso de licencias. Se aplicó la prueba ANOVA para examinar la relación entre la carga horaria semanal y el síndrome de BO, tras verificar supuestos. Para las horas extras de trabajo y el BO, se empleó la prueba de Kruskal Wallis (no se cumplió el supuesto de homocedasticidad). Finalmente, se efectuó un análisis multivariado mediante regresión logística multinomial para identificar factores de riesgo asociados considerando a la presencia de BO como outcome de interés. Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. El software utilizado fue SPSS 23, versión para Windows.

Consideraciones éticas:

Investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Bioética en Investigación del HMALL, acreditado por el Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de Buenos Aires (Nº de



aprobación 105/2013). Previo a la administración del cuestionario, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, que detallaba la investigación y garantizaba la confidencialidad de

los datos de acuerdo con la ley de protección de datos personales 25.326.

Resultados

Los 219 trabajadores del HMALL que cumplían los criterios de inclusión fueron contactados, lográndose encuestar a la totalidad sin necesidad de eliminar a ningún participante. De estos, el 55,3% (121/219) eran enfermeros y el 44,7% (98/219) eran médicos. En cuanto al género, el 68,4% (150/219) de los encuestados eran mujeres. La distribución según roles específicos en el hospital se presenta en la tabla 1. La edad mediana de toda la población fue de 36 años.

En cuanto a los sectores del hospital en donde los encuestados realizaban su actividad asistencial, el 43,8% (96/219) trabajaba en el SMU, el 31,5% (69/219) en el Servicio de TI y el restante 24,7%

(54/219) en CM. La mayoría de los encuestados, 54,8% (120/219) manifestó trabajar entre 44 y 48 horas semanales. El 40,7% trabajó menos de 44 horas semanales, mientras que el 4,5% declaró una prestación de servicios mayor a 48 horas semanales. El 71,2% (156/219) refirió no trabajar en otra institución hospitalaria, mientras que el 28,8% (63/219) respondió afirmativamente a la pregunta.

El 44,7% (98/219) refirió haber utilizado la licencia anual; el 42% (92/219) la licencia profiláctica; el 16,9% (37/219) la licencia por motivos particulares y el 16,4% (36/219), la licencia por salud.

Tabla N° 1: Porcentajes de roles adoptados en el hospital

ROL	N	% Total	% Categoría
Enfermeros con guardia	67	30,60%	55,40%
Enfermeros sin guardia	51	23,30%	42,10%
Enfermeros Residentes	3	1,40%	2,50%
Enfermeros totales	121	55,30%	100%
Médicos con cargo de planta y guardia	25	11,40%	25,50%
Médicos con cargo de planta sin guardia	8	3,70%	8,10%
Médicos con cargo de guardia	39	17,80%	39,80%
Médicos Residente	26	11,90%	26,60%
Médicos totales	98	44,70%	100%



Prevalencia del BO según el cuestionario MBI

En base a los resultados recolectados a través del cuestionario se obtuvo que el 18,7% (41/219) del total de los trabajadores reunió criterios compatibles con el Síndrome de BO, mientras que el 23,3% (51/219) se encontró en riesgo de padecerlo y el 58% (127/219) no lo tuvo. En la tabla 2 se describen los porcentajes de respuesta para cada uno de los ítems concerniente al MBI.

Al analizar las preguntas referidas al diagnóstico previo de los trabajadores se identificó que solo el 5,5% (12/219) del total de la muestra fue diagnosticada con BO. De los 41 individuos que reunieron criterios de BO solo el 9% tuvo el diagnóstico institucional (4/41). De esos 4, solo 3 personas habían consultado previamente por los síntomas característicos del síndrome y solo 1 de los 4 requirió el uso de licencia médica.

Tabla N° 2: Porcentajes de respuesta para el cuestionario MBI

Descripción	% para cada respuesta							N	Mediana
	0	1	2	3	4	5	6		
Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	3.7	20.5	5	21	13.2	24.2	12.3	219	3
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	1.4	6.4	3.7	17.8	13.2	31.1	26.5	219	5
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	8.2	14.6	11	17.4	12.7	21.9	13.2	219	3
Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes	0.9	0.5	0.9	2.7	6.4	22.4	65.8	218	6
Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	45.2	20.1	6.8	6.4	8.2	10.5	1.8	217	1
Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.	13.2	18.3	5.9	13.7	11.9	19.2	17.8	219	3
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	1.4	2.3	0.9	10	8.7	29.7	45.7	216	5
Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo	11.9	18.7	6.8	11.9	12.3	16.9	20.5	217	4
Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes	1.8	1.8	1.8	10.5	8.2	26.5	49.3	219	5
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación.	26.5	23.3	3.2	11.9	9.1	14.2	10.5	216	1
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	18.7	24.2	2.7	9.6	9.1	12.8	21.5	216	3
Me siento con mucha energía en mi trabajo	3.2	6.8	6.4	16	12.3	35.6	19.6	219	5
Me siento frustrado/a en mi trabajo	19.6	24.7	8.2	16.4	8.7	16.4	5	217	2
Creo que trabajo demasiado	2.7	13.7	9.1	7.8	8.2	22.4	36.1	219	5
No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes	63.5	18.7	5	3.2	4.1	4.1	0.9	218	0
Trabajar directamente con pacientes me produce estrés	20.1	26.9	10	16.9	5	12.8	8.2	219	2
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0.5	1.4	2.7	6.4	7.8	30.6	50.7	219	6
Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.	2.7	4.6	6.4	15.5	10.5	36.1	24.2	219	5
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1.8	12.8	8.2	14.6	8.2	21	33.3	219	5
Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	29.2	26.9	6.4	14.2	8.2	11.4	2.7	217	1
En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	0	8.2	6.8	12.3	7.8	24.7	40.2	219	5
Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	41.6	26.9	2.3	8.2	7.3	7.3	5.9	218	1

Referencias: 0: Nunca; 1: Pocas veces al año; 2: una vez al mes o menos; 3: unas pocas veces al mes; 4: una vez a la semana; 5: unas pocas veces a la semana; 6: todos los días.



Al analizar globalmente las dimensiones se obtuvieron puntuaciones altas en un 53,4% (117/219) de los encuestados para la dimensión de AE, y un 44,7% (100/219) de los encuestados para la dimensión de DP, mientras que el 27,4% (60/219) obtuvo puntuaciones bajas en la dimensión de RP.

Asociación entre el síndrome de BO y las variables estudiadas

El análisis bivariado mostró que la prevalencia de BO fue diferente según el servicio de salud donde se desempeñaba el trabajador (25% SMU; 20,4% CM, 8,7% TI, valor $P=0.004$), la profesión (médicos 32%; 8% enfermeros, valor $P = <0.001$, el rol

(residente/staff) (34.4% los residentes y 16% del staff, valor $p<0.001$), percepción sobre necesidad de mayor cantidad de personal (insuficiente 21.7% y suficiente 10.3%, valor $p <0.014$). En la tabla 3 y tabla 4 se resumen el resto de las variables analizadas.

En el análisis multivariado, las variables que se asociaron con la prevalencia de presencia de BO fueron el lugar de trabajo (TI vs. SMU), el rol del trabajador (enfermero vs médico) y el uso de licencia anual y profilácticas. (Valores P de 0.037; 0.009, 0.010 y 0.032 respectivamente). Ninguna variable mostró estar asociada cuando se analizó la asociación con el riesgo de tener BO. (Tabla 5).

Tabla N° 3: Asociación entre el BO y el resto de las variables

	Características	Sin BO	Riesgo de BO	BO	Total	Valor P
Servicio	Terapia Intensiva	52 (40.9%)	11 (21.6%)	6 (14.6%)	69	0.004
	Clínica Médica	25 (19.7%)	18 (35.3%)	11 (26.8%)	54	
	SMU	50 (39.4%)	22 (43.1%)	24 (58.5%)	96	
Rol 1	Residente	13 (10.2%)	8 (15.7%)	11 (26.8%)	32	<0.001
	Staff	114 (89.8%)	43 (84.3%)	30 (73.2%)	187	
Rol 2	Personal de Enfermería	82 (64.6%)	29 (56.9%)	10 (24.4%)	121	<0.001
	Personal Médico	45 (35.4%)	22 (43.1%)	31 (75.6%)	98	
Necesidad de RHS	Percepción de necesidad de RHS suficiente	43 (33.9%)	9 (17.6%)	6 (14.6%)	58	0.014
	Percepción de necesidad de RHS insuficiente	84 (66.1%)	42 (82.4%)	35 (85.4%)	161	
Genero	Género femenino	89 (70.1%)	31 (60.8%)	30 (73.2%)	150	0.374
	Género masculino	38 (29.9%)	20 (39.2%)	11 (26.8%)	69	
Otro trabajo	Trabaja en otra institución	38 (29.9%)	10 (19.6%)	15 (36.6%)	63	0.183
	No trabaja en otra institución	89 (70.1%)	41 (80.4%)	26 (63.4%)	156	
Licencia anual	Sin Licencia anual	43 (33.9%)	14 (27.5%)	21 (51.2%)	78	0.051
	Con Licencia anual	84 (66.1%)	37 (72.5%)	20 (48.8%)	141	
Profiláctica	Sin Licencia profiláctica	40 (31.5%)	12 (23.5%)	10 (24.4%)	62	0.468
	Con Licencia profiláctica	87 (68.5%)	39 (76.5%)	31 (75.6%)	157	
Licencia de salud	Sin Licencia de salud	78 (61.4%)	33 (64.7%)	32 (78.0%)	143	0.398
	Con Licencia de salud	49 (38.6%)	18 (35.3%)	9 (22.0%)	76	
Motivos particulares	Sin Licencia motivos particulares	61 (48.0%)	23 (45.1%)	24 (58.5%)	108	0.150
	Con Licencia motivos particulares	66 (52.0%)	28 (54.9%)	17 (41.5%)	111	



Tabla N° 4: Horas de trabajo y la presencia de BO

		N	Media (hs)	Desviación estándar	Error estándar	95% del IC para la media		Valor P
						Lím inferior	Lím superior	
Horas de trabajo extra	No Burn Out	106	20,08	17,664	1,716	16,68	23,49	0,442*
	Burn Out	35	23,49	18,499	3,127	17,13	29,84	
	Riesgo de Burn Out	43	23,65	19,613	2,991	17,62	29,69	
	Total	184	21,57	18,272	1,347	18,91	24,22	
Horas semanales	No Burn Out	127	38,84	11,524	1,023	36,82	40,87	0,405**
	Burn Out	41	36,12	15,229	2,378	31,32	40,93	
	Riesgo de Burn Out	51	38,39	11,94	1,672	35,03	41,75	
	Total	219	38,23	12,372	0,836	36,58	39,88	

*Valor p para la prueba de ANOVA

**Valor p para la prueba de Kruskal Wallis

Tabla N° 5: Análisis multivariado de factores de riesgo asociados al BO

	B (ES)	Valor p	OR	Límite Inferior	Límite Superior
TRABAJADORES CON BO vs SIN BO					
Terapia intensiva vs. SMU	-1,173 (0,563)	0,037	0,309	0,103	0,933
Clínica Médica vs SMU	-0,217 (0,543)	0,689	0,805	0,278	2,332
Genero Femenino vs Masculino	-0,506 (0,465)	0,276	0,603	0,242	1,499
Licencia anual no vs si	1,343 (0,523)	0,01	3,829	1,374	10,672
Profiláctica no vs si	-1,222 (0,571)	0,032	0,295	0,096	0,901
Motivos particulares no vs si	0,269 (0,477)	0,573	1,308	0,514	3,329
De salud no vs si	0,615 (0,477)	0,197	1,849	0,726	4,707
Suficiencia de personal no vs si	0,996 (0,538)	0,064	2,707	0,943	7,775
trabajo en otra institución no vs si	-0,026 (0,512)	0,96	0,975	0,357	2,66
Enfermero vs medico	-1,329 (0, 506)	0,009	0,265	0,098	0,714
Residente vs staff	0,864 (0,622)	0,164	2,374	0,702	8,03
TRABAJADORES CON RIESGO DE BO vs SIN BO					
Terapia intensiva vs. SMU	-0,592 (0,448)	0,187	0,553	0,23	1,332
Clínica Médica vs SMU	0,350 (0,429)	0,414	1,419	0,612	3,29
Genero Femenino vs Masculino	0,259 (0,365)	0,479	1,295	0,634	2,647
Licencia anual no vs si	0,185 (0,464)	0,691	1,203	0,484	2,988
Profiláctica no vs si	-0,349 (0,481)	0,468	0,705	0,275	1,812
Motivos particulares no vs si	-0,099 (0,404)	0,806	0,905	0,41	2
De salud no vs si	0,142 (0,380)	0,708	1,153	0,547	2,43
Suficiencia de personal no vs si	0,672 (0,438)	0,125	1,958	0,83	4,619
trabajo en otra institución no vs si	0,496 (0,483)	0,304	1,643	0,638	4,231
Enfermero vs medico	-0,320 (0,426)	0,453	0,726	0,315	1,673
Residente vs staff	0,087 (0,585)	0,882	1,091	0,347	3,434

Nota: R² = 0,224 (Cox y Snell), 0,262 (Nagelkerke). Modelo X² = 55,57 p<0,001. Bondad de ajuste Desviación p=0,417



Discusión

Este estudio aporta información sobre la ocurrencia y también el sub-diagnóstico del síndrome de BO en el personal de salud desde una perspectiva integral, considerando factores propios del individuo como también organizacionales que se agravaron durante la pandemia COVID-19. Los resultados mostraron que una elevada proporción del personal de salud de servicios críticos de un hospital público experimentaron el síndrome o estuvieron en riesgo de experimentarlo, situación que coexistió con un muy bajo porcentaje de detección institucional. Estos resultados evidencian la necesidad de incluir planes de apoyo emocional y cuidado de la salud mental en las políticas y estructuras institucionales de manera de asegurar un entorno laboral saludable y sostenible, y garantizar una atención de calidad a los pacientes⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Se evidenció que, en los servicios críticos, 2 de cada 10 trabajadores tuvieron BO y si se considera también aquellos en riesgo, esta relación sería 4 de cada 10. El personal más afectado era aquel que se encontraba trabajando en el SMU, seguido CM y por último TI. Las particularidades de cada servicio, como la cantidad de camas disponibles y la relación personal de salud-paciente, podrían tener un papel importante en la explicación de este patrón. Sin embargo, es crucial destacar que el contexto de una sobrecarga constante de camas en diversos sectores del hospital, junto con una ocupación máxima continua en la TI, ha generado un cambio sustancial en la gravedad típica de los pacientes a los que el RHS estaba acostumbrado a atender en el resto de los servicios, como CM y el SMU⁽¹⁶⁾. Esto ha dado lugar a un aumento sustancial en la demanda de atención médica, generando un consiguiente desgaste

emocional vinculado a la prestación de servicios a un número notablemente mayor de pacientes en estado crítico⁽¹⁷⁾. Además, cabe considerar que para aquellos profesionales que han laborado de manera constante en estrecha proximidad con la muerte y con individuos gravemente enfermos, esta realidad se convierte en una suerte de cotidianidad que les permite abordar estas situaciones desde una perspectiva más amplia y acumular experiencias que nutren sus habilidades de afrontamiento, como la planificación proactiva y la búsqueda de apoyo emocional⁽¹⁸⁾. Estas estrategias se consideran mecanismos de adaptación que les permiten afrontar las tensiones inherentes a su labor de manera efectiva⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

En nuestro estudio, el personal médico padeció más BO (31%) que el personal de enfermería (8%), lo que se contrapone a lo expuesto en otras publicaciones⁽²¹⁾. Por otra parte, existe evidencia que indica que los sectores más afectados por lo general son las terapias intensivas siendo una realidad que dista de los resultados identificados en nuestro estudio en donde la TI contó con la menor proporción de BO entre sus trabajadores. Es menester destacar que dicho personal podría tener un mayor índice de BO en períodos fuera de la pandemia dada la gran demanda laboral que genera el sector, por lo que puede haber una subestimación en la sintomatología presentada durante la pandemia. Un estudio realizado en Argentina encontró que más del 80% de las enfermeras que tienen a cargo el cuidado de pacientes críticamente enfermos muestran niveles moderados/altos de BO, mientras que en México se encontró una prevalencia del 10,4% de BO en el personal de TI⁽²²⁻²³⁾.



Uno de los hallazgos más destacados de esta investigación es el sub-diagnóstico del BO, que evidenció que sólo 4 de las 41 personas con BO fueron identificadas y tratadas. La necesidad de abordar esta problemática de manera proactiva, más aún en un contexto de crisis sanitaria, ha sido subrayada por la discrepancia entre los hallazgos actuales y las expectativas basadas en investigaciones anteriores. Estudios han señalado la eficacia de los programas en salud mental dirigidos al RHS para mitigar el impacto del BO y mejorar su resiliencia psicológica en tiempos de crisis ya que niveles bajos de resiliencia se asocian significativamente con el riesgo de padecer BO⁽²⁴⁾. Estos programas incluyen prácticas como sesiones de terapia de grupo, capacitación en técnicas de relajación y mindfulness, así como recursos para el autocuidado⁽²⁵⁾. La implementación de estrategias personalizadas, que tengan en cuenta las particularidades de cada área de trabajo, puede ser esencial para abordar las causas subyacentes del BO y fortalecer la resiliencia en el equipo médico y de enfermería⁽²⁶⁻²⁷⁾. Estos programas deberían incluir a todo el staff, y en particular al sistema de residencias. A pesar de la muestra reducida de residentes encuestados, se observó que en general el porcentaje de BO en este grupo fue

significativamente superior a otros miembros del staff. Appiani y col., señalaron este patrón relacionado con factores como la menor antigüedad y la posiblemente extensa jornada laboral, altas demandas y carga de trabajo⁽²⁸⁾.

En relación con el género, se observó un mayor porcentaje de BO en mujeres (20% en mujeres y 15,9% en hombres), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística. La literatura existente presenta discrepancias, ya que algunos investigadores sugieren que esta problemática es más frecuente en mujeres, mientras que otros autores optan por considerar el género como un factor no determinante en el BO^(20,29).

Entre las limitaciones del estudio se destaca su carácter de análisis en una sola institución, lo que dificulta la generalización de los resultados. Entre los factores individuales, no se contemplaron algunas variables, como la duración en el cargo, estado civil y tener hijos que podrían incidir en la ocurrencia del BO y que sería conveniente explorar en futuras investigaciones⁽³⁰⁾. Sin embargo, este estudio permitió indagar sobre otros factores individuales, y también, incorporar la perspectiva organizacional.

Conclusión

Los resultados presentados resaltan la importancia de considerar estrategias preventivas e intervencionistas, así como las implicaciones en el ámbito organizacional. En nuestro estudio la TI presentó los valores más bajos de BO en relación con

los otros servicios, así como los médicos presentaron una mayor prevalencia que los enfermeros. Se subraya la relevancia de incorporar aspectos organizacionales en la prevención de esta condición.



Bibliografía

1. Polšek D, Huremović D, editor. Psychiatry of Pandemics: a mental health response to infection Outbreak: Springer International Publishing 2019; 185 pages; ISBN978-3-030-15346-5 (e-book), ISBN978-3-030-15345-8 (softcover). Croat Med J. 2020 Jun;61(3):306. doi: 10.3325/cmj.2020.61.306.
2. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999 15 (2): 261-268.
3. Herrera Cardona A, Castañeda Sánchez V. Síndrome de trabajador quemado: existencia del burnout sector salud. Cult Cuid Enferm. 2020 17 (1): 32-44.
4. Benyakar M, Collazo C, Christodoulou GN. Trauma: Complexity and Disruption. En: Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger C, Salloum I. editors. Person Centered Psychiatry. Springer Cham; 2016 doi: 10.1007/978-3-319-39724-5_30.
5. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. Psychiatry Investig. 2020 Feb;17(2):175-176. doi: 10.30773/pi.2020.0047.
6. World Health Organization. Pan American Health Organization. [Internet]. WHO characterizes COVID-19 as a pandemic. 17 de abril, 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
8. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. Clin Med Res. 2016 Mar;14(1):7-14. doi: 10.3121/cm.2016.1303.
9. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, Ramos S, Romero M, Mariani J, Ortiz F, Pecheny M. Preocupaciones y demandas frente a COVID-19. Encuesta al personal de salud. Medicina (B Aires). 2020;80 Suppl 3:16-24.
10. Rathod S et al. A survey of stress in psychiatrist working in the Wessex Region. Psychiatric Bulletin. 2000; 24:133-136.
11. Sweet M. Being a caring doctor may be bad for you. BMJ. 2003 Feb 15;326(7385):355.
12. Neira MC. Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud. Buenos Aires: M.d.C. Neira; 2004.
13. Oviedo Lugo GF, Uribe Restrepo JM, Pinto Álvarez M, Patiño Trejos JA, Gómez-Chiappe N. Grupos de escucha y apoyo en un hospital universitario como modelo de intervención para profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. Rev Colomb Psiquiatr. 2023 Dec;52(Suppl 1):S105-S112. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2021.10.012.
14. Tracy DK, Tam M, Eldridge R, Cooke J, Calder JDF, Greenberg N. What should be done to support the mental health of healthcare staff treating COVID-19 patients? Br J Psychiatry.



- 2020 Oct;217(4):537-539. doi: 10.1192/bjp.2020.109.
15. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
 16. Lasalvia A, Amadeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, Ruggeri M, Bonetto C. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. 2021 Jan 17;11(1):e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127.
 17. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, Malpartida Martín P. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009 Oct-Dec;20(4):131-40. doi: 10.1016/s1130-2399(09)73221-3.
 18. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol caribe*. 2013, Ene-Abr 30 (1), 123-145.
 19. Mohammed RS, Salem MR, Mahmoud AT, El Sabbahy L, El-Jaafary SI. Stress Coping Strategies among Critical Care Medicine Physicians during COVID-19 Pandemic in Egypt: A Qualitative Study. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021 Apr 20; 9(E):283-288. doi: 10.3889/oamjms.2021.5934.
 20. Lala AI, Sturzu LM, Picard JP, Druot F, Grama F, Bobirnac G. Coping behavior and risk and resilience stress factors in French regional emergency medicine unit workers: a cross-sectional survey. *J Med Life*. 2016 Oct-Dec;9(4):363-368.
 21. Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, Rousset S, Cremona A, Bert F, Siliquini R. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 2;18(15):8172. doi: 10.3390/ijerph18158172.
 22. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, Malpartida Martín P. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados. *Enferm Intensiva*. 2009 Oct-Dic; 20 (4): 131-140. doi: 10.1016/S1130-2399(09)73221-3
 23. Torre M, Santos Popper MC, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enferm Intensiva* 2019 Jul-Set; 30 (3); 108-115. doi: 10.1016/j.enfi.2018.04.005.
 24. Sigal AR, Costabel JP, Burgos LM, Alves De Lima A. Burnout y resiliencia en residentes de cardiología y cardiólogos realizando subespecialidades. *Medicina (B Aires)*. 2020;80(2):138-142.
 25. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep 23;302(12):1284-93. doi: 10.1001/jama.2009.1384.



26. Fuertes C, Arillo A, Arroyo P, Gaminde I, Pascual P, Elcuaz Ch. Una experiencia de grupo de reflexión para el manejo de entrevistas clínicas difíciles. *An Sist Sanit Navar*. 2013 Sep-Dec;36(3):455-66. doi: 10.4321/s1137-66272013000300010.
27. Wert K, Donaldson AM, Dinh TA, Montero DP, Parry R, Renew JR, Yip DS, Speicher L. Communication Training Helps to Reduce Burnout During COVID-19 Pandemic. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2023 Feb 2;10:23333928221148079. doi: 10.1177/23333928221148079.
28. Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto L, Yaryour C, Basile ME, Duarte JM. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Arch Argent Pediatr*. 2021 Oct;119(5):317-324. doi: 10.5546/aap.2021.eng.317.
29. Ferrandino Lamarca FS. Burnout en profesionales de la salud en tiempos de pandemia de COVID-19. [Tesis de Grado]. Fundación H.A. Barcelo, Facultad de Medicina. 2020. Disponible en: http://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/snr/index/assoc/HASH60c4.dir/BRC_TFI_Ferrandino.pdf
30. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dr. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*. 2017 Set; 19 (58): 59-63. doi: 10.4067/S0718-24492017000100059.

Agradecimientos:

Equipo MINKA de investigación y a los médicos y enfermeros que participaron de las encuestas.

Limitaciones de responsabilidad:

La responsabilidad del trabajo es exclusivamente de quienes colaboraron en la elaboración del mismo.

Conflicto de interés:

Ninguno.

Fuentes de apoyo:

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad:

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos:

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.



Contribución de los autores:

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.