

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**TEMA:**

“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES  
LABORALES HOSPITALARIAS DURANTE LA PANDEMIA DE  
COVID-19, EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA DE LAS  
COHORTES DE SEPTIEMBRE 2020- AGOSTO 2021 Y DE MAYO  
2021 - ABRIL 2022”.

**AUTORES**

Luis Esteban Naranjo Pérez

Pedro Francisco Rosales Terán

**DIRECTORA:**

Dra. Mery Caza

**2021-2022**

Agradezco a Dios por haberme guiado durante todo el camino y por proveer siempre bendiciones y sabiduría. El pilar fundamental siempre ha sido por él.

Luego a mi familia con su incondicional acompañamiento permitieron que logre conseguir todas mis metas. A mis padres que su apoyo, así como su cariño siempre estuvo presente. A mis hermanas por la alegría y la gracia por la cual siempre estaré agradecido. Sin mi familia no habría llegado a ninguna parte, todo se los debo a ellos.

A mis amigos por no dejar de creer en mí. Especialmente a mi amigo y hermano Luchito por haberme acompañado desde el primer día de clases hasta defender este trabajo de investigación juntos. Dios los bendiga a todos.

A la Doctora Mery Caza por haber accedido a ser nuestra tutora y por todas sus enseñanzas durante la jornada del internado rotativo, así como durante el proceso de realización de la tesis. Realmente es una inspiración para mí. Así como a cada maestro que me brindó su apoyo e impartió su conocimiento, estaré eternamente agradecido.

#### **Pedro Francisco Rosales Terán**

Por los incontables cuidados y cariño que me han dado, por siempre estar ahí para mí, por siempre creer en mí, por siempre confiar en mí. Por ser mi familia y mi lugar seguro. Todos mis logros son suyos, todos se los dedico a ellos.

A mis amigos por hacer de este camino difícil y desconocido una experiencia inolvidable, por conocer personas increíbles y formar lazos que espero duren toda la vida. A mi gran amigo Pedro Rosales, ¿Quién pensaría que sentarme en aquella banca hubiese sido algo tan importante? Ha sido un proceso muy divertido, no pude hacer este trabajo con nadie más.

Agradezco a todos quienes me han enseñado la ciencia y el arte de la medicina, también a todas las personas que me han permitido ayudarlas durante mi formación.

A la Doctora Mery Caza por la paciencia y la dedicación brindada al acompañarnos en la realización de este durante nuestro internado en nuestro querido Hospital Enrique Garcés que nos brindó muchos aprendizajes.

Y a Dios por hacer todo esto posible.

**Luis Esteban Naranjo Pérez**

## Tabla de Contenidos

### Contenido

1. Título de la investigación .....	7
2. Lugar de la investigación.....	7
3. Autores.....	7
3.1 Investigador principal:.....	7
3.2 Director de investigación: .....	7
4. Resumen .....	8
4.1 Enunciado del problema y planteamiento del problema de investigación .....	8
4.1.1 Enunciado del problema .....	8
4.1.2 Problema de investigación .....	10
4.2 Objetivos .....	12
4.3 Métodos .....	12
4.4 Resultados .....	13
4.5 Conclusiones .....	13
4.6 Palabras clave.....	14
4.7 Abstract .....	14
4.8 Objective .....	17
4.9 Methods.....	17
4.10 Results .....	18
4.11 Conclusions .....	18
4.12 Keywords .....	19
5. Introducción.....	19
6. Justificación y delimitación de la investigación .....	20
6.1 Justificación.....	20

<b>6.2</b>	Delimitación .....	21
<b>7.</b>	Marco teórico.....	21
<b>7.1.1</b>	Historia del Síndrome de Burnout .....	21
<b>7.1.2</b>	Definición .....	24
<b>7.1.3</b>	Componentes.....	26
<b>7.1.4</b>	Epidemiología .....	27
<b>7.1.5</b>	Factores que contribuyen al desarrollo de esta patología .....	31
<b>7.1.6</b>	Fisiopatología.....	43
<b>7.1.7</b>	Patologías asociadas y diagnóstico diferencial .....	49
<b>7.1.8</b>	Etiopatogenia .....	51
<b>7.1.9</b>	Subtipos de síndrome de Burnout .....	62
<b>7.1.10</b>	Perfiles de Burnout .....	64
<b>7.1.11</b>	Escalas de Evaluación del Síndrome de Burnout .....	65
<b>7.1.12</b>	Escala NASA TLX .....	70
<b>7.1.13</b>	Clínica .....	72
<b>7.1.14</b>	Historia natural de la enfermedad .....	76
<b>7.1.15</b>	Consecuencias del síndrome de Burnout .....	77
<b>7.1.16</b>	Diagnóstico .....	80
<b>7.1.17</b>	Tratamiento .....	82
<b>7.1.18</b>	Síndrome de Burnout y su relación con el personal de salud .....	90
<b>7.1.19</b>	Síndrome de Burnout en pandemia por COVID-19 .....	92
<b>7.1.20</b>	Definición de Internado rotativo y obligaciones que constan en los acuerdos laborales95	
<b>7.1.21</b>	Condiciones laborales en pandemia por COVID 19.....	97
<b>7.1.22</b>	Impacto de la pandemia en internos rotativos.....	101
<b>8.</b>	Objetivos de la investigación.....	103
<b>9.</b>	Hipótesis del estudio.....	103

10.	Materiales y métodos .....	104
<b>10.1</b>	<b>Metodología .....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.1</b>	<b>Diseño de investigación .....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.2</b>	<b>Población.....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.3</b>	<b>Establecimiento.....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.4</b>	<b>Criterios de inclusión .....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.5</b>	<b>Criterios de exclusión .....</b>	<b>104</b>
<b>10.1.6</b>	<b>Variables .....</b>	<b>105</b>
<b>10.1.7</b>	<b>Procedimientos para cumplir objetivos planteados.....</b>	<b>105</b>
11.	Consideraciones éticas y de género .....	106
12.	Descripción de las variables del estudio .....	107
13.	Resultados .....	116
14.	Conclusiones .....	123
15.	Discusión.....	127
	Bibliografía .....	131
	Anexos .....	138
	Consentimiento Informado .....	144
	Encuesta de trabajo de titulación .....	147

## Índice de tablas

1. Tabla 1 Perfiles de Síndrome de Burnout	64
2. Tabla 2 Frecuencia de Edades	138
3. Tabla 3 Percepción Subjetiva de las Condiciones Laborales	138
4. Tabla 4 Frecuencia con la que recibían EPP	139
5. Tabla 5 Percepción sobre si el EPP recibido era adecuado para la exposición	139
6. Tabla 6 Promedio de Horas de Guardia	140
7. Tabla 7 Tipo de mascarilla recibida	141
8. Tabla 8 Niveles de Carga Laboral. Escala NASA - TLX	141
9. Tabla 9 Niveles Despersonalización	142
10. Tabla 10 Niveles Fatiga/Agotamiento Emocional	142
11. Tabla 11 Niveles Realización Personal	143
12. Tabla 12 Frecuencia de Perfiles de Síndrome de Burnout	143

## **1. Título de la investigación**

“Síndrome de Burnout y su relación con las condiciones laborales hospitalarias durante la pandemia de covid-19, en internos rotativos de medicina de las cohortes de septiembre 2020-agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022”.

## **2. Lugar de la investigación**

Quito, Ecuador. En los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020-agosto 2021 y mayo 2021 - abril 2022.

## **3. Autores**

### **3.1 Investigadores principales:**

Luis Esteban Naranjo Pérez. Estudiante de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. CI: 1725839425. Celular: 0999951953. Correo Institucional: LNARANJO585@puce.edu.ec / otrolucho@outlook.com

Pedro Francisco Rosales Terán. Estudiante de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. CI: 1718946302. Celular 0998790051. Correo institucional: PROSALES910@puce.edu.ec/pedrorosales3@hotmail.com

### **3.2 Directora de investigación:**

Dra. Mery Caza Muñoz. Médico Especialista en Medicina Interna. Docente de Pregrado de la Facultad de Medicina de la PUCE. Jefa del Servicio de Medicina Interna y Médica Tratante del Servicio de Medicina Interna, Hospital General Enrique Garcés

## **4. Resumen**

### **4.1 Enunciado del problema y planteamiento del problema de investigación**

#### **4.1.1 Enunciado del problema**

Las infecciones respiratorias del tracto inferior comprendieron la principal causa de mortalidad debido a infecciones en el año 2019 según el GBD (el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud, 2019). Para diciembre del mismo año aparece en Wuhan, China un nuevo síndrome respiratorio agudo causado por el virus coronavirus (Sars-Cov-2). Brote que para enero del año 2020 es catalogado como emergencia de Salud Pública por la OMS, entidad que la caracterizaría como una pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a)

Las pandemias se caracterizan por su distribución geográfica global. Han estado presentes desde que se tienen registros históricos y han alcanzado a producir incontables muertes, llegando a diezmar a la población. Como un ejemplo, la pandemia previa a la actual fue causada por el virus de la influenza tipo AH1N1, mismo que producía una infección respiratoria grave. Esta se declaró como superada en 2010, un año después de su aparición y permitió evidenciar que la sociedad no se encontraba lista para controlar una ola de infecciones semejante o mayor a la presentada, suposición que se reafirmó en la actual pandemia. (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Según la OMS se estima que cerca del 3% de la población mundial forma parte del personal de salud, porcentaje encargado del cuidado de la población general. Se ha evidenciado que la aparición repentina de enfermedades que amenacen la vida produce una presión adicional sobre los trabajadores de la salud, debido al incremento de la carga laboral y el cansancio físico en las jornadas de trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Además, hasta que se aclare la información acerca de la nueva enfermedad, se requiere el uso de equipo de protección personal (EPP) que guarda alta complejidad para ser usado,

empleado en el aislamiento de contacto, microgotas, así como de tipo respiratorio. Equipo que al ser mal utilizado puede incluso incrementar el riesgo de transmisión de una enfermedad. Asimismo, durante una emergencia sanitaria de proporciones similares a la actual pandemia, el personal de salud debe tomar decisiones éticamente difíciles. Es por estas razones, que todos estos factores pueden repercutir en la salud física y en el bienestar emocional del personal (Organización Mundial de la Salud, 2020a; Pappa et al., 2020).

La carga laboral en conjunto a una gran demanda emocional en pandemia ha repercutido considerablemente en la salud del personal sanitario. Esto se debe a múltiples causas que van desde la ansiedad que produce el estar en contacto cercano con los contagiados, a la imperativa demanda emocional y física que exige este trabajo. Es así que algunos estudios plantean que uno de cada cuatro profesionales de la salud sufrió depresión o ansiedad durante la emergencia sanitaria, y uno de cada tres, insomnio (Organización Mundial de la Salud, 2020a; Pappa et al., 2020).

De acuerdo con datos de la OMS, durante la pandemia de COVID 19, el 14% de los contagiados eran profesionales de la salud, cifra que llegó a alcanzar valores cercanos al 35% según la población estudiada (Organización Mundial de la Salud, 2020a). De la mano de esta nueva enfermedad, surgieron también modificaciones a las condiciones laborales, en la búsqueda de cubrir las necesidades de salud de los contagiados y de evitar a la par, el contagio del personal de salud. Entre las medidas que se tomaron, estaban el aislamiento de los contagiados, la evaluación continua para el monitoreo del desarrollo y evolución de la enfermedad y el proporcionar medidas de apoyo según lo requieran durante este proceso. Todo esto conllevó limitaciones durante los tiempos de crisis (Torres Toala et al., 2021).

Dentro de las limitaciones que aparecieron en la pandemia, encontramos la dificultad de la evaluación de pacientes debido al uso de EPP, la limitada capacidad de apoyo para la

enfermedad, tanto por las limitaciones del espacio físico como por la falta de equipos o del personal capacitado para el manejo de máquinas de apoyo ventilatorio. Sumados a la necesidad de tomar decisiones difíciles y de priorizar el ingreso de pacientes a cuidados intensivos debido a la saturación de este servicio (Torres Toala et al., 2021). Todos estos factores han repercutido directamente en la atención médica durante la pandemia.

Es importante considerar que la pandemia ha añadido nuevos estresores al ambiente laboral. De los cuales podemos observar los siguientes: aforos reducidos, exposición laboral a pacientes positivos para COVID-19 junto con el riesgo de contagio que conlleva, miedo y riesgo de exponer a familiares a la enfermedad por parte de un trabajador contagiado de forma intrahospitalaria, la ausencia de vacunas en estadios iniciales de la pandemia y las dificultades y rechazo de la población a las mismas, al incremento de la carga laboral, la falta de respuesta terapéutica de los pacientes, así como falta de información actualizada. Todos estos agentes generaron estrés, así como trastorno de ansiedad en el personal de salud. (Raudenská et al., 2020).

La pandemia afectó a todos de forma directa o indirecta. Sin embargo, generó también una respuesta conjunta a nivel mundial nunca antes vista, esto dio paso al desarrollo en tiempo récord de lineamientos para el manejo de la enfermedad y de herramientas para combatirla y prevenirla como las vacunas. Sin embargo, el personal de salud de primera línea no se encontraba listo para atender una emergencia de esta categoría. Ayudando a que se considere con más atención la salud tanto física como mental del personal sanitario.

#### **4.1.2 Problema de investigación**

Merlo define al Síndrome de Burnout como un síndrome multifactorial relacionado a causas laborales (Merlo & Rippe, 2021). Asimismo, en el año 1998 la OMS describe al síndrome de Burnout como el resultado de la exposición crónica al estrés laboral, que no ha

sido manejada adecuadamente (Organización Mundial de la Salud, 1998). Definición que ha seguido siendo abordada con un enfoque distinto para casi cada intervención sin llegar a un consenso (Rotenstein et al., 2018). Sin embargo, los autores se encuentran de acuerdo en que es una condición que se presenta de forma exclusiva en el ambiente laboral y que guarda una mayor correlación con trabajadores que se encuentran en contacto con otras personas. Es por esto por lo que se asocia mayoritariamente con el personal de salud (Organización Mundial de la Salud, 1998; Rotenstein et al., 2018).

Debido a los conflictos conceptuales al momento de realizar estudios y a las escalas usadas para el diagnóstico de Burnout no se ha logrado obtener una prevalencia global del síndrome que tenga un adecuado nivel de certeza. Sin embargo, una revisión sistemática realizada en 2018 encontró una prevalencia estimada para el síndrome de 67% en personal médico, con valores que pueden llegar a 80.5 % (Rotenstein et al., 2018). Además, la mayoría de los estudios no involucra a los internos rotativos dentro del personal médico. Ya que, debido a ser estudiantes, en algunos casos no se los considera, incluso trabajadores de la salud. A pesar de esto, también se han realizado estudios en esta población, así lo mostró un estudio realizado en internos rotativos de un hospital público del Tena - Ecuador en 2016. Donde se encontró una prevalencia de 74% para desarrollo de Burnout en este grupo de 42 internos rotativos de medicina (Flores, 2017). Sin embargo, debido al tamaño de la muestra es difícil de extrapolar los resultados.

La pandemia de COVID 19 forzó al sistema de salud a modificar sus condiciones laborales para tratar con la situación (Organización Mundial de la Salud, 2020). Tomando en cuenta esta información en 2021 se realizó un estudio en Ecuador que relacionó la pandemia con el síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, encontrándose una afectación del 95% con respecto a la despersonalización y 47% con respecto al agotamiento emocional (Torres Toala et al., 2021).

El síndrome de Burnout ha sido ampliamente investigado desde su descripción, sin embargo, debido a su naturaleza crónica, los estudios realizados han tenido un enfoque descriptivo transversal. Razón por la cual no se ha logrado establecer asociaciones causales. Sin embargo, los factores que guardan mayor asociación han sido el estrés laboral y las características propias de las personas (Bahrer-Kohler, 2013).

Es por esta falta de información acerca del SB en este grupo de trabajadores de la salud y la falta de estudios que midan la asociación de las condiciones laborales producidas en la pandemia lo que brinda el soporte necesario para la realización de esta investigación.

#### **4.2 Objetivos**

Establecer la relación de Síndrome de Burnout y las condiciones laborales en internos rotativos de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022 durante la Pandemia por COVID-19

#### **4.3 Métodos**

El presente estudio es observacional de corte transversal de tipo descriptivo. Los participantes serán estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que cursen o hayan cursado en internado rotativo en las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022. Para la obtención de la muestra de estudio el procedimiento propuesto consiste en un muestreo no probabilístico en internos rotativos de medicina de las cohortes de septiembre 2020 - agosto 2021 y de la cohorte de mayo 2021 a abril 2022 de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Tratando de abarcar a la totalidad de estudiantes según el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de información se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve mediante encuestas digitales enviadas a los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión previamente descritos que tengan relación con los

investigadores. Con los datos obtenidos en las encuestas se pretende llenar una matriz en Excel, para posteriormente realizar el análisis de los datos obtenidos.

Para el análisis descriptivo de los datos cualitativos se pretende utilizar tablas de frecuencia y porcentaje. Se aplicarán de igual manera tablas de contingencia y gráficos de distribución. Para los datos cuantitativos se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión para su análisis. Asimismo, se pretende realizar un análisis de datos orientado a la búsqueda de asociaciones entre las variables propuestas.

#### **4.4 Resultados**

La prevalencia de síndrome de Burnout en los internos rotativos de medicina de ambas cohortes mostró una prevalencia de 34%. Este porcentaje asciende a 83,59% considerando a los perfiles de riesgo para desarrollar síndrome de Burnout (SB) según la escala de Maslach. Dos tercios de nuestra muestra refirió haber recibido equipo de protección personal de manera infrecuente u ocasional. De aquellos que recibieron equipo de protección personal, solo el 67% refirió que el equipo era apropiado para el tipo de exposición. Se evidenció que una buena relación interpersonal intrahospitalaria actúa como factor de protección, puesto que genera una buena percepción subjetiva de carga laboral. Los componentes más afectados fueron la falta de realización personal (45%) y altos niveles agotamiento emocional (51%). La carga laboral medida por la escala de NASA-TLX fue percibida como alta en el 89,06% de los participantes, mientras que el resto la percibió como moderada (10,94%). Además, se observó relación entre altos niveles de carga laboral con altos niveles de fatiga emocional

#### **4.5 Conclusiones**

La prevalencia de síndrome de Burnout en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que realizaron el internado rotativo en las cohortes de septiembre 2020-agosto 2021 y mayo 2021 - abril 2022 es de 34%. Se determinó que una carga laboral elevada influye

en el desarrollo de agotamiento emocional. No obstante, no se encontró relación entre las condiciones laborales propuestas y el desarrollo de síndrome de Burnout en la población estudiada. Esta entidad representa un gran riesgo dentro de la práctica médica, por consiguiente, es fundamental una prevención oportuna para evitar todas sus consecuencias.

#### **4.6 Palabras clave**

Síndrome de Burnout, Condiciones laborales, Internado Hospitalario, Estudiantes de medicina, COVID-19

#### **4.7 Abstract**

##### **4.7.1 Problem statement**

Lower respiratory tract infections comprised the leading cause of mortality due to infections in 2019 according to the GBD (The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). By December of the same year, a new acute respiratory syndrome caused by the virus coronavirus (Sars-Cov-2) appeared in Wuhan, China. Outbreak that by January 2020 is classified as a Public Health emergency by the WHO, a disease that in March of the same year would characterize it as a pandemic (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Pandemics are characterized by their global geographic distribution. They have been present for as long as historical records exist and have caused considerable deaths, decimating the population. The most recent pandemic, prior to the current one, consists of the one caused by the influenza virus type AH1N1, which was declared over in 2010, one year after its appearance (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

According to the WHO, it is estimated that about 3% of the world population are part of the health personnel, a percentage responsible for the care of the general population. Sudden onset of life-threatening illnesses has been shown to put pressure on health workers involved in their care. Since the workload and physical fatigue increase during working hours, there is

inadequate handling of personal protective equipment, they maintain an increased risk of nosocomial transmission. Ethically difficult decisions must be made, and all these factors can impact the physical health and emotional well-being of staff (Organización Mundial de la Salud, 2020b; Pappa et al., 2020)

The workload together with a great emotional demand in the pandemic has had a considerable impact on the development of comorbidities in health personnel. The COVID-19 pandemic has significantly affected health professionals, either due to contagion or due to their imperative emotional and physical demand. Studies indicate that one in four health professionals suffered from depression and anxiety during the health emergency, and one in three, insomnia (Organización Mundial de la Salud, 2020a; Pappa et al., 2020)

According to the WHO, during the COVID 19 pandemic, 14% of infected people were health professionals and in some cases this figure reached values close to 35% of the total (Organización Mundial de la Salud, 2020a). The new working conditions to which health professionals are exposed have emerged as an adaptive need for better care with less exposure and respecting biosafety standards. All this is affected by working conditions, occupational exposure to positive patients for COVID-19, risk of exposure to relatives, lack of vaccination, increased workload, lack of therapeutic response from patients, as well as lack of updated information (Raudenská et al., 2020).

The pandemic has affected the whole world, which has generated a unanimous response to the management of patients with this disease. The problem lies in the emotional impact of the people on the front lines. Therefore, a new approach is required, in which the health of professionals is considered essential in the face of this pandemic.

#### **4.7.2 Investigation problem**

According to Merlo, Burnout Syndrome is defined as "a multidimensional work-related syndrome that includes emotional exhaustion, depersonalization and a low sense of achievement at work."(Merlo & Rippe, 2021). In 1998, the WHO described Burnout syndrome as the result of chronic exposure to stress at work, which has not been adequately managed (Organización Mundial de la Salud, 1998). It is a condition that occurs exclusively in the work environment and has a greater correlation with workers who are in contact with other people due to their work. This is why it is mostly associated with health personnel (Organización Mundial de la Salud, 1998)

Due to conceptual conflicts at the time of conducting studies and the scales used for the diagnosis of Burnout, it has not been possible to obtain a global prevalence of the syndrome. However, it is estimated that there is a prevalence in the general population of 11.5% with respect to adjustment disorders (Yaseen, 2017). Shanafelt indicates that the prevalence of the syndrome in health personnel, depending on the analyzed cohorts, varies from 30 to 60% (Shanafelt et al., 2003). Data that are reaffirmed where the same author found a prevalence of 37.9% in a cohort of 7,288 US physicians in 2012 (Shanafelt et al., 2012). Likewise, a study carried out in rotating interns of a public hospital in Tena - Ecuador in 2016 found a prevalence of 74% for the development of Burnout in this group of 42 students (Flores, 2017). However, due to the size of the sample it is difficult to extrapolate the results.

The COVID 19 pandemic forced the health system to modify its working conditions to deal with the situation, as shown by the WHO in a press release published in 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2020a). With this information in 2021, a study was carried out in Ecuador relating the pandemic to the syndrome in doctors and nurses, finding an affectation of 95% with respect to depersonalization and 47% with respect to emotional exhaustion (Torres Toala et al., 2021). However, no studies have been conducted on rotating interns during this time.

Burnout syndrome has been studied since its first description, however, its approach at the time of study has been mainly through cross-sectional studies, so although associations can be found, it has not been possible to relate them casually. However, the factors that have the greatest association have been work stress and the characteristics of people (Bahrer-Kohler, 2013).

It is due to this lack of information about BS in these health personnel and the absence of studies that measure the association of working conditions produced in the pandemic that provides the necessary support to carry out this research.

#### **4.8 Objective**

To establish the relationship between Burnout Syndrome and working conditions in rotating medical interns at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador in the cohorts of September 2020-August 2021 and May 2021-April 2022 during the COVID-19 Pandemic

#### **4.9 Methods**

The present study is an observational cross-sectional study of a descriptive type. The participants will be medical students from the Pontificia Universidad Católica del Ecuador who are enrolled or have been enrolled in a rotating internship in the cohorts of September 2020-August 2021 and May 2021-April 2022. To obtain the study sample, the proposed procedure consists in a non-probabilistic sampling in rotating medicine interns of the cohorts from September 2020 - August 2021 and the cohort from May 2021 to April 2022 of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Trying to cover all students according to compliance with the inclusion and exclusion criteria. The information will be collected through a non-probabilistic snowball-type sampling through digital surveys sent to students who meet the previously described inclusion criteria that are related to the researchers. With the data obtained in the surveys, it is intended to fill out a matrix in Excel, to later carry out the analysis of the

data obtained. For the descriptive analysis of qualitative data, it is intended to use frequency and percentage tables. Contingency tables and distribution graphs will be applied in the same way. Likewise, for quantitative data, it is intended to use measures of central tendency (mean, median and mode) and dispersion for its analysis. It is intended to carry out a data analysis oriented to the search for associations between the proposed variables.

#### **4.10 Results**

The prevalence of Burnout syndrome in the rotating medicine interns of both cohorts showed a prevalence of 34%. This percentage amounts to 83.59% considering the risk profiles for developing Burnout Syndrome (BS) according to the Maslach scale. Two-thirds of our sample reported receiving personal protective equipment infrequently or occasionally. Of those who received personal protective equipment, only 67% reported that the equipment was appropriate for the type of exposure. It was evidenced that a good intra-hospital interpersonal relationship acts as a protective factor, since it generates a good subjective perception of workload. The most affected components are low lack of personal fulfillment (45%) and high emotional exhaustion (51%). The workload measured by the NASA-TLX scale indicated that 89.06% have a high level of workload while 10.94% report a moderate workload. A relationship was observed between high levels of workload and high levels of emotional fatigue

#### **4.11 Conclusions**

The prevalence of Burnout syndrome in the students of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador who completed the rotating internship in the cohorts of September 2020-August 2021 and May 2021-April 2022 is 34%. It was determined that a high workload influences the development of emotional exhaustion. However, no relationship was found between working conditions and the development of Burnout syndrome in the population studied. This entity represents a great risk in medical practice; therefore, timely prevention is essential to avoid all its consequences.

#### **4.12 Keywords**

Burnout Syndrome, Working Conditions, Hospital Internship, Medical Students, COVID-19

### **5. Introducción**

El síndrome de Burnout es una patología que ha tenido conflictos con su definición debido a la ambigüedad del tema, razón por la cual ha sido complicado desarrollar estrategias para su diagnóstico (Rotenstein et al., 2018). A pesar de esto se han desarrollado distintos instrumentos entre los que destaca el Maslach Burnout Inventory (MBI) que ha sido el que tiene mayor aceptación debido a la cantidad de estudios realizados con él.

Se sabe que las condiciones emocionales y sociales repercuten directamente en el funcionamiento laboral. Esto se ve reforzado en el área de la salud debido a que conlleva una alta demanda emocional, física y mental (Bahrer-Kohler, 2013). El constante incremento de la carga laboral produce una adaptación por parte del personal de salud, que en ocasiones es adecuada, mientras que en otras son las causantes de otros problemas como el investigado en este trabajo.

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por el psicólogo Freudenberger, quien lo catalogó como patología multifactorial (Torres Toala et al., 2021). Planteando que es una enfermedad meramente laboral que se produce como respuesta ante el estrés crónico del trabajo. A esto se suma la necesidad de ser considerado productivo, lo cual incrementa la cantidad de agotamiento tanto físico como emocional.

Este padecimiento ha atraído la atención de toda la comunidad desde su descubrimiento, debido a que forma parte de los mayores problemas de los servicios de salud en la actualidad. Esta condición se diferencia de otras debido a que no puede ser explorada o medida en un

laboratorio, esta requiere obligatoriamente de la descripción y análisis de una problemática real de los trabajadores (Organización Mundial de la Salud, 1998).

La salud mental permanece estigmatizada y actualmente es uno de los componentes más afectados en el ambiente laboral. Siguiendo a los trastornos musculares y esqueléticos, la afectación a la salud mental es la segunda causa de morbilidad en los empleados, además de ser una de las principales causas de ausentismo laboral en la actualidad (Moukarzel et al., 2019).

El interno rotativo de medicina es un profesional que se mantiene en su formación universitaria, experimentando así su primer encuentro con el mundo laboral hospitalario y todo lo que ello significa. Enfrentándose a experiencias nuevas y demandantes tanto físicas como psicológicas e intelectuales, razón por la cual son un grupo prioritario de estudio.

## **6. Justificación y delimitación de la investigación**

### **6.1 Justificación**

La justificación de realizar este estudio subyace en la necesidad de prevenir la aparición del síndrome y de los trastornos asociados al mismo. También se encuentra orientado en aumentar la satisfacción y bienestar del personal de salud, proponiendo de forma indirecta mejorar la atención a pacientes durante el advenimiento de la pandemia.

Asimismo, esta investigación busca aportar un nuevo enfoque de investigativo, pues se plantea realizar una búsqueda del síndrome de Burnout en el personal de salud empezando con los estudiantes de medicina en su último año de formación. Diferentes estudios se han enfocado en médicos residentes y tratantes; sin embargo, no se ha estudiado de forma adecuada a los internos rotativos de medicina. Por consiguiente, este estudio posee un enfoque práctico distinto, mismo que pretende evidenciar la prevalencia del síndrome en esta población y que

permita plantear un precedente, para que se instruya sobre estrategias de prevención temprana durante la formación médica, para evitar el desarrollo de este padecimiento.

Según un comunicado de prensa emitido por la OMS en septiembre de 2020 las condiciones laborales con más relevancia durante la pandemia por COVID-19 fueron el uso y disponibilidad a equipo de protección personal adecuado, la exposición a pacientes COVID-19 positivos, la relación interpersonal en el área laboral, la percepción subjetiva de la carga laboral, la duración de la jornada laboral y el tiempo de descanso en el personal de salud. Por consiguiente, orientaremos la investigación de acuerdo con estas condiciones laborales durante las guardias hospitalarias en la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Con estos antecedentes, es imprescindible optar por un manejo integral orientado al personal de salud. Con el cual, se busca desarrollar medidas preventivas sanitarias para los internos de medicina de manera temprana.

## **6.2 Delimitación**

El presente estudio se limita a estudiantes de internado rotativo de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022 que realizan sus prácticas en hospitales ubicados en las provincias de Pichincha, Esmeraldas, Imbabura y Carchi que corresponden al sector público y privado.

## **7. Marco teórico**

### **7.1.1 Historia del Síndrome de Burnout**

E La primera vez que se acuñó el término Burnout fue en la novela “A Burnt- Out Case” escrita en 1960 por Graham Greene. Quien narra la historia de un arquitecto que no encontraba placer en su vida luego de ejercer y ser reconocido por su profesión y su camino para intentar superar esta afección, misma que es comparada con la mutilación que sufrían los leprosos en

aquella época (Edú-Valsania et al., 2022). La segunda aparición del término fue en 1974, fecha desde la que se ha asociado al concepto actual. Esto gracias a la investigación realizada por el psicólogo Freudenberger (Freudenberger, 1974). Quien estudió esta patología en médicos que trabajaban de manera gratuita y voluntaria en un puesto de salud. El personal de salud estudiado presentaba sintomatología tanto física como conductual. Allí observó que el SB no es una patología de manifestación espontánea, sino que forma parte de un proceso continuo; asimismo, mostró por primera vez la naturaleza multifactorial de su aparición, entre los que resaltó la participación e importancia de factores laborales, físicos y emocionales para el desarrollo de esta afección (Bridgeman et al., 2018; Freudenberger, 1974).

El personal presente en ese estudio, al ser voluntarios, no recibía ningún tipo de reconocimiento. Describió también que, a partir del año de trabajo, los empleados empezaron a desarrollar signos de irritación, cinismo y agotamiento. Se acompañaba también de conductas de evasión a las personas que estaban hospitalizadas, incluso una falta de atención a los mismos. Además, mostró que la capacidad de toma de decisiones y de atención del personal se vio afectada (Freudenberger, 1974; Martínez Pérez, 2010).

Fue hasta el año 1977 en el cual Maslach explicó esta patología ante la Asociación Americana de Psicólogos. En donde por primera vez se expuso la forma en la que este síndrome afecta a los trabajadores que tienen contacto con otras personas. Relacionándose desde su inicio con el personal de salud y los profesores, debido a que fueron los primeros en presentar mayores tasas de esta afección. Asimismo, esta autora fue la primera en estructurar una herramienta diagnóstica orientada al síndrome, misma que ha sido sujeta a validaciones y cambios para ser usada hasta la actualidad, volviéndola la escala más usada y con mayor aceptación (Martínez Pérez, 2010; Rotenstein et al., 2018).

Es a partir de los años noventa que finalmente se establece una descripción apropiada del SB. Además, en esta época empezaron a surgir modelos explicativos que permitieron formar tratamientos y medidas preventivas. Mediante estas teorías se ha tratado de explicar también las causas del desarrollo de esta enfermedad (Martínez Pérez, 2010).

En 1998 la OMS reconoce la importancia de esta afección, indicando que, debido a estar ligada al cuidado de terceros, afecta de forma importante al personal de salud. (Organización Mundial de la Salud, 1998). Resaltando la importancia de su detección oportuna, del desarrollo de medidas de prevención y de investigación acerca de este fenómeno que carecía de estudio. A pesar de que para la fecha no existía una definición universal para la patología, se empezaron a plantear estrategias para mitigar y disminuir su aparición, así como el estudio de factores y patrones laborales que incrementen su incidencia o formen parte de actitudes protectoras ante su desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Asimismo, la OMS a partir de las investigaciones desarrolladas hasta ese momento, plantea que el Burnout puede ocurrir a nivel colectivo o individual y que su posible causante sea la exposición prolongada y excesiva a niveles de estrés laboral. Razón por la cual su investigación se dificulta al tratar de diferenciarlo de otras formas de estrés relacionadas con el trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 1998)

Es así que a partir de su descubrimiento el SB ha sido ampliamente estudiado, donde se han desarrollado investigaciones con el objetivo de desarrollar modelos explicativos, escalas diagnósticas y técnicas de prevención y tratamiento de esta patología (Organización Mundial de la Salud, 1998). A pesar de esto, debido a las características de esta afección, todavía tiene varias interpretaciones y no existe un acuerdo acerca del proceso de intervenciones específicas para su tratamiento (Rotenstein et al., 2018).

### 7.1.2 Definición

Freudenberger (Freudenberger, 1974) describió por primera vez al síndrome de Burnout como el fallar, el desgaste o el quedar exhausto posterior a una excesiva demanda de energía, esfuerzo o recursos dentro del trabajo. Nombró también que esta patología empieza a presentarse de manera inesperada a partir del año de trabajar en un mismo establecimiento, o a su vez, posterior a la sumatoria de factores agravantes laborales (Freudenberger, 1974). Definición que ha sido modificada en las últimas décadas.

El síndrome de Burnout es también descrito como una condición psicológica producida como una respuesta continua a factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, exposición que debe ser de larga data, progresiva y acumulativa. Es una condición que repercute de forma negativa en el trabajo cotidiano y es más propensa a observarse en quienes trabajan directamente con personas, ya sean pacientes o estudiantes (Martínez Pérez, 2010; Rodrigues et al., 2018).

Hombrados, además, presenta a este síndrome como una serie de cambios emocionales y cognitivos asociados con la aparición de conductas negativas en el obrar profesional, afectando de manera crónica y progresiva a los trabajadores. Indica a su vez, que el síndrome está ligado a un estado de presión continua ya sea en el ámbito social o profesional (Martínez Pérez, 2010).

Maslach también menciona al síndrome como un padecimiento de predominio mental caracterizado por cansancio emocional y psicológico. Donde las características físicas no son factor determinantes; sin embargo, son importantes al describir esta patología. Indica además que, puede llegar a manifestarse junto con estados disfóricos y de fatiga, los cuales son capaces de producir trastornos depresivos. (Martínez Pérez, 2010).

La segunda definición expresada por Maslach indica que las personas con este diagnóstico no deben tener historial de trastornos psicológicos. Pese a esta definición, se ha determinado que son constructos distintos; sin embargo, existe una asociación positiva en relación con el desarrollo de SB y las comorbilidades psicológicas, puesto que comparten factores de riesgo (Bridgeman et al., 2018).

La tercera definición formulada por Maslach sugiere el síndrome tiene una causa exclusivamente laboral y plantea que, para su aparición, es necesario de la sumatoria de la carga laboral y de las condiciones laborales adversas. Por último, la cuarta definición presentada por la autora consiste en una alteración en la adaptación laboral. La cual provoca que exista una afectación en la realización personal y la autoestima de los trabajadores. Lo que desencadena una disminución significativa de la productividad en consecuencia a la falta de voluntad y la apatía generada hacia el trabajo realizado (Martínez Pérez, 2010).

El fondo europeo para la mejora de las condiciones laborales en su reporte publicado en 2018 realiza una comparación acerca del manejo que se ha dado a este trastorno entre distintos países miembros de la unión europea. Este análisis se hizo basándose en la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), donde se cataloga a esta afección bajo el código Z73.0, definiéndolo como un estado de cansancio vital. Excluyendo de esta forma su relación con la fatiga o las condiciones laborales (Eurofound, 2018).

En este análisis, también se reporta que no todos los países miembros de esta comunidad adoptaron la definición propuesta por OMS, donde clasificaron al síndrome bajo otros códigos, es así como Suiza incluye al Burnout como una enfermedad, bajo el descriptor de “un síndrome de fatiga”, incluido en la clasificación de trastornos adaptativos (Eurofound, 2018).

Es así que, frente a este desacuerdo en la clasificación, para la edición CIE-11, la OMS conceptualiza al síndrome de Burnout como el “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”, se encuentra bajo el código QD85. Se caracteriza por tres dimensiones: “1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El síndrome no ha sido incluido en el manual DSM V.

### **7.1.3 Componentes**

El síndrome de Burnout es un constructo complejo, que sustenta su diagnóstico en varios pilares, mismos que según la base teórica y la encuesta seleccionada para su estudio, son distintos. Es así que, Maslach determina al SB como una patología tridimensional. Compuesta de cansancio emocional, despersonalización y dificultad para la realización personal (Leiter & Maslach, 2016). Propuesta que sigue la misma línea de investigación desarrollada inicialmente por Freudenberg. (Freudenberg, 1974).

El primer componente que se valora es el agotamiento emocional. Este es el primer componente dentro de la historia natural del SB en verse afectado. La exposición crónica a factores estresantes laborales repercutirá generando sobre esfuerzo psicológico. Como el término mismo lo refiere, existe agotamiento, cansancio, fatiga, así como debilidad. Son los primeros síntomas que se observarán en el desarrollo del síndrome. De manera continua, no existirá suficiente energía emocional para cumplir con las demandas laborales (Edú-Valsania et al., 2022).

El segundo componente es el cinismo, llamado también despersonalización. En este se puede observar que existe indiferencia del personal de salud hacia sus pacientes. Al existir un desapego en la relación médico paciente se pierde la característica más importante del médico que es la empatía. No solamente existe desinterés en los pacientes sino hacia el trabajo y las personas que le rodean (Edú-Valsania et al., 2022). Las relaciones interpersonales dañinas afectan a las redes de apoyo propias del hospital empeorando aún más la eficacia laboral. Comportamientos negativos, irritabilidad al igual que evasión a la interacción social es común una vez que este componente del síndrome de Burnout se manifieste. Otra característica importante es la falta de idealismo, en el cual la perspectiva acerca de búsqueda de armonía laboral se ve afectada (Edú-Valsania et al., 2022).

El tercer y último componente propuesto por Maslach es la baja realización personal o reducción del logro personal. Una vez afectado este componente, el paciente presenta una proyección personal negativa conjuntamente con incertidumbre acerca de si es capaz o no de resolver problemas (Edú-Valsania et al., 2022). Se cuestiona la eficacia y el desempeño laboral, generando así una disminución en las actividades que realiza y el afrontamiento necesario ante un paciente se ve limitado (Edú-Valsania et al., 2022).

#### **7.1.4 Epidemiología**

Este fenómeno ha cobrado interés en los últimos 30 años llegando a reportarse un amplio rango de prevalencia de Burnout, con cifras que llegan a valores de hasta 80.5% entre el personal médico que ha sido sometido a instrumentos de evaluación adecuados; sin embargo, debido a las diversas definiciones e instrumentos usados en las distintas investigaciones es difícil proporcionar un dato certero (Rotenstein et al., 2018; Shanafelt et al., 2003). Adicionalmente, se encontró que los profesionales médicos jóvenes tienen dos veces el riesgo

de desarrollar Burnout que sus contrapartes con mayor experiencia y que este riesgo se presenta tan pronto como comienza su entrenamiento residencial. (Shanafelt et al., 2003)

La salud mental del personal de salud se ha encontrado comprometida desde hace más de dos décadas, así lo muestra un estudio nacional elaborado en 1998 en personal de salud canadiense involucrando más de 3500 profesionales. Este estudio mostró que el 62% de los profesionales sentían que su carga laboral era muy pesada y el 55% indicó que la profesión médica repercutió de forma negativa en su vida familiar y personal. (Sullivan & Buske, 1998)

Sin embargo, los perjudicados no se limitan a los trabajadores que sufren del síndrome. Así lo demostró un estudio realizado en el año 2002 a 115 residentes de medicina interna mostró que el 76% de estas personas reunieron criterios para el Burnout (Shanafelt et al., 2003). Donde hasta un 51% de los afectados por el síndrome indicó haber suministrado a sus pacientes cuidados subóptimos al menos una vez al mes. Condición que se correlaciona directamente con los niveles de despersonalización reportados en el estudio (Shanafelt et al., 2003).

El SB es prevalente en el personal de salud más que en otras profesiones. Así lo demostró un estudio realizado en Estados Unidos con 7288 médicos y 3442 profesionales de otras áreas. En el que se evidenció que los médicos presentaban síntomas compatibles con Burnout en un 37.9% comparado con 27.8% presente en otras profesiones (Shanafelt et al., 2012). Adicionalmente, encontraron que los profesionales de la salud trabajaban en promedio 10 horas semanales más que otros campos. Señalando que hasta el 37.9% de la población estudiada trabajaba más de 60 horas a la semana, factor que contribuye a la mayor prevalencia de esta afección que en el público general (Shanafelt et al., 2012).

Otro resultado obtenido de ese estudio fue que hasta el 40% de los médicos participantes indicaron que su horario de trabajo no dejaba tiempo libre suficiente para su vida

personal y familiar. Siendo un hallazgo estadísticamente significativo en comparación con otras profesiones. (Shanafelt et al., 2012)

La medicina es una ciencia muy amplia y en constante crecimiento, razón por la cual se ha tenido que especializar a la formación médica para brindar una mejor atención. Sin embargo, esto las ha vuelto distintas entre sí, por la cual también sus condiciones laborales difieren. Esto se refleja también en el SB, llegando a presentarse con una prevalencia promedio de 40%, valor variable entre especialidades (Shanafelt et al., 2012).

Es así que, estas cifras llegan a superar el 50% en especialidades como medicina interna, medicina familiar y neurología, incluso alcanzando valores mayores a 60% en el departamento de emergencia (Shanafelt et al., 2012). Asimismo, entre las especialidades con menor afectación, encontramos a medicina ocupacional, dermatología y pediatría. Datos que indican que el desarrollo del SB se ve influenciado por la especialidad a la que se dedica el profesional de salud. (Shanafelt et al., 2012)

En Ecuador, los profesionales de salud tienen su primer contacto formal con la vida laboral durante su último año de formación, donde forman una parte fundamental de nuestro sistema de salud. En 2015 se realizó un estudio para comprobar la prevalencia de SB en esta población que tenía una muestra de 87 participantes, encontrándose una prevalencia del síndrome de 11.49%. Adicionalmente en el estudio se encontraron valores incrementados de agotamiento emocional en el 48.28% y de despersonalización en un 71.26% de los participantes. Además, se encontró una baja realización personal en el 27.59% de los encuestados (Ortega, 2015).

La pandemia no fue una excepción para la aparición de SB. Pues, según Torres (Torres Toala et al., 2021) el 95% del personal de salud presente en su estudio, indicó que manifestar clínica de despersonalización. Encontrando también, que el 47,8% presentó agotamiento

emocional y el 11.7% una alteración en la realización personal. Misma que, según indica, está mayormente presente en el personal de salud que no cuenta con una especialidad, estando limitada a médicos generales y personal de enfermería (Torres Toala et al., 2021).

Además, el 8,59% de la población estudiada presentó afectación en las 3 esferas (Torres Toala et al., 2021). Otro dato relevante encontrado en el estudio fue que el personal más joven tenía una mayor prevalencia del síndrome, hallazgo que se ha encontrado en otras cohortes a nivel mundial. Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la severidad del síndrome y edades jóvenes. (Torres Toala et al., 2021).

En un estudio realizado en Francia en el año 2012, se evidenció que el 7% de los empleados que reportaron trastornos de la salud mental presentaban SB (Moukarzel et al., 2019). Se estima que esta cifra obtenida es mucho menor que la cifra real. En total, el 7% del personal que reportó presentar dicha patología corresponde a aproximadamente 30.000 casos (Moukarzel et al., 2019).

De igual manera en Francia, esta patología ha sido estudiada desde el año 2000. Posterior a observarse una serie de casos de suicidio relacionados a estrés laboral. Es por esta razón, que se vio la necesidad de analizar estos casos en la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Moukarzel et al., 2019). Debido a estos sucesos, Francia ha desarrollado leyes que permiten condenar el acoso y maltrato psicológico laboral y ha implementado estrategias para la prevención de riesgos psicosociales (Moukarzel et al., 2019).

Asimismo, en Rumania se realizó un estudio durante la pandemia en el que se evaluaban las condiciones laborales y el desarrollo de SB (Dimitriu et al., 2020). La investigación encontró que un 76% de residentes de medicina presentaron SB durante la pandemia. Cifras que, según refiere el autor, son mayores a las que se presentan de manera habitual. Así es como,

este investigador concluye que la pandemia y las condiciones laborales durante la misma, han incrementado el estrés en los profesionales de salud (Dimitriu et al., 2020).

### **7.1.5 Factores que contribuyen al desarrollo de esta patología**

Han existido varios modelos conceptuales que indican la relación entre los factores situacionales e individuales que actúan para el desarrollo del SB. Sin embargo, estas relaciones causales no han podido ser demostradas adecuadamente debido a que este fenómeno ha sido estudiado mayoritariamente a partir de investigaciones de tipo transversal. Usando modelos estadísticos causales para mostrar estas relaciones (Maslach & Leiter, 2016). Mismos que si bien proporcionan un sustento a estas hipótesis no son capaces completamente de demostrar estas relaciones (Maslach & Leiter, 2016).

El SB se encuentra presente en muchos ambientes, pero no se encuentra de forma igualitaria entre individuos que son expuestos a condiciones laborales similares. Debido a esta variabilidad se propone que para el desarrollo del síndrome debe existir influencia del ambiente laboral como de factores propios de los individuos (Beheshtifar & Omidvar, 2013). Según Bridgeman (Martínez Pérez, 2010), el SB también conlleva una gran carga social, administrativa y laboral. Además, afirma que la satisfacción laboral define el riesgo de desarrollar esta patología. Esto depende de los factores hospitalarios y del sistema de salud al que pertenezca el personal. (Martínez Pérez, 2010).

Aunque hay varios modelos explicativos de Burnout que relacionan a las condiciones laborales. Las características del trabajo a realizar y las propias del individuo en el desarrollo de esta entidad. Se ha encontrado que el factor con mayor influencia en el desarrollo del síndrome es el estrés laboral. Además, los más investigados han sido los factores de riesgo ajenos al individuo, también llamados ambientales (Bahrer-Kohler, 2013).

En 1997 Leiter y Maslach resaltaron que hay factores externos que afectan el desarrollo de Burnout: la carga laboral, su intensidad, el tiempo requerido para completar las tareas, la complejidad de las mismas, la falta de control en el trabajo que realizan, las recompensas insuficientes, el realizar más trabajo con menor reconocimiento, la disminución del trabajo en equipo, la mala relación entre compañeros de trabajo, la ausencia de equidad y los conflictos de valor. Todos ellos se han visto asociados con un riesgo incrementado de padecer el síndrome (Bahrer-Kohler, 2013).

La sobrecarga laboral es un tema recurrente al hablar de Burnout, en donde el trabajo se ha vuelto cada vez más intenso, demanda más tiempo y tiene una mayor complejidad (Bahrer-Kohler, 2013). Esto se acompaña del intento de maximizar la producción forzando a los empleados a cumplir con jornadas más extensas, tiempos de entrega más cortos y la necesidad de realizar varias tareas para cumplir las demandas laborales. Factores que han elevado los niveles de estrés laboral de manera significativa (Bahrer-Kohler, 2013).

La falta de control laboral se ha visto relacionada con este padecimiento, en donde el trabajador percibe una disminución de su autonomía en la realización del trabajo (Bahrer-Kohler, 2013). Siendo la carencia de autoridad para tomar decisiones y la limitación del uso de habilidades lo que más se ha asociado a este síndrome. Además, se ha relacionado con otros problemas como la insatisfacción laboral y alteraciones del sueño. Quienes a su vez predisponen al desarrollo de despersonalización y fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013).

De igual manera, influye considerablemente el apoyo de la institución en donde trabaja (Martínez Pérez, 2010). Es así que la salud emocional depende también de los recursos provistos por las instituciones laborales, para así evitar la sobrecarga de trabajo (Martínez Pérez, 2010). Otro tema importante es la remuneración inadecuada a la labor realizada, puesto que las crisis económicas ocasionan que las recompensas a los empleados por parte de las

organizaciones se vean disminuidas (Bahrer-Kohler, 2013). Situación en la que el personal debe trabajar más por una remuneración menor para conservar sus trabajos. Ocasionando insatisfacción, cansancio, cinismo y falta de efectividad que caracterizan al síndrome. (Bahrer-Kohler, 2013).

Las relaciones entre compañeros determinan una red de apoyo o un factor de riesgo, siendo las relaciones disruptivas las que se han relacionado con el desarrollo de Burnout (Bahrer-Kohler, 2013). La interacción con otras personas también cumple un rol fundamental para el desarrollo de Burnout, abarcando así no solo a los individuos a los que se cuida sino también a los compañeros de trabajo. Encontrándose que el conflicto con los pacientes comprende una importante carga para el problema desarrollando en el personal una falta de significado del trabajo a realizar y el ocultar emociones durante las labores (Bahrer-Kohler, 2013).

La equidad es un pilar importante para mantener el compromiso dentro del trabajo, consiste en valorar las contribuciones individuales y se basa en la confianza, franqueza y respeto depositado en los empleadores (Bahrer-Kohler, 2013). Siendo la inequidad un factor directo para el desarrollo de Burnout y un predictor de fatiga emocional. Por consiguiente, la equidad actúa como un factor protector al estar presente dentro del ambiente laboral (Bahrer-Kohler, 2013).

Otros factores asociados a Burnout son los conflictos de valor y la inestabilidad laboral, mismos que se ven agravados en tiempos de crisis económicas donde el personal por la necesidad de mantener sus trabajos debe adoptar conductas que no van acorde con sus principios o incluso con las de la organización (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez Pérez, 2010)

Según Bridgeman (Bridgeman et al., 2018) existen factores administrativos que aumentan la probabilidad de desarrollar SB. Explica que la parte administrativa conlleva una

incoherencia con las habilidades y preparación profesional del personal de salud. Provocando que la excesiva documentación que debe realizarse y otras trabas laborales, afecten directamente al grado de satisfacción personal (Bridgeman et al., 2018).

Las variables sociales organizacionales como el término mismo lo dice, comprenden aquellas meramente laborales (Martínez Pérez, 2010). La carga y el ambiente laboral son los dos factores que más peso conllevan. De estos se derivan las relaciones entre el personal y las redes de apoyo propias del trabajo. Se describe como una variable organizacional cualitativa la complejidad del trabajo mientras que la carga laboral actúa como una variable organizacional cuantitativa. Esto quiere decir, que a mayor carga laboral (variable cuantitativa) y mayor complejidad (variable cualitativa) mayor será el riesgo de padecer SB (Martínez Pérez, 2010).

Asimismo, Martínez (Martínez Pérez, 2010) nos señala que ambos extremos son perjudiciales. Pues, tanto los trabajos complejos en exceso, así como aquellos monótonos y repetitivos pueden provocar alteraciones emocionales. Sin embargo, aquellos trabajos demandantes en los cuáles se pone en riesgo la vida de un individuo son aquellos con mayores niveles de estrés; incluidos en este grupo, el personal de salud (Martínez Pérez, 2010).

Factores de riesgo asociados a las condiciones laborales físicas

Las condiciones físicas y ambientales del lugar de trabajo tienen la capacidad potencial de afectar de forma directa o indirecta la salud del personal. Entre estas condiciones figuran la interacción con la tecnología, la iluminación, las jornadas laborales, el ruido, entre otros que serán explicados a continuación (Bahrer-Kohler, 2013)

La tecnología ha modificado los procesos en el trabajo, así como las relaciones sociales y la forma de realizar tareas. Obligando a los trabajadores a desarrollar nuevas habilidades para la realización de procesos, razón por la cual se presenta un incremento de los niveles de dificultad para la labor en aquellos no acostumbrados a las nuevas tecnologías. Evidenciándose

que, en aquellos que no se encuentran capacitados, aparece sobrecarga mental, descuido de otras áreas de trabajo, presión por los cortos tiempos de entrega del trabajo, pensamientos de culpa produciendo de esta forma aislamiento social, insatisfacción y estrés (Bahrer-Kohler, 2013).

Otro ámbito que se ha relacionado con el incremento del estrés laboral es la aglomeración de personas. Lo que perjudica a su vez la calidad de los cuidados ofrecidos y la satisfacción de los pacientes y el personal de salud. Encontrando un mayor riesgo de Burnout en aquellos servicios con gran afluencia de pacientes y en servicios en los que se satura el espacio físico (Bahrer-Kohler, 2013).

Además, existen factores que aportan de forma indirecta a este síndrome, pues se han visto asociado con un incremento del estrés dentro del trabajo. En donde variables como iluminación inadecuada incrementa el riesgo de errores médicos. Asimismo, el tiempo de duración de la jornada laboral, especialmente el trabajo por turnos causa disincronía con los ritmos sociales, empeorando la vida extralaboral, llegando a incrementar el estrés. Afectando la salud de los trabajadores, disminuyendo la satisfacción y motivación laboral e incrementando el ausentismo laboral (Bahrer-Kohler, 2013).

#### Factores de riesgo individuales

Si bien se considera que el ambiente laboral es el factor predictor más importante para el desarrollo de SB, es también relevante el considerar los factores individuales de los trabajadores. El síndrome se ha relacionado con rasgos de personalidad, con la predisposición al desarrollo de trastornos psiquiátricos, con cierta susceptibilidades biológicas y otras características individuales que afectan la respuesta al estrés y la reacción a distintas situaciones en general (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez Pérez, 2010).

Dentro de las variables individuales, Martínez (Martínez Pérez, 2010) hace referencia a Edelwich y Brodsky, que en 1980 describieron las características personales que deben estar presentes para el desarrollo de Burnout. Ellos señalan que si la voluntad de ayudar a otra persona (por ejemplo, un profesional de la salud con un paciente) se ve impedida o incapacitada, se generará frustración reduciendo así su sentido de poder y de convicción (Martínez Pérez, 2010).

Otro rasgo de la personalidad es la inestabilidad emocional, que se caracteriza por tener tendencia a presentar emociones negativas, se suele acompañar de miedo, irritabilidad, baja autoestima e incapacidad de controlar conductas impulsivas (Bahrer-Kohler, 2013). Esto produce que el trabajador perciba al ambiente laboral como un lugar amenazante. Además, se ha visto asociado con un incremento en la fatiga emocional, una disminución de la satisfacción personal y un incremento en la despersonalización, pues desarrollan desapego a los pacientes (Bahrer-Kohler, 2013).

La afectividad negativa se caracteriza por presentar estados emocionales como tristeza, ansiedad y hostilidad. Asimismo, es más probable que perciban al ambiente laboral como poco placentero y estresante (Bahrer-Kohler, 2013). A pesar de esto, algunas investigaciones proponen que los individuos con este rasgo de personalidad son más capaces de reconocer los factores estresantes, a su vez relacionándose de forma negativa con Burnout. Sin embargo, los estudios actuales muestran contradicción, pues se ha hallado a su vez una asociación positiva con fatiga emocional y despersonalización (Bahrer-Kohler, 2013).

Asimismo, el locus de control es un rasgo de personalidad reconocido por la capacidad de afrontar los problemas con soluciones, con un enfoque proactivo, lo que hace más difícil que estas personas sucumban al estrés (Bahrer-Kohler, 2013). Esta personalidad se relaciona con la percepción que tienen las personas con el grado de control que tienen sobre sus vidas y

las decisiones que toman. Se ha hallado una relación con la cantidad de carga laboral en donde este rasgo disminuye el estrés frente a cargas laborales pequeñas, más ante un incremento de estas se vuelve insuficiente para superar el estrés (Bahrer-Kohler, 2013).

La alexitimia es la dificultad de procesar y representar emociones, así como la incapacidad de regular las mismas. Se sugiere tiene una relación directa e indirecta con el síndrome a través de la depresión, fenómeno con el que también se ha asociado. Esto debido a la forma inadecuada con la que este grupo lidia con el estrés. Este rasgo a su vez los vuelve más susceptibles a tener dificultades interpersonales en el trabajo, así como dificultad obteniendo soporte social (Bahrer-Kohler, 2013).

Existen diferentes tipos de personalidades que afectan al desarrollo de SB. La personalidad tipo A consiste en una serie de patrones de comportamiento que combina la ambición, la competitividad, la impaciencia y la hostilidad (Bahrer-Kohler, 2013). Son personas propensas a percibir el ambiente laboral de forma negativa creando estresores para los demás. Esto se manifiesta independientemente de las características de la labor a cumplir, asimismo magnifican los errores y afectan el entorno laboral de los demás trabajadores (Bahrer-Kohler, 2013). A su vez, este comportamiento tiende a producir Burnout en quien lo presenta dependiendo de la fuerza con la que se expresen la irritabilidad y otros componentes, produciendo especialmente fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013).

Personas que presentan personalidad tipo D se caracterizan por percibir emociones negativas de manera incrementada, con la peculiaridad de ocultarlo en condiciones sociales para evitar el rechazo (Bahrer-Kohler, 2013). Es por esto por lo que se ha catalogado a este rasgo de personalidad como un factor predictor de fatiga emocional y poca satisfacción personal, afectando mayoritariamente al primero. Se ha encontrado también que esta personalidad precede a la depresión y a Burnout (Bahrer-Kohler, 2013)

El perfeccionismo sitúa estándares altos en las personas que lo expresan e incrementa la importancia de los errores que cometen. Se asocia a Burnout pues los sujetos tienden a volverse adictos al trabajo y a drenar su energía mental generando estrés en ellos mismos (Bahrer-Kohler, 2013). Es por esto que este rasgo de personalidad constituye un factor de riesgo para presentar este síndrome, desencadenando en mayor cantidad fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013)

Asimismo, el entusiasmo inicial elevado indica que las expectativas laborales suelen ser inicialmente elevadas. Una vez expuesto al ambiente laboral y si este no fue satisfactorio, existe alta probabilidad de que la persona desarrolle SB (Martínez Pérez, 2010). Pese a que la retribución salarial no es un determinante en la práctica médica diaria, una remuneración que no es acorde a la preparación tanto académica como jerárquica actúa como un factor de estrés (Martínez Pérez, 2010).

La personalidad no sólo juega un factor de riesgo, sino también puede llegar a ser un factor protector en donde ciertos rasgos de personalidad son capaces de reaccionar de mejor manera ante los factores estresores dentro del trabajo, relacionándose de forma inversa con el desarrollo del síndrome (Bahrer-Kohler, 2013). Es así que existen sujetos con personalidades más resistentes al estrés. Estas variables resultan difíciles de analizar, puesto que dependen indirectamente de las condiciones laborales. Explicando la razón por la que la ausencia de factores de estrés puede modificar la conducta de las personas (Martínez Pérez, 2010).

La extroversión es un rasgo caracterizado por una tendencia a tener confianza propia, a mantener una actitud dominante hacia los demás y a realizar actividades que consideran interesantes. Se asocia a un pensamiento optimista y una forma positiva de actuar frente a los problemas, por lo que se ha encontrado que la presencia de esta conducta se relaciona de forma inversa con la aparición de fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013). Además, al buscar

interacción con otras personas tienen menos riesgo de desarrollar despersonalización, adicionalmente su optimismo y confianza propia incrementan su satisfacción personal en los trabajos. Es por esto que se considera como un factor protector para Burnout (Bahrer-Kohler, 2013)

La complacencia es una característica de las personas cooperativas, cuidadosas, confiables y que simpatizan con los demás. Por lo que se espera que aquellas personas que poseen este rasgo se comporten de forma favorable en ambientes sociales. Asimismo, al recibir una percepción favorable de las personas, aquellos con este rasgo reciben menos respuestas negativas de los demás, lo que se refleja en niveles más bajos de despersonalización, factor con el que se ha relacionado más en el estudio del Burnout (Bahrer-Kohler, 2013)

Las personas de mente abierta son individuos imaginativos, pensadores independientes, personas tolerantes a la ambigüedad y abiertas a nuevas experiencias e ideas (Bahrer-Kohler, 2013). Además, se ha relacionado a este rasgo con el uso del humor como estrategia para lidiar con el estrés. Asociándose de forma positiva con la realización personal que se acompaña de una relación negativa con la despersonalización (Bahrer-Kohler, 2013).

Las personas conscientes se caracterizan por planificar las cosas de forma detenida y por mantener un manejo de tiempo adecuado. Permitiéndoles realizar una mayor cantidad de actividades en un tiempo determinado (Bahrer-Kohler, 2013). Este grupo maneja los problemas de forma proactiva y racional permitiéndoles lidiar con el estrés laboral, además tiende a modificar su ambiente de trabajo para disminuir los factores estresores capaces de ser modificados. Por consiguiente, muestran una relación positiva frente a la realización personal y negativa con respecto a la fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013).

Las personas de personalidad optimista tienden a pensar en el desarrollo de cosas buenas en el futuro y adquieren comportamientos relacionados con reducir o eliminar

estresores dentro de su ambiente laboral (Bahrer-Kohler, 2013). Asimismo, la personalidad proactiva se basa en la actitud que una persona toma ante una situación en particular, en donde no se ve obstaculizada por los impedimentos que surjan, pues busca modificarlos para superarlos (Bahrer-Kohler, 2013). Son personas que tienden a buscar oportunidades, mostrar iniciativa, perseverar y superar el estrés que los aqueja. Es por esto que ambos rasgos de personalidad se han asociado de forma negativa con las dimensiones de Burnout (Bahrer-Kohler, 2013).

En resumen, así como lo planteó Kobassa en 1982, las personalidades resistentes dependen de ciertos rasgos individuales, como el compromiso, el control y el reto (Martínez Pérez, 2010). Donde el compromiso determina el grado de interés de una persona ante un reto establecido. Provocando así que las acciones que se lleven a cabo influyan en el resultado (Martínez Pérez, 2010). El control permite guiar las acciones y conocer el momento oportuno para actuar. Mientras que el reto es aquella característica que permite desafiar las capacidades de un individuo para que este se involucre. Esto permite que perciba a las tareas como una oportunidad de crecimiento y desarrollo personal (Martínez Pérez, 2010).

#### Características demográficas como factor de riesgo

El género ha sido un factor que se ha tomado en cuenta desde el comienzo del estudio del síndrome y aunque teóricamente existe un riesgo similar entre los géneros, se ha encontrado que las mujeres tienden a padecer mayores tasas de fatiga emocional, mientras que en hombres se ha relacionado más la despersonalización (Bahrer-Kohler, 2013). Sin embargo, existe controversia respecto a los hallazgos, debido a que los grupos analizados no eran homogéneos con respecto a las muestras, razón por la cual no es posible generalizarlos.

Se han planteado que las mujeres pueden encontrarse en un trabajo con libertad de decisión disminuida en comparación a los hombres (Martínez Pérez, 2010). Asimismo, los

estudios se han realizado con poblaciones pequeñas, con tareas distintas. A pesar de todo, algunos estudios proponen que las mujeres son 1.6 veces más propensas a reportar Burnout que los hombres (Bahrer-Kohler, 2013).

La edad cumple un rol en el desarrollo de Burnout siendo más prevalente en individuos jóvenes, puesto que la falta de experiencia conlleva una mayor preocupación y menor capacidad de resolver dificultades (Martínez Pérez, 2010). Esto se puede explicar debido a que las personas mayores poseen una mayor experiencia laboral, además es más probable que el primer episodio de Burnout se manifieste en el primer año de sus carreras profesionales (Bahrer-Kohler, 2013). Es por esto que aquellas personas que en estadios tempranos de su profesión no son capaces de manejar el estrés, cambian de carrera o de trabajo, razón por la cual se puede explicar la diferencia entre grupos de edad (Bahrer-Kohler, 2013).

El estado civil se ha considerado como un factor que varía según como se lleve una relación. En donde las personas solteras son las que experimentan Burnout en mayor cantidad, caracterizándose esto por fatiga emocional. Mientras que los casados la presentan con menor frecuencia, mostrando niveles menores de despersonalización y encontrando mayores de realización personal (Bahrer-Kohler, 2013). Estos datos dependen de la relación y las redes de apoyo que tenga el trabajador. Asimismo, en el caso de las personas que ya han formado un hogar tienden a ser más estables y maduros psicológicamente; debido a que la relación familiar los hace más experimentados al lidiar con problemas (Bahrer-Kohler, 2013).

Existen factores individuales que repercuten directamente, tal como son las redes de apoyo. En aquellos empleados que no presentan apoyo familiar, de amistades o de algún grupo social tienden a desarrollar más SB. Esto se explica por la incapacidad de manifestar sus emociones a los demás, provocando así una mayor capacidad de solventar los problemas personales (Bahrer-Kohler, 2013).

En cuanto al nivel de educación se han encontrado resultados variados, donde individuos académicamente preparados presentan altos grados de fatiga emocional. Asimismo, individuos con mayor entrenamiento en trabajos que requieren destrezas específicas son menos propensos a padecer Burnout, pues esta capacitación incrementa la autoestima y la confianza en sus habilidades. Por consiguiente, son capaces de realizar su tarea con mejores resultados mejorando así su la estabilidad laboral e incrementando el valor del trabajador en la empresa (Bahrer-Kohler, 2013).

#### Factores neurobiológicos y psicológicos asociados

Otro enfoque de estudio propone que existe una influencia genética para la aparición del SB. Este tipo de investigación es difícil de realizar, pues se ha evidenciado que hay relación directa con el ambiente que comparte la familia. A pesar de esto, un estudio realizado en 2005 en una cohorte de gemelos encontró una heredabilidad de 33% para el síndrome (Blom et al., 2012). Resultados que según proponen sus autores se relacionan con la influencia genética y la heredabilidad que mantienen ciertos rasgos de personalidad. Sin embargo, estos hallazgos requieren una mayor investigación (Blom et al., 2012).

El Burnout se relaciona con el estrés y con el mecanismo fisiológico asociado. Es por esto que se ha tratado de encontrar alguna alteración relacionada con el sistema de respuesta al estrés. Sin embargo, al realizar una comparación con individuos sanos la única alteración que se ha encontrado son niveles incrementados de cortisol, catecolamina que se encuentra incrementada en respuesta a estímulos de estrés; por lo que se considera un hallazgo normal. Es por esto que, al momento no se ha relacionado al Burnout con ningún biomarcador (Bahrer-Kohler, 2013).

El ambiente en el cual se desarrolla el accionar médico es de vital importancia. Se requiere un ambiente con respeto y equidad. Las diferencias de opiniones en cuanto al proceder

médico generan disminución de la satisfacción laboral, siendo esta una de las principales causas de falta de apoyo (Bahrer-Kohler, 2013). Es indispensable el trabajo en equipo entre todo el personal hospitalario. En la pandemia, como resultado de un aumento en la demanda de atención de calidad, el trabajo multidisciplinario requirió una mayor certeza y cercanía. Esto se explica por la atención de calidad brindada posterior a una buena interrelación laboral.

### **7.1.6 Fisiopatología**

#### Fisiología del estrés

El abordaje de la fisiología del estrés es imprescindible, puesto que es necesario comprender las respuestas corporales ante eventos que comprometen el bienestar de la persona. Hans Selye concluye que el estrés es la respuesta corporal en serie para un determinado estímulo que en la mayoría de los casos termina siendo nocivo. (Norris, 2019)

Es imprescindible la comprensión del estrés y cómo éste repercute en el organismo. El estrés actúa generando o exacerbando enfermedades. Por consiguiente, es necesaria una apreciación de cómo el estrés afecta al eje biopsicosocial. Además, el estrés es responsable de la exacerbación de conductas perniciosas (Norris, 2019).

El ser humano, así como todos los seres vivientes, se caracterizan por su respuesta adaptativa. Es la base de la supervivencia, todo organismo que afronte y se adapte ante el estrés logrará responder de manera apropiada ante el ambiente en el que se encuentra (Norris, 2019). Sin embargo, las respuestas sociales son las más complejas de explicar, puesto que el ser viviente que se adecúa a un ambiente social logrará finalmente conseguir el máximo beneficio para poder sobrevivir (Norris, 2019).

El ser humano ha logrado acoplarse y afrontar la adversidad. Es así que el uso de aire acondicionado o calefactores han permitido subsistir en medios hostiles para nuestro

organismo. Así como el desarrollo de medicación y vacunas nos han permitido evitar noxas (Norris, 2019). Antes de desarrollar artefactos que nos permitan adaptarnos al medio, nuestro organismo desarrolló mecanismos de retroalimentación para adecuarnos ante estímulos nocivos (Norris, 2019). Para esto, debe haber mecanismos de afrontamiento los cuales nos permitan generar un equilibrio entre el factor estresor y nuestra capacidad de reacción (Norris, 2019).

Después de haber experimentado en ratones, el endocrinólogo Hans Selye logró observar la afectación orgánica en los ratones. Sorprendentemente, los ratones que fueron expuestos a factores estresantes desarrollaron agrandamiento suprarrenal, atrofia del timo, así como úlceras gástricas (Norris, 2019). Concluyó de esta manera que el estrés actúa como una noxa para el desarrollo y exacerbación de entidades patológicas. Analizó que la respuesta ante el estrés está dada principalmente por el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.

Fue así como Hans Selye determinó que existían 3 fases del estrés. La primera fase o de alarma, es aquella en donde el organismo libera sustancias que permiten actuar de manera más rápida ante el peligro (o ante el factor de estrés). Es decir, sustancias que actúan gracias al sistema simpático y al eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal actúan en esta fase aguda (Norris, 2019). La liberación de cortisol y de catecolaminas (como adrenalina y noradrenalina) tienen función vital en esta respuesta. La segunda fase es la de resistencia, en la cual el organismo busca una respuesta mucho óptima y con mejores recursos para afrontar el factor estresante (Norris, 2019). Es por esta razón que los niveles de cortisol disminuyen cuantiosamente. La tercera y última fase es la de agotamiento. En esta fase, se puede observar que las sustancias de reservas para combatir el estrés han sido consumidas, debido a una afectación en la respuesta adaptativa ante el estrés crónico (Norris, 2019). Por consiguiente, la persona manifestará desgaste y afectación generalizada (Norris, 2019). La tercera fase es la causante de la sintomatología generalizada por el estrés, ya sean enfermedades emocionales,

afectaciones orgánicas, dolencias, así como la exacerbación de patologías reumáticas o de órganos diana (Norris, 2019).

Con todo lo descrito previamente, Hans Selye concluye que el estrés es un estado caracterizado por un síndrome que se manifiesta como respuesta ante un estímulo que exija una respuesta sistémica (Norris, 2019). Primero, definió que el estrés es indispensable para el crecimiento y formación emocional, física e intelectual del ser humano. El problema yace en la cronicidad y en la respuesta adaptativa de cada individuo (Norris, 2019). Esto explica cómo el estrés puede ser percibido, interpretado y resuelto de diferente manera entre una persona y otra; incluso cómo cambia la resolución del mismo factor estresante en la misma persona (Norris, 2019).

Además, determinó que existen diferentes tipos de factores condicionantes del estrés. Estos determinarán finalmente cómo una persona puede adaptarse a los mismos. Existen factores tanto internos como externos (Norris, 2019). Los factores internos son aquellos que no pueden ser modificados, con los que uno nace. Como por ejemplo predisposición genética, así como sexo y edad. Caso contrario ocurre con los factores externos, son aquellos aprendidos y que están determinados por experiencias personales. Estos son los agentes ambientales, experiencias y aprendizajes, estado de ánimo, personalidad, redes de apoyo e incluso hábitos dietéticos (Norris, 2019)

El organismo responde ante el estrés mediante el sistema nervioso y hormonal. El estrés como se había mencionado previamente es imprescindible para una respuesta rápida buscando la supervivencia. El estrés es fisiológico, puesto que nos permite aumentar la circulación cerebral para mejorar la reacción, conciencia y concentración; así como una mejor respuesta cardiovascular, respiratoria y muscular (Norris, 2019). El problema se manifiesta cuando el desencadenante del estrés persiste de manera prolongada y fomenta esta respuesta fisiológica

de huida. Es así como la liberación hormonal con activación de sistemas neuroendocrinos excesiva y prolongada provoca lesión a tejidos vitales (Norris, 2019)

El sistema nervioso central es el encargado de organizar la respuesta ante el estrés. La corteza cerebral es la delegada de la vigilia y atención. El sistema límbico, se ocupa de la respuesta emocional en el momento de huida, ya sea con emociones como el miedo o la ira (Norris, 2019). El núcleo locus cerúleo se encarga de la liberación de catecolaminas en conjunto con la médula suprarrenal, ambos tejidos permiten la liberación de glucagón con el fin de estimular una respuesta cardíaca, metabólica, muscular y respiratoria. Eventos como la broncodilatación, la vasoconstricción del músculo liso vascular, así como aumento del tono cardíaco son resultados del efecto de las catecolaminas (Norris, 2019).

El hipotálamo también cumple algunas funciones ante el estrés. Permite la integración entre el sistema autónomo y endocrino. Puesto que permite la liberación del factor liberador de corticotropina, cuyo resultado es la estimulación de la liberación de ACTH (hormona adrenocorticotropa). El sistema reticular activador (SRA) proporciona una respuesta conjunta mioneural, acrecentando así la tensión musculo esquelética ante los estimulantes neuronales (Norris, 2019)

Como se había mencionado previamente, el locus cerúleo es aquella área localizada en el tronco que permite la liberación de catecolaminas como la noradrenalina (Norris, 2019). Esta noradrenalina resulta imprescindible en la respuesta del sistema simpático, manifestada de manera explícita ante la respuesta de huida. Esta respuesta busca lograr un objetivo, aumentar la capacidad de vigilia y de respuesta neuromuscular ante la amenaza (Norris, 2019)

El factor liberador de la corticotropina es una hormona liberada a partir del núcleo para ventricular del hipotálamo (Norris, 2019). Permite la secreción de la corticotropina (ACTH). Éstas permiten la estimulación del metabolismo, del comportamiento y una inducción positiva

al sistema nervioso autónomo(Norris, 2019). Otras hormonas, como el cortisol que pertenece a la familia de los glucocorticoides, actúan tanto como un estimulante o inhibidor según el sistema que use. Es por esta razón que el cortisol permite inhibir la respuesta del estrés de manera crónica. El cortisol es una hormona muy eficaz para la activación de la respuesta de huida. Puesto que ésta permite que el organismo tenga una respuesta. El problema yace en la exposición prolongada al estrés, por consiguiente, al cortisol (Norris, 2019). El cortisol limita la capacidad generativa ósea de los osteoblastos, así como la hematopoyesis. Se ha demostrado que también la función inmunitaria se ve comprometida al momento de liberar cortisol (Norris, 2019). Por ende, el cortisol permite la respuesta de huida al factor estresante mediante el cese o inhibición de procesos metabólicos necesarios, pero no indispensables para el momento.

Otra hormona que interviene en la respuesta ante el estrés es la angiotensina II. La función principal es modificar el tono vascular (Norris, 2019). El sistema renina-angiotensina-aldosterona trabaja en conjunto, cuyo fin promoverá la retención de sodio y de agua. Además, se consigue un feedback positivo, el cual estimula a la hipófisis para secretar ACTH y al locus cerúleo para su principal hormona, la noradrenalina (Norris, 2019)

La respuesta ante el estrés es imprescindible para un suceso agudo. Cuando esta estimulación persiste de manera prolongada y reiterada, actúa como el prelude para una serie de alteraciones hormonales y funcionales (Norris, 2019) Las hormonas tanto sexuales, de crecimiento y tiroideas se ven afectadas, llegando incluso al cese de producción hormonal (Norris, 2019).

Existe una interacción entre los ejes neuroendocrinos e inmunológicos. Sin embargo, se desconoce con precisión cómo influyen los eventos estresantes en la inmunidad. Esto quiere decir, que las respuestas endocrinas ante el estrés actúan en las células mediante mecanismos y vías similares a las que actúa el sistema a inmune (Norris, 2019). Los linfocitos presentan

receptores para glucocorticoides como el cortisol, catecolaminas y otros neuromoduladores. Esto explica cómo los corticoides se usan como inmunosupresores (Norris, 2019)

La respuesta ante el estrés no se considera meramente hormonal. Depende mucho de las características psicológicas, emocionales, genéticas, anatómicas y nutricionales del individuo (Norris, 2019). La reserva fisiológica es aquel rasgo que permite incrementar la respuesta funcional humana. Además, órganos vitales en la respuesta de huida como riñones, pulmones y glándulas suprarrenales se presentan en el humano en pares, precisamente para aumentar la respuesta anatómica (Norris, 2019). Pese a que estos órganos pueden realizar su función de manera individual sin su par, es necesario el aporte extra del órgano contralateral. Ciertas características como el tiempo de adaptación, la edad, el sexo, el estado de salud, la nutrición, el ritmo circadiano, la resistencia mental, los factores psicosociales y las redes de apoyo pueden marcar una diferencia en la respuesta a estímulos nocivos (Norris, 2019).

La respuesta fisiológica ante el estrés está destinada a funcionar apropiadamente de manera aguda y limitada (Norris, 2019). Una vez que el factor estresante se manifiesta de manera crónica, intermitente e insidiosa éste genera alteración en la respuesta habitual. Esto quiere decir que, la sobreexcitación del sistema de huida con todos los mecanismos previamente mencionados puede desencadenar una hiperestimulación o una hipoestimulación (Norris, 2019). La actividad hormonal excesiva o inhibida posterior al estrés es la responsable de suscitar patologías. Las patologías generadas por el estrés se manifiestan de manera muy florida, siendo los sistemas más afectados el cardiovascular, el gastrointestinal y el neurológico. Afectando también el ámbito psicológico. Es de vital importancia considerar que el estrés incrementa el riesgo de sufrir depresión, trastornos alimenticios, ideas autolíticas, toxicodependencias, riesgo de accidentes y de suicidio (Norris, 2019).

### 7.1.7 Patologías asociadas y diagnóstico diferencial

El SB requiere un análisis exhaustivo. Para esto, es imprescindible realizar diagnóstico diferencial con patologías comunes sobre la salud mental.

La fatiga física ha sido asociada con esta patología y pese a que el SB presenta similitudes, tanto la evolución como la historia natural de la enfermedad varía entre estas dos entidades. La fatiga física aguda se instaura de manera más temprana y tiene una evolución rápida (Martínez Pérez, 2010; Seguel & Valenzuela, 2014). Tiende a mejorar con reposo físico y con medidas de relajación. Es probable que se presente realización personal, así como satisfacción. A diferencia de ésta, el SB posee como característica una fatiga crónica, caracterizada por ser una entidad que no se relaciona con el estado físico del individuo. A su vez es un trastorno que obstruye la realización de las actividades habituales y ocasiona estrés crónico (Seguel & Valenzuela, 2014). A pesar de lo ya descrito la presencia de fatiga crónica no es suficiente para el diagnóstico de SB pues es una entidad compleja que abarca otros aspectos (Martínez Pérez, 2010; Seguel & Valenzuela, 2014).

La depresión es la etiología más compleja con la que se puede realizar el diagnóstico diferencial, puesto que comparten un componente clínico importante (Martínez Pérez, 2010). Esto debido a que la severidad del SB incrementa el riesgo de desarrollo de depresión, así como la depresión o incluso su carga hereditaria son un factor predictor para originar fatiga emocional (Bahrer-Kohler, 2013; Bridgeman et al., 2018). Debido a que comparten factores de riesgo, el desarrollo de una entidad predispone a la aparición de la otra, llegando incluso a manifestarse de forma conjunta en estadios avanzados (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez Pérez, 2010).

Las diferencias entre ambas entidades empiezan desde su concepto donde el SB es una entidad que se manifiesta en ámbitos meramente laborales (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez

Pérez, 2010). A diferencia de los trastornos depresivos que no se relacionan con el lugar en el que se producen. Asimismo, las emociones que predominan en ambos cuadros clínicos difieren, el SB se caracteriza por sentimientos de cólera y rabia a comparación de los sentimientos de tristeza y culpa que caracterizan al episodio depresivo (Bahrer-Kohler, 2013).

Además, se diferencian en la aceptación de la enfermedad donde las personas que sufren de trastornos depresivos aceptan la ayuda profesional con más facilidad (Martínez Pérez, 2010). A diferencia del SB la cual, al estar estigmatizada o normalizada, no genera preocupación en el personal de salud. Es por esta razón que existe falta de apego y de seguimiento en aquellas personas con esta patología silente (Martínez Pérez, 2010).

Otra patología que se estudia en conjunto es la ansiedad. Condición psicológica común que actúa como un factor protector ante situaciones amenazantes, misma que al expresarse de forma prolongada puede desencadenar estrés psicológico (Koutsimani et al., 2019). Esta respuesta es mediada por una predisposición a presentar ansiedad y la reacción de una persona ante una situación que ha sido previamente reconocida como amenazante (Koutsimani et al., 2019).

Se ha determinado que el estrés ocupacional es un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad (Koutsimani et al., 2019). Condición que se ha asociado con niveles incrementados ante las demandas laborales, al esfuerzo externo y al sobre compromiso dentro del trabajo. Asimismo, se ha relacionado con la fatiga emocional y la despersonalización encontradas en Burnout (Koutsimani et al., 2019).

Dado estas características, se ha relacionado a la ansiedad con el síndrome, especialmente con la fatiga emocional que caracteriza al mismo (Koutsimani et al., 2019). Sin embargo, hasta el momento se mantiene la propuesta de que son entidades independientes que comparten factores de riesgo, razón por la cual la prevalencia de trastornos del espectro ansioso

en estudios transversales llega a presentarse en un 59% de individuos afectados de Burnout (Koutsimani et al., 2019).

El tedio o aburrimiento consta también dentro del diagnóstico diferencial. Es importante recalcar, que el tedio se ha asociado con una falta de motivación, a una ausencia de estímulos laborales o a presión laboral (Campagne, 2012; Martínez Pérez, 2010). Se ha propuesto que el aburrimiento puede llevar a producir despersonalización; razón por la cual se cataloga al aburrimiento como fuente de desencanto, mismo que ha sido asociado con despersonalización. A pesar de esto, la forma de presentación del síndrome y los estímulos que lo desencadenan no guardan relación con esta patología (Campagne, 2012; Martínez Pérez, 2010).

La crisis de la edad media de la vida se presenta cuando existe insatisfacción laboral. La permanencia en la misma situación o posición sin aumento de reconocimiento genera la percepción de una falta de realización personal (Martínez Pérez, 2010).

### **7.1.8 Etiopatogenia**

#### **Modelos explicativos del Síndrome de Burnout**

Como se ha mencionado previamente, el síndrome de Burnout es una patología multifactorial. Esto quiere decir, que existe una amplia variedad de factores envueltos en el desarrollo de esta patología. Por consiguiente, los modelos explicativos del desarrollo de este síndrome difieren entre los autores. Sin embargo, debido a la complejidad que conlleva es probable que nunca se logre crear una sola teoría que abarque todos los factores implicados (Rotenstein et al., 2018; Schaufeli & Buunk, 2004).

Se han desarrollado distintos enfoques teóricos. Que pueden ser agrupados según la característica más importante de la teoría. Entre las que figuran los procesos intrapersonales,

los procesos interpersonales y la carga que tiene la organización en el desarrollo de este síndrome (Schaufeli & Buunk, 2004).

#### Teorías enfocadas en el individuo

Las teorías enfocadas en los individuos carecen de evidencia empírica y tienen un gran componente especulativo, analizando así desde hallazgos psicológicos preestablecidos. Sin embargo, el conflicto común que estudian es la discrepancia entre las expectativas y la realidad en las personas que desarrollan Burnout (Schaufeli & Buunk, 2004).

En 1980 Freudenberger propuso que el SB se desarrolla cuando un individuo que idealiza su imagen como una persona carismática, dinámica, incansable y competente pierde de vista su imperfecta realidad (Schaufeli & Buunk, 2004). Donde en su intento de mantener su imagen idealizada drena todos sus recursos emocionales adoptando como estrategias la despersonalización, el distanciamiento, el embotamiento y la lentitud (Schaufeli & Buunk, 2004).

Asimismo, Eldewich y Brodsky en 1980 indicaron que el síndrome se puede producir ante la frustración de las expectativas de los cuidadores; encontrándose implicados también el salario inadecuado, la falta de apoyo institucional entre otros factores (Schaufeli & Buunk, 2004). Resaltando la importancia de las expectativas poco realistas. Este proceso cruza con estadios iniciando por el entusiasmo, seguido por el estancamiento, continuado por la frustración y terminando con la apatía (Schaufeli & Buunk, 2004).

Según Fisher en 1983 el Burnout es un desorden narcisista; esto debido a que en un individuo que ha sufrido una desilusión, las formas en las que afronta la situación se basan en disminuir sus expectativas o abandonar la situación (Schaufeli & Buunk, 2004). Sin embargo, para las personas que desarrollan el síndrome estas opciones no son posibles; por lo que persisten en la idea de cumplir sus objetivos irreales. Donde la motivación principal es el miedo

a abandonar esta imagen falsa de ellos mismos; para de esta forma mantener su autoestima. Por las características indicadas es que el autor marca la relación del síndrome con el desorden narcisista (Schaufeli & Buunk, 2004).

De igual manera, en 1993 Pines desarrolló un enfoque motivacional, mismo que se fundamenta en el propósito de vida de las personas (Martínez Pérez, 2010; Schaufeli & Buunk, 2004). Según esta teoría solo las personas altamente motivadas son capaces de desarrollar Burnout. Donde la aparición del síndrome es el resultado final de un proceso de desilusión continua. Debido a que el trabajo que realizan no es capaz de brindar sentido a su vida (Schaufeli & Buunk, 2004). Por consiguiente, según esta teoría, aquellas personas con bajas expectativas laborales y cuyo compromiso con la calidad de atención sea deficiente, corren menor riesgo de desarrollar SB (Martínez Pérez, 2010; Schaufeli & Buunk, 2004).

Otro enfoque de estudio creado por Meier en 1983 que plantea al Burnout como el resultado de expectativas equivocadas con respecto al tamaño de las metas, a los resultados obtenidos y a la capacidad de realizar el trabajo (Schaufeli & Buunk, 2004). Estos factores tienen una fuerte asociación con variables personales y sociales. De esta forma se puede generar el síndrome (Schaufeli & Buunk, 2004).

Existen teorías que tienen un enfoque distinto, como el planteado por Burish en 1993. Él propone que la clave del desarrollo de Burnout se encuentra en las metas de las personas (Schaufeli & Buunk, 2004). Donde se genera estrés y frustración ante la aparición de obstáculos que retrasen el cumplimiento de las metas o que eviten que se cumplan. Razón por la que el individuo adopta medidas para adaptarse a los obstáculos, mismas que en caso de no ser las adecuadas desencadenan el síndrome (Schaufeli & Buunk, 2004).

El modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy publicado en el año 1993 habla sobre cómo los recursos, sean estos materiales, relaciones o características personales

tienen una importancia en la vida de los individuos (Schaufeli & Buunk, 2004). Recursos que, al verse amenazados, al ser perdidos o al no cumplir con las expectativas previas a su adquisición pueden generar sentimientos de estrés; causando así SB (Martínez Pérez, 2010; Schaufeli & Buunk, 2004). Hace alusión a que es necesario implementar condiciones laborales óptimas para no permitir la pérdida de vocación (Martínez Pérez, 2010; Schaufeli & Buunk, 2004).

Una forma distinta de abordar el tema es a través de la teoría sociocognitiva del Yo. En el que se menciona la importancia de los niveles de motivación en el desarrollo del síndrome (Martínez Pérez, 2010). Proponiendo la existencia de factores de ayuda, capaces de evitar el desarrollo del síndrome y factores de barrera que se asocian con un riesgo incrementado de padecer Burnout (Martínez Pérez, 2010). Entre los factores de ayuda podemos encontrar un mayor nivel de motivación y altruismo, mismos que generan mayores tasas de éxito laboral. En caso de manifestarse barreras laborales, los sentimientos de competencia disminuirán, imposibilitando así el sentimiento de éxito y autorrealización (Martínez Pérez, 2010).

Otro modelo relacionado con la teoría sociocognitiva del Yo es el modelo de autoeficacia de Cherniss. Publicado en 1993, habla sobre la percepción propia de la eficacia (Martínez Pérez, 2010). Aquella persona cuya personalidad le permite una mejor apreciación de satisfacción y autorrealización, incluso si no consigue la meta final, tendrá mejor afrontamiento ante los problemas laborales. Por consiguiente, el SB no se presentará en aquellas personas con mejor percepción laboral (Martínez Pérez, 2010).

#### Teorías enfocadas en relaciones interpersonales

Durante el estudio del SB se ha investigado acerca de la importancia de las demandas emocionales y las dinámicas que son las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo. Donde tradicionalmente se ha resaltado la importancia de la relación médico paciente, abordando

también los vínculos con otros trabajadores de la salud. Es así como se han planteado las siguientes teorías.

Leiter y Maslach (1993) proponen que el SB se desencadena debido a relaciones emocionalmente demandantes entre los cuidadores y los cuidados (Schaufeli & Buunk, 2004). Esto se ve agravado en los servicios de salud donde se ven involucrados la salud, las necesidades de las personas y su sufrimiento y los factores que incrementan la carga emocional del personal médico (Schaufeli & Buunk, 2004). Esta demanda psicológica desencadena fatiga emocional que según esta teoría es la primera fase del síndrome. Razón por la cual como mecanismo de defensa ante el estrés emocional desarrollan despersonalización, que se cataloga como la segunda fase de Burnout (Schaufeli & Buunk, 2004). Esto crea un círculo vicioso que agrava ambas conductas; lo que lleva a la incapacidad de cumplir metas reduciendo su satisfacción personal.

Asimismo, se ha asociado con estresores laborales como la carga y el ambiente laboral; donde se propone que la despersonalización puede ser desencadenada también a través del cansancio (Schaufeli & Buunk, 2004). Además, la falta de recursos brindados por la institución evita que los encargados desarrollen todo su potencial lo que disminuye su realización personal. Es así como esta teoría envuelve ambos factores emocionales como del ambiente laboral.

El Burnout también se puede ver como el resultado de la comparación y procesos de cambio sociales. Así lo explicaron Buunk y Schaufeli en 1993. En este apartado se mencionan 3 pilares (Martínez Pérez, 2010). El primer pilar es la incertidumbre de cómo actuar. El segundo es la percepción de la equidad en cuanto a las relaciones interpersonales en el ámbito laboral y la tercera es la falta de control de las acciones y resultados que se obtienen profesionalmente (Martínez Pérez, 2010). Tal como mencionan Buunk y Schaufeli, el personal no solicita ayuda de sus compañeros por miedo a ser reprochados o juzgados por ineptitud laboral.

Buunk y Schaufeli (1999) también plantean la importancia que tiene la reciprocidad en la relación médico paciente (Schaufeli & Buunk, 2004). Siendo la práctica médica una profesión que no cumple este principio. Es un rasgo que cumple un principio evolutivo y que en caso de no cumplirse intenta regresar al equilibrio; Esto desencadena fatiga emocional al no cumplir con las recompensas requeridas (Schaufeli & Buunk, 2004). Asimismo, al equiparar esfuerzos, el personal de salud termina disminuyendo los cuidados ofrecidos como parte del desarrollo de despersonalización.

En adición a esta teoría Van Yperen resalta que la importancia de la reciprocidad en el desarrollo del síndrome es dependiente de la actitud de las personas y la importancia que brinden a esta relación (Schaufeli & Buunk, 2004). Este investigador encontró que existen características de la personalidad que afectan el trato con los demás y se asocian con el grado de compromiso que tienen con la comunidad o el cuidado de los otros (Schaufeli & Buunk, 2004). En conclusión, esta teoría demuestra la importancia del balance entre lo ofrecido y lo recibido para el desarrollo del síndrome.

Otra teoría que aborda la relación médico paciente es la presentada por Burke en 1987, en esta explica que el SB no requiere necesariamente a personal de salud que conviva con pacientes. Sino, puede presentarse en absolutamente todos los grupos laborales, desde ejecutivos con altos cargos hasta amas de casa. Menciona que el SB es un proceso adaptativo el cual surge como exposición continua al estrés laboral (Martínez Pérez, 2010). La primera variable que nos menciona Burke es la presión que existe al tratar de complacer las necesidades y demandas de otras personas. Esto se explica en un ambiente hospitalario como la necesidad de cubrir la máxima cantidad de pacientes en una menor cantidad de tiempo. Acompañado de la necesidad de adaptarse a condiciones laborales que exigen el menor uso de recursos como por ejemplo instalaciones, insumos y medicación (Martínez Pérez, 2010).

Asimismo, Burke analiza la gran competitividad entre los trabajadores. Haciendo alusión a la necesidad de aumentar la productividad para mantener sus puestos de trabajo o de incrementar sus ingresos económicos (Martínez Pérez, 2010). El personal médico al no presenciar una recompensa a su agotamiento físico, mental y emocional empieza a desarrollar sentimientos de impotencia, así como disminución de la autoestima (Martínez Pérez, 2010). Esto repercute directamente en la productividad laboral y en la salud mental de quien lo padece.

La comparación con otros también se ha estudiado como modelo conceptual para el desarrollo de Burnout donde el trabajador de salud compara sus resultados y esfuerzos con otros trabajadores (Schaufeli & Buunk, 2004). Este modelo se basa en la premisa que el individuo evita ser aislado de la sociedad, para esto busca la aprobación de otros. Los resultados varían según la persona con la que se comparen y el enfoque con el que lo hagan (Schaufeli & Buunk, 2004). Encontrándose que, al compararse de forma positiva con trabajadores mejores que ellos mejoran sus prácticas y evitan el síndrome. Por otro lado, al estar expuestos a las características contrarias el riesgo de Burnout se incrementa debido que al no conseguir encajar con sus iguales el individuo se aísla (Schaufeli & Buunk, 2004).

El segundo modelo postulado por Gil Monte comprende a los modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social. Dentro de este grupo de teorías, se fundamenta que el SB depende exclusivamente de la necesidad de compararse con el personal de salud del mismo establecimiento. Esto implica que las relaciones interpersonales juegan un papel importante dentro de esta teoría (Martínez Pérez, 2010). Existen algunos subgrupos de modelos que corroboran con este segundo modelo de Gil Monte. (Martínez Pérez, 2010).

Otra forma distinta de entender el síndrome consiste en la teoría del contagio emocional, misma que subraya la importancia de las relaciones entre compañeros (Schaufeli & Buunk, 2004). Si bien la aparición del síndrome en un grupo establecido puede ser debido a la carga laboral que comparten en común (Schaufeli & Buunk, 2004). Se ha encontrado también

que individuos que trabajan en la misma institución que las personas afectadas son capaces de sincronizar sus emociones con ellos de forma inconsciente. Donde las personas empatizan con su situación y presentan sintomatología similar (Schaufeli & Buunk, 2004).

#### Teorías que tienen un enfoque organizacional

La Teoría Organizacional hace referencia a cómo los factores laborales estresantes repercuten en la evolución de esta patología. Varios factores como la infraestructura, el clima, cultura y hasta la burocracia influyen.

En el modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, el cual fue publicado en 1988, se menciona que el SB se manifiesta como un proceso secuencial, cuyos factores desencadenantes inducen el desarrollo progresivo de esta patología (Martínez Pérez, 2010). Observándose la despersonalización, alteración de la realización personal y el agotamiento emocional, en este orden. Factores como la sobrecarga laboral y la pobreza en el desempeño alteran la autopercepción. Posteriormente, se desarrollan emociones de autoprotección con el fin de evadir la situación estresante (Martínez Pérez, 2010)

El modelo de Winnubst publicado en 1993 propone que esta patología está determinada por la estructura, cultura y el clima del lugar de trabajo (Martínez Pérez, 2010). Los autores hacen alusión sobre cómo la falta de apoyo social actúa como factor de estrés. No obstante, la estructura organizacional no ha hecho énfasis en este factor esencial. Por consiguiente, la manera óptima de lograr prevención de esta patología es enfocando medidas para fomentar el apoyo social (Martínez Pérez, 2010).

Igualmente, Cherniss propone en 1995 la teoría del shock con la realidad. Esta teoría indica acerca de la importancia que tiene el ambiente en el desarrollo del síndrome (Schaufeli & Buunk, 2004). El autor estipula que, si bien el ambiente laboral puede producir estrés en el trabajador, la actitud que este último toma es la que determina si se desarrolla o no Burnout.

Entre las estrategias adoptadas existen unas adecuadas como la resolución activa de problemas o inadecuadas como la evitación (Schaufeli & Buunk, 2004).

Finalmente, el cuarto grupo de modelos etiológicos son aquellos que se basan en la teoría estructural. Este modelo percibe a esta patología como una entidad que debe ser tratada de manera integral (Martínez Pérez, 2010). Por consiguiente, se debe hacer un análisis exhaustivo de la persona que la padece y del entorno de esta. Antecedentes patológicos personales, hábitos, así como antecedentes laborales deben ser manejados de manera ineludible (Martínez Pérez, 2010).

El modelo propuesto por Gil-Monte y Peiró en el año 1997 explica cómo el modo de afrontamiento es vital. La respuesta generada por el profesional de la salud es determinante y si esta es inadecuada surge el estrés (Martínez Pérez, 2010). Todos los modelos ya descritos proponen una forma en la que se podría producir el Síndrome de Burnout, cada uno añadiendo un enfoque distinto que justifique su aparición. Sin embargo, al ser un padecimiento multifactorial, no es improbable que la verdadera explicación tras su desarrollo comparta múltiples componentes de una o varias teorías.

#### Proceso del desarrollo del Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout surge como una recopilación de conceptos durante los últimos 40 años. El problema yace en la necesidad de explicar la manera en la que se desarrolla esta patología (Bahrer-Kohler, 2013). Todavía no se ha llegado a un consenso con respecto al proceso de desarrollo del síndrome pues se ha encontrado patrones distintos según la persona que lo padece (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez Pérez, 2010). Asimismo, existe discordancia entre el enfoque planteado por distintos autores para el estudio de este padecimiento. Considerando esto, se han realizado modelos explicativos con distintos grados de aceptación entre la comunidad (Bahrer-Kohler, 2013; Martínez Pérez, 2010).

Martínez nos menciona primero el modelo propuesto por Edelwich y Brodsky en 1980, en el que se presentan 4 etapas por las cuales debe pasar una persona que desarrolla SB (Martínez Pérez, 2010). La primera, implica la satisfacción laboral y la realización personal; donde la felicidad por el inicio del nuevo empleo lleva a tener altas expectativas laborales. La segunda etapa comienza cuando la perspectiva laboral es insuficiente (Martínez Pérez, 2010). La tercera etapa conlleva insatisfacción y frustración (Martínez Pérez, 2010). Culminando con la apatía por falta de capacidad de lidiar con el estrés. Mostrando sentimientos de evitación y despersonalización (Martínez Pérez, 2010).

Martínez nos muestra la teoría de Cherniss publicada en 1982; la cual la describe como una adaptación que conlleva a un déficit de responsabilidad. Nos presenta 3 etapas, la primera es la fase de estrés, donde los requerimientos laborales no son acordes a las herramientas proporcionadas para realizar ese trabajo (Martínez Pérez, 2010). La segunda etapa, propone un estado meramente emocional. En donde el individuo presenta sentimientos de ansiedad, estrés, culpa y preocupación; sumado a esto la fatiga tanto mental, emocional y física (Martínez Pérez, 2010). La tercera fase o de agotamiento implica la despersonalización. En esta podemos observar el trato apático, impersonal y cínico a los pacientes (Martínez Pérez, 2010).

También se describe el modelo de Farber, publicado en 1991 en donde nos refleja seis estadios. El primero en donde el profesional de la salud presenta alegría y entusiasmo por iniciar el trabajo (Martínez Pérez, 2010). El segundo, una respuesta inapropiada ante estresores laborales, siendo la ira y desilusión como característicos (Martínez Pérez, 2010). En el tercer estadio, se evidencia que no existe una recompensa adecuada para la cantidad de esfuerzo entregado (Martínez Pérez, 2010). El cuarto estadio implica la desmotivación, siendo esto la culminación del compromiso en la jornada laboral (Martínez Pérez, 2010). En el quinto estadio, se manifiestan todas las patologías mentales, orgánicas y físicas. El último estadio presenta agotamiento y descuido personal (Martínez Pérez, 2010).

Tanto Leiter como Maslach en 1988 postulan que el SB es la respuesta de una alteración en la proporción de las demandas con los recursos en los profesionales de la salud. Es decir, que a mayor exigencia laboral con menor cantidad de recursos generará SB. Primero manifestándose el agotamiento emocional como primer signo de la enfermedad (Martínez Pérez, 2010). En segundo lugar, la despersonalización se presenta como una respuesta defensiva ante el agotamiento mental. Finalmente, la alteración en la realización personal es el resultado proveniente de la falta de eficacia percibida por el personal de salud (Martínez Pérez, 2010).

Según Bridgeman, el problema surge cuando la demanda emocional aumenta, esto provoca que exista un agotamiento emocional, generando apatía e indiferencia (Bridgeman et al., 2018). Posteriormente, la despersonalización y el cinismo incurre hasta provocar afectación en la atención y entusiasmo brindado a una determinada acción. Luego de lo cual, se produce una disminución de la realización personal, condición que pasa desapercibida. Caracterizada por aparecer incluso cuando el personal de salud logra sus objetivos. Se manifiestan sentimientos de incapacidad, baja productividad irremediable con sentimientos de incompetencia (Bridgeman et al., 2018).

Gil- Monte en 1995 postula que el SB depende del comportamiento y de la experiencia personal de cada individuo. Es decir, la conducta está determinada por la sumatoria de las consecuencias presentadas. En otras palabras, la manera en la que se percibe cada individuo define cómo actuará, así como cuáles serán sus emociones en una determinada situación (Martínez Pérez, 2010).

Algunos autores proponen una sucesión de la evolución de esta patología. Los autores Manzano (1987), Manassero (2003) y Ramos (1999) proponen este postulado. El SB requiere una exposición a eventos demandantes tanto física como emocionalmente (Martínez Pérez,

2010). Primero se evidencia la baja realización personal, puesto que existe incapacidad de superar los problemas laborales (Martínez Pérez, 2010). Esto conlleva sentimientos de culpa y agotamiento (Martínez Pérez, 2010). Por consiguiente, la fatiga o cansancio emocional es la segunda manifestación. Finalmente, se evidencia como una exposición crónica o prolongada a eventos adversos y la despersonalización como la etapa final del síndrome de Burnout (Martínez Pérez, 2010).

Las teorías de desarrollo del síndrome permiten comprender la importancia de los pilares teóricos en los que se basa el síndrome, sea la afectación emocional, la despersonalización o la falta de realización personal. Normalmente se adopta el enfoque en el que se basa la herramienta o cuestionario a analizar.

#### **7.1.9** Subtipos de síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout no presenta una evolución natural similar en todos los que lo padecen. Los factores de riesgo y de protección previamente mencionados influyen en la presentación y clínica de esta entidad (Edú-Valsania et al., 2022). De todas maneras, el síndrome siempre estará caracterizado por la disminución progresiva y crónica del entusiasmo que presenta el personal de salud ante su trabajo (Edú-Valsania et al., 2022).

Debido a esta variabilidad en la aparición del síndrome en las personas, se ha planteado la existencia de 3 grupos de riesgo que presentan características que los hacen susceptibles a la aparición del síndrome frente a circunstancias específicas (Bauernhofer et al., 2019). Es por esto que entender los subtipos permite establecer un mayor entendimiento del síndrome, para así crear medidas terapéuticas en base al subtipo que presente la persona (Bauernhofer et al., 2019; Edú-Valsania et al., 2022). Es por esta razón que se requiere determinar los subtipos una vez diagnosticado el SB. Dentro de esta clasificación, tenemos 3 tipos: frenético, subdesafiado y desgastado (Edú-Valsania et al., 2022).

- El subtipo frenético se ve reflejado en personas adictas al trabajo, mismas que invierten una gran cantidad de tiempo y esfuerzo en sus labores. Son personas caracterizadas por necesitar alcanzar metas, por lo que tienden a sobrecargarse de trabajo al enfrentarse al estrés laboral (Bauernhofer et al., 2019). Este comportamiento puede deberse a inestabilidad o falta de seguridad laboral (Edú-Valsania et al., 2022). Con esto, se establece una necesidad imperiosa de manifestar aptitud laboral con el fin de conseguir estabilidad laboral. Este tipo de personalidad requiere demostrar alta capacidad resolutive, por consiguiente, buscan realizar actividades destacables (Edú-Valsania et al., 2022). Es el grupo que más rápido tiende a desarrollar SB y se asocia a fatiga (Edú-Valsania et al., 2022).

- El subtipo subdesafiado (en inglés underchallenged), está formado por personas que carecen de metas en su trabajo. Se manifiesta con mayor frecuencia en trabajos poco demandantes y excesivamente repetitivos, generando frustración y poco desarrollo personal en los trabajadores (Bauernhofer et al., 2019; Edú-Valsania et al., 2022). Son individuos que tienen un desempeño aceptable dentro de sus trabajos. Sin embargo, no realiza ningún esfuerzo adicional en los mismos y anhelan encontrar nuevas alternativas de trabajo más gratificantes (Bauernhofer et al., 2019). El cinismo es lo que se genera con mayor facilidad, puesto que las personas no llegan a vincularse con el trabajo que están realizando. Finalmente, utilizan conducta evasiva y formas de distracción para sobrellevar la jornada laboral (Edú-Valsania et al., 2022).

- El subtipo desgastado es para aquellas personas sin pasión por lo que hacen, que no tienen un reconocimiento suficiente por el trabajo realizado o que están expuestas a rigidez institucional (Edú-Valsania et al., 2022). Además, presentan sentimientos de falta de control acerca de los resultados obtenidos. Este tipo de personalidad presenta alto nivel de desapego con el trabajo. Los trabajadores que presentan este subtipo por lo general no

afroitan de manera activa al estrés, sino que lo evitan; generando así sentimientos de incompetencia y de falta de capacidad resolutiva (Edú-Valsania et al., 2022).

#### 7.1.10 Perfiles de Burnout

Al ser un síndrome de manifestación crónica, implica un proceso continuo y lento en el cual los componentes se verán afectados de manera progresiva. Esto es relevante al momento del diagnóstico. Para definir el diagnóstico de SB, es necesario que los tres componentes estén afectados (agotamiento mental, despersonalización y falta de realización personal). En el caso de que la persona esté cursando una afectación en sólo uno de estos componentes es difícil concluir en que esta persona padece el síndrome. (MindGarden, 2019)

Es por esta razón que se sugiere una clasificación para cada resultado obtenido en la prueba de Maslach, la cual valora la afectación de cada uno de estos componentes y que será detallada posteriormente (MindGarden, 2019). Cuando un trabajador se encuentra sin afectación en ningún componente se lo cataloga como un perfil “comprometido”. El paciente es considerado de perfil “inefectivo” cuando presenta falta de realización personal como único componente alterado (MindGarden, 2019). El perfil “sobreextendido” hace referencia a aquella persona que sólo manifiesta agotamiento emocional. La despersonalización o cinismo es característica de aquellas personas con el perfil llamado “descomprometido”; aquí podemos observar que el paciente no manifiesta agotamiento mental, sino que presenta una desconexión con el entorno laboral o social e incluso cultural (MindGarden, 2019).

Tabla 1 Perfiles de Síndrome de Burnout

Perfil	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Comprometido	Bajo	Bajo	Alto
Inefectivo	---	---	Bajo

Sobreextendido	Alto	---	---
Descomprometido	---	Alto	---
Síndrome de Burnout	Alto	Alto	---

---

Nota. Los guiones (---) hacen referencia a que ese componente no es necesario para el diagnóstico del perfil, siempre y cuando no sea catalogado en una categoría distinta.

Esta categorización es imprescindible al momento de la valoración terapéutica. Al definir los perfiles de los pacientes se pueden optar por determinado manejo integral. Por ejemplo, en aquellas personas en las que se evidencia falta de realización personal como única afectación se puede estimular mediante mejor reconocimiento o promoción laboral (MindGarden, 2019). El agotamiento emocional en aquellos con perfil sobreextendido pueden verse favorecidos por medidas preventivas en las cuales dosifiquen o modifiquen las jornadas laborales (MindGarden, 2019). Finalmente, los trabajadores que manifiestan la despersonalización como único componente requerirá una perspectiva diferente en cuanto al manejo, siendo este más integral con terapia para mejorar la convivencia tanto con pacientes como con compañeros de trabajo (MindGarden, 2019).

#### **7.1.11 Escalas de Evaluación del Síndrome de Burnout**

El síndrome de Burnout es una entidad caracterizada por presentar signos y síntomas diversos que, a pesar de ser presenciados y comprobados por terceros; no hay mejor persona que pueda describirlos que quienes lo padecen. Es por esto que luego de varios estudios se han logrado validar encuestas autoadministradas capaces de detectar esta condición (Bahrer-Kohler, 2013).

Cada escala diagnóstica se basa en un modelo teórico, razón por la cual es posible encontrar que dependiendo de la encuesta existen distintos enfoques que se le da al síndrome. Asimismo, existe una correlación distinta con la definición actual.

### Maslach Burnout Inventory

El Maslach Burnout Inventory (MBI), en español traducido a Inventario de Burnout de Maslach, es un cuestionario autoadministrado que tiene 22 preguntas y tiene tres subescalas que valoran fatiga emocional, despersonalización, desarrollo personal (Martínez Pérez, 2010). Ha sido la herramienta diagnóstica que cuenta con mayor validación y uso, esto debido a su enfoque multidimensional que se apega de mejor manera a la definición actual de este trastorno (Bridgeman et al., 2018). El inventario de Maslach fue creado inicialmente para ser aplicado en personal de salud; pero, al momento ha sido adaptado para su uso en otras ocupaciones (Bahrer-Kohler, 2013; Bridgeman et al., 2018).

La versión original del MBI se encontraba en idioma inglés, sin embargo, debido a la aceptación del cuestionario existen versiones traducidas a varios idiomas que cuentan con validación (Bahrer-Kohler, 2013). El cuestionario está enfocado en buscar si existen sentimientos de agotamiento por el trabajo, en evaluar el autoestima, analizar cómo se siente el cuidador hacia el objeto de su cuidado y como se siente la persona acerca de su capacidad de solucionar los problemas del trabajo (Bahrer-Kohler, 2013).

El MBI se basa en la teoría presentada por Maslach, donde la fatiga emocional es considerada la más importante en el desarrollo de esta afección (Wheeler et al., 2011). Debido a ser desarrollada en países de habla inglesa existen dudas acerca de si es culturalmente apropiado aplicar el cuestionario en países subdesarrollados. No obstante, se han encontrado tasas similares en los estudios que indican que la herramienta puede ser utilizada ampliamente (Wheeler et al., 2011).

Según Maslach, existen diferentes factores de riesgo a tomar en cuenta al momento de utilizar el inventario de Burnout de Maslach (Bridgeman et al., 2018). La carga laboral es considerada la más importante. Este factor de riesgo hace alusión a la excesiva demanda de tareas dentro de un determinado tiempo. Por lo general, este es insuficiente para la culminación de las obligaciones generando estrés en el trabajador. Agregando además que no existe la presencia de descanso (Bridgeman et al., 2018). Es por esta razón que el factor de riesgo más importante para desarrollar SB es la carga laboral.

El siguiente factor de riesgo son los roles y el papel que juega cada profesional. Al estar expuestos a grandes demandas de tiempo y atención, el personal de salud debe establecer roles bien definidos (Bridgeman et al., 2018). Por ejemplo, durante la atención en emergencias se requiere liderazgo y funciones predeterminadas para que no exista sobrecarga de presión (Bridgeman et al., 2018). Otro factor de riesgo a considerar es la falta de reconocimiento laboral. Según se menciona en la bibliografía, la recompensa económica suele no ser proporcional a la carga y experiencia laboral (Bridgeman et al., 2018). El personal de salud se ve envuelto en un compromiso ético con sus pacientes.

#### Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Es una herramienta desarrollada en Dinamarca en 2005. Los investigadores a cargo de la creación de este cuestionario encontraron que su población difería culturalmente de la aplicada en el MBI, por lo que decidieron desarrollar su propia herramienta diagnóstica (Bahrer-Kohler, 2013; Papaefstathiou et al., 2019). Razón por la cual se desarrolló el CBI. A diferencia del MBI, este cuestionario resalta el rol de la fatiga en el desarrollo de Burnout; aunque no toma en cuenta a la despersonalización ni al desarrollo personal (Bahrer-Kohler, 2013; Papaefstathiou et al., 2019). Esto debido a que su modelo teórico muestra a estas alteraciones como estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Esta encuesta intenta medir el nivel de burnout en tres subescalas. El Burnout personal está orientado a la fatiga y cansancio físico y psicológico propio del individuo (Bahrer-Kohler, 2013). El Burnout Laboral que consiste en la misma percepción de cansancio y fatiga; sin embargo, considera como la causa de todo al trabajo. El Burnout al objeto cuidado consiste en algo similar a los anteriores, pero con la percepción de que a quien cuidan es la causa de estos síntomas (Bahrer-Kohler, 2013; Papaefstathiou et al., 2019). Este enfoque muestra que el Burnout es una entidad caracterizada por esta fatiga y cansancio y aquello que cambia es el objeto que lo produce (Papaefstathiou et al., 2019).

A causa de esta ausencia de una población específica de aplicación es posible utilizar esta herramienta para cualquier labor, no debe estar relacionada específicamente con el cuidado o trato con otras personas (Papaefstathiou et al., 2019)

#### Oldenburg Burnout Inventory (OBI)

Es un cuestionario desarrollado inicialmente en Alemania. A diferencia del MBI esta prueba tiene como pilares la fatiga y el desapego laboral y las preguntas de la encuesta están planteadas con estamentos positivos y negativos (Bahrer-Kohler, 2013). La fatiga se define como la respuesta ante un esfuerzo físico, psicológico o cognitivo que realiza el individuo que puede ser consecuencia de ciertas condiciones laborales. El desacoplamiento del trabajo se refiere a distanciarse y desinteresarse de las labores a cumplir durante la jornada laboral (Bahrer-Kohler, 2013; Sinval et al., 2019).

Esta encuesta no considera a la eficacia profesional dentro de sus parámetros pues considera que esta esfera se encuentra afectada como consecuencia del desarrollo del síndrome. Los investigadores plantean que la encuesta puede aplicarse en cualquier ámbito laboral, también abarca aspectos adicionales a la fatiga emocional; asimismo, indican que esta herramienta es capaz de detectar de forma adecuada el síndrome (Bahrer-Kohler, 2013).

El concepto base para la elaboración de esta encuesta muestra al Burnout como un proceso progresivo de pérdida de compromiso con el trabajo, que lentamente desencadena fatiga, convierte la capacidad de involucrarse en cinismo e incrementa la ineficacia del trabajador que transforma a esta entidad en un círculo vicioso perpetuando el desarrollo de esta entidad (Bahrer-Kohler, 2013; Sinval et al., 2019).

#### Shirom–Melamed Burnout Measure

Este cuestionario se caracteriza por abordar al Burnout como un estado afectivo relacionado con el agotamiento de la energía física, mental y psicológica de los trabajadores. Producido por la exposición crónica al estrés laboral (Bahrer-Kohler, 2013). Esta corriente propone a la energía de los trabajadores como la forma más adecuada de medición, pues establece que son constructos separados (Bahrer-Kohler, 2013; Shirom & Melamed, 2006). Está compuesta por tres subescalas que abarcan la fatiga emocional, el cansancio físico y el cognitivo.

Es una escala basada en el MBI que al momento no guarda mucha aceptación y no ha sido adecuadamente validada por presentar este enfoque distinto al tradicional. Sin embargo, se cree tiene cierta validez que debe demostrarse con más estudios (Shirom & Melamed, 2006).

#### Spanish Burnout Inventory

Esta encuesta parte de la premisa del Burnout como un deterioro cognitivo y emocional como respuesta al estrés crónico generado por relaciones interpersonales disruptivas. El cuestionario se encuentra dividido en 4 subescalas que están compuestas por el entusiasmo en el trabajo, la fatiga psicológica, la indolencia y la culpa (Bahrer-Kohler, 2013). Es un cuestionario que pone mucho peso en el componente emocional, razón por la cual es posible encontrar algunos errores al momento del diagnóstico.

### 7.1.12 Escala NASA TLX

La carga laboral forma parte de las condiciones laborales. Al ser un constructo difícil de medir se desarrolló la escala NASA TLX como una herramienta capaz de evaluar la percepción de la carga laboral al realizar una tarea. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Esta escala está conformada por varios componentes orientados a una evaluación adecuada de la carga laboral. El problema para definir la carga laboral y cómo puede llegar a afectar a los individuos yace en la premisa de que existen varios factores que van a repercutir en una respuesta subjetiva (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Es decir, para algunas personas depende la cantidad, tiempo o dificultad de las tareas asignadas para determinar o no si existe una carga laboral excesiva (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999).

La escala de NASA TLX busca encontrar un punto imparcial ante la percepción individual subjetiva y las fuentes de la carga laboral. Por consiguiente, la carga laboral está determinada tanto por la interpretación subjetiva de complejidad, así como por la demanda objetiva del trabajo per se (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Además de los factores ya mencionados, existen otros que también afectan a la carga laboral. Éstos, son meramente ambientales, llegando a ser considerados como imprevistos laborales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999).

Lo que determina la escala de NASA TLX serán variables que afectan tanto a la persona, así como las variables que tienen relación entre la persona y la tarea. Dentro de las variables que afectan a la persona encontramos a las demandas mentales, físicas y temporales cada una con respectiva valoración (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Mientras que las variables orientadas a la interacción entre la persona y la tarea son el nivel de esfuerzo, la frustración y el rendimiento (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999).

La escala NASA TLX permite al usuario llenar de manera retrospectiva, siendo así una ventaja para los trabajadores. Otra ventaja presente es que permite el estudio de diferentes fuentes de carga, esto quiere decir, que es aplicable tanto para tareas manuales, experimentales, cognitivas, perceptuales, de memoria, así como procesamiento cognitivo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999).

El cuestionario está compuesto de 6 preguntas, las cuales permiten valorar cada uno de los componentes explicados con anterioridad. Estas preguntas contienen una valoración de tipo numérica ordinal. Se valora la exigencia mental, física, temporal, el esfuerzo, el rendimiento y el nivel de frustración (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Se debe tomar en cuenta cuál de estas exigencias es la que tiene mayor peso, a esta fase se la conoce como fase de ponderación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1999). Se debe asignar en orden de importancia todos estos aspectos.

Seguido a este paso de ponderación, se llega a la fase de puntuación en la cual el puntaje que hayan obtenido en el cuestionario se lo asigna a una escala sobre 100 puntos. La puntuación convertida será el valor que sacaron en la encuesta multiplicado por 5. Teniendo así un valor sobre 100 puntos. A este valor sobre 100 puntos se lo multiplica por el orden del 1-5 dependiendo del peso de cada exigencia.

Finalmente, se obtiene una puntuación ponderada. Se califica la carga mental considerando los siguientes parámetros:

- <500 puntos o nivel 1: carga laboral baja
- 500 – 1000 puntos o nivel 2: carga laboral media
- >1000 puntos o nivel 3: carga laboral alta

La interpretación para cada uno es diferente. En el primer nivel podemos observar que la persona es apta para realizar las tareas impuestas con el mayor grado de productividad y sin

desgaste. Dentro de este nivel, la institución provee herramientas necesarias para el desarrollo adecuado de cada actividad

En el segundo nivel o cuando el puntaje va entre 500 y 1000 puntos existe una carga laboral moderada. En este nivel, las instituciones pueden realizar capacitaciones, así como proveer instrumentales para optimizar el trabajo con el menor desgaste posible. La institución debe considerar este puntaje como reversible o modificable con las medidas necesarias.

El tercer y último nivel, asignado por >1000 puntos, es el más grave. Este nivel figura un riesgo para el personal. Existe afectación de la salud del individuo, así como una disminución significativa de la productividad. El trabajo difícilmente mejorará con medidas ergonómicas o herramientas que faciliten la labor. Es imprescindible implementar mayores lapsos de descanso, así como acompañamiento o terapia.

### **7.1.13 Clínica**

Como se ha mencionado previamente, el SB es un proceso psicopatológico que se produce como resultado a la exposición crónica al estrés dentro del área laboral. (Bahrer-Kohler, 2013). Otra característica importante a considerar es que los síntomas se desarrollan de una manera gradual y directamente proporcional al tiempo transcurrido en un trabajo (Bahrer-Kohler, 2013).

La clínica se manifiesta posterior a la falta de realización de las expectativas personales laborales. Esto quiere decir, que la persona al generar estándares muy altos para su nuevo trabajo llega al estado de decepción (Bahrer-Kohler, 2013).

Se han evidenciado patologías psiquiátricas concomitantes como estrés postraumático, ansiedad y depresión en el personal de salud (Luceño-Moreno et al., 2020). El desarrollo de

sintomatología forma parte de una nueva realidad en el personal de salud posterior a la pandemia por COVID-19 (Luceño-Moreno et al., 2020).

El SB presenta de forma inicial y frecuente trastornos del sueño. Incluso se ha evidenciado que estos problemas persisten durante el fin de semana o en horarios no laborales (Bahrer-Kohler, 2013). Encontrándose que la persona permanece exhausta, posterior a falta de horas de sueño y la mala calidad del mismo (Bahrer-Kohler, 2013).

El SB puede ser un agravante de patologías crónicas. Esto quiere decir, que depende del estado físico, mental y metabólico de la persona para presentar mayor cantidad de síntomas y de mayor gravedad (Bahrer-Kohler, 2013). La velocidad de complicación de una determinada enfermedad se ve aumentada por la presencia del SB. Dentro de estas, podemos observar que las alteraciones metabólicas, cardiovasculares, endocrinas e inmunes son las que más se ven afectadas (Bahrer-Kohler, 2013).

Los síntomas clínicos van de la mano de la fisiopatología. Al existir un estado de activación del sistema nervioso simpático y una afectación de la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, se ha encontrado que los síntomas iniciales son generalizados e inespecíficos (Bahrer-Kohler, 2013).

Al existir un estado proinflamatorio, se manifiestan síntomas como aumento de la temperatura, que puede llegar a fiebre y malestar general. En pacientes con antecedentes de atopia pueden cursar con reactivación de sus patologías previas, como por ejemplo asma o dermatitis (Bahrer-Kohler, 2013).

Los síntomas comunes son cefalea, malestar general, náusea, inquietud, trastornos del sueño relacionados principalmente con la conciliación del mismo y con problemas para despertar e incluso trastornos sexuales (Bahrer-Kohler, 2013). La sintomatología

cardiovascular es marcada, se presenta con alteraciones en el ritmo cardiaco como taquicardia, con aumento de la presión arterial e hiperventilación (Bahrer-Kohler, 2013).

En las mujeres se presenta a través de cambios hormonales, produciendo alteración de los ciclos menstruales (Bahrer-Kohler, 2013). Los síntomas gastrointestinales cursan con brotes o agravamiento de padecimientos previos. La gastritis es de común aparición y puede asociarse con el desarrollo de úlceras, también es común la presencia de colitis (Bahrer-Kohler, 2013). Dentro de los síntomas neuromusculares más frecuentes encontramos a los dolores articulares, la cefalea tensional y al dolor en región cervical y lumbar (Bahrer-Kohler, 2013)

Los síntomas afectivos son otro grupo por considerar dentro de esta patología. Como se ha mencionado previamente, el signo más común es el agotamiento emocional (Bahrer-Kohler, 2013). Pese a que existe una asociación indirecta entre la depresión y el SB, se observa con alta frecuencia síntomas depresivos y de ansiedad. Incluso en personas sin patología psicológica/psiquiátrica previa, también existen brotes de ansiedad, ataques de pánico, agresividad e irritabilidad (Bahrer-Kohler, 2013).

Es importante destacar también que la labilidad emocional vuelve a los pacientes más sensibles a los estímulos emocionales en estadios tempranos de la enfermedad (Bahrer-Kohler, 2013). Posterior a esto, existe una reducción de empatía hacia los pacientes, que se acompaña de insatisfacción laboral, lo que justifica la aparición de los componentes del síndrome (Bahrer-Kohler, 2013).

Igualmente, se han asociado síntomas cognitivos tanto intrapersonales como interpersonales. Donde, el cinismo y la despersonalización son los más característicos, existe también un déficit de empatía observado en el trato hacia los pacientes, llegando incluso a la hostilidad (Bahrer-Kohler, 2013). Además, el personal de salud diagnosticado de Burnout presenta cambios de actitud y comportamiento. En la cual, la sensación de falta de

reconocimiento es distintiva en esta patología. Dentro de la afectación intrapersonal se destaca la conducta evasiva, la sensación de dependencia y la impotencia emocionales (Bahrer-Kohler, 2013).

Otra categoría que se ve afectada es la del comportamiento. Dentro de esta, se observan múltiples síntomas y conductas alteradas. Esto debido a que el SB afecta no sólo en la respuesta laboral (productividad) sino también a la personalidad del individuo y su respuesta a estímulos (Bahrer-Kohler, 2013). El problema principal en el personal de salud es su supuesto déficit de efectividad laboral, el aumento de la probabilidad de cometer mala práctica médica y de ausentismo laboral (Bahrer-Kohler, 2013).

Los comportamientos pueden variar desde la elusión hasta la dependencia. Se ha observado también comportamiento errático con impulsividad e hiperactividad (Bahrer-Kohler, 2013). Otro rasgo documentado es la procrastinación. Asimismo, se ha evidenciado un aumento significativo en las tasas de consumo de alcohol, posterior a los síntomas de falta de desarrollo personal (Bahrer-Kohler, 2013).

Las relaciones interpersonales se ven alteradas. Las conductas intrahospitalarias se vuelven hostiles e incluso pueden llegar a agresiones tanto verbales, psicológicas e incluso físicas (Bahrer-Kohler, 2013). Sentimientos de repudio al personal acompañante, falta de tolerancia y sentimientos de envidia (Bahrer-Kohler, 2013).

Se puede presentar también agotamiento mental con el desarrollo de síntomas motivacionales. Mismas que pueden producir una aversión al trabajo (Bahrer-Kohler, 2013). La satisfacción laboral está determinada por el grado de estrés que presentan, así como de la realización personal (Bahrer-Kohler, 2013).

El interés y la motivación laboral también tienen correlación con el grado de satisfacción laboral. Por consiguiente, al existir un déficit de la satisfacción laboral se

manifestarán actitudes pesimistas, falta de iniciativa, resistencia a ir a trabajar con disminución de la productividad laboral (Bahrer-Kohler, 2013).

#### **7.1.14** Historia natural de la enfermedad

Como ya se vio en el apartado anterior, los modelos teóricos para explicar el síndrome han sido múltiples y variados, donde cada enfoque propone un orden específico de desarrollo. Sin embargo, lo planteado a continuación conforma el proceso con mayor aceptación.

El SB es una patología crónica, observable luego de una exposición continua a demandas laborales sean físicas, psicológicas o emocionales. Esto conduce a una serie de efectos adaptativos que intentan mitigar el estrés generado. Por consiguiente, el proceso de desarrollo también es continuo en el cual se evidencian cambios tanto físicos como psicológicos que son proporcionales a la exposición que tengan al estrés.

En la primera etapa se constata un estrés agudo, posterior a la imperativa demanda laboral, la cual no puede satisfacerse con los recursos materiales e intelectuales (Gutiérrez et al., 2006).

Posteriormente, el personal de salud requiere modificar su comportamiento para una adaptación a las condiciones laborales requeridas (Gutiérrez et al., 2006). En este momento, la persona utiliza su máxima capacidad resolutive. El problema radica en que esta adaptación es transitoria para poder sobrellevar la demanda laboral. Concluyendo así la segunda etapa y la única que se considera reversible (Gutiérrez et al., 2006).

La tercera etapa es considerada per se como el inicio del SB. Aquí, la vasta clínica se vuelve evidente. La persona empieza a experimentar de forma crónica los signos y síntomas característicos (Gutiérrez et al., 2006). Los cambios físicos, endocrinos, homeostáticos,

mentales, cognitivos y de personalidad se vuelven son apreciables, los cuales agravan la productividad laboral (Gutiérrez et al., 2006)

Finalmente, en la cuarta etapa, la persona está tanto física como mentalmente afectada (Gutiérrez et al., 2006). En este estado final del síndrome, se evidencia que la persona se vuelve más una amenaza para los pacientes que una ayuda. Es aquí donde la despersonalización se vuelve característica (Gutiérrez et al., 2006).

### **7.1.15** Consecuencias del síndrome de Burnout

El síndrome de burnout, así como lo hemos visto en la sintomatología, desencadena problemas a nivel físico, psicológico, conductual y cognitivo. Encontrar una asociación específica con el síndrome es difícil debido a que la mayoría de los estudios realizados han sido de cohorte transversal. Sin embargo, los estudios realizados han hallado repercusiones a largo plazo en estos ámbitos (Salvagioni et al., 2017).

Las consecuencias del SB son extensas. De las cuales, la mayoría tienen una afectación emocional. Esta patología tiene repercusión tanto para la persona que lo padece, como para la institución y el personal con el que trabaja y con las personas a su cuidado (Edú-Valsania et al., 2022; Shirom & Melamed, 2006).

En el caso del Burnout los estudios orientados a indagar acerca de las consecuencias psicológicas se han enfocado principalmente en trastornos depresivos y alteraciones del sueño (Salvagioni et al., 2017). Encontrándose que la presencia del síndrome es predictora de nuevos casos de insomnio, pero debido a hallazgos diversos en este ámbito no es posible asegurar esta relación (Salvagioni et al., 2017).

Como se ha mencionado previamente, existe una relación directamente proporcional entre el SB y los estados depresivos. Vínculo que perdura con el tiempo, presentando al

síndrome como un predictor de aparición de síntomas depresivos dependiendo de la intensidad de este (Edú-Valsania et al., 2022; Salvagioni et al., 2017). Además, se ha encontrado un incremento en el riesgo de uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión, especialmente en hombres (Salvagioni et al., 2017). Aparte de esto, se ha asociado con riesgo incrementado de hospitalización debido a enfermedades mentales (Salvagioni et al., 2017).

Asimismo, existen otros ámbitos asociados como la afectación a la autoestima, provocando así estados de agitación e incluso agresividad (Edú-Valsania et al., 2022). Dentro de esta patología, es muy frecuente observar sentimientos de fracaso (Martínez Pérez, 2010; Shirom & Melamed, 2006). También se ha encontrado que, de manera crónica, el SB se asocia a pérdida de memoria a causa del agotamiento, así como alteración en la capacidad resolutive y de toma de decisiones (Edú-Valsania et al., 2022). Incluso, han reportado casos de suicidios durante la pandemia en el personal de salud (Organización Panamericana de la Salud. et al., 2022).

Como consecuencia de este síndrome se ha descrito también una afectación cognitiva que se observa en la desvalorización personal y la desconsideración hacia el ambiente laboral, las cuales se ven acompañadas de sentimientos de desconfianza (Martínez Pérez, 2010). Asimismo, se presenta cinismo, rasgo característico del SB que aumenta los sentimientos de autocrítica llevándolos a un nivel radical (Martínez Pérez, 2010).

El SB tiene además consecuencias a nivel conductual. Estas pueden ser dirigidas al trabajo como insatisfacción en el mismo, incremento de las tasas de absentismo, conductas malintencionadas, pobre compromiso y disminución del desempeño en sus labores (Edú-Valsania et al., 2022). También se especula que como consecuencia se produzca un cambio permanente en la conducta de los trabajadores afectados como una mayor tendencia al consumo y abuso de sustancias (Martínez Pérez, 2010). Se presenta un aumento de los hábitos

perniciosos. Dentro de estos, los más frecuentes son el consumo de alcohol y cigarrillos (Edú-Valsania et al., 2022).

El ausentismo, el bajo nivel de apego, la insatisfacción laboral y la disminución del rendimiento son las afectaciones laborales principales (Edú-Valsania et al., 2022). La baja productividad y aumento del tiempo para realizar una tarea determinada influye incluso en el resto de los trabajadores como efecto tipo contagio (Edú-Valsania et al., 2022). Por ende, se debe considerar este síndrome no sólo a nivel de salud, sino que requiere ser tomado en cuenta de una manera integral en conjunto a un nivel organizacional.

De igual forma, existe una afectación física a largo plazo. Donde se ha asociado a dislipidemia y a enfermedades cardiovasculares (Salvagioni et al., 2017). Como se mencionó en la fisiopatología, al existir un aumento de los niveles de cortisol, el SB actúa como factor de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 (Edú-Valsania et al., 2022). Además, se ha encontrado una mayor incidencia de cefaleas y trastornos musculoesqueléticos, específicamente dolor. Esto se podría explicar debido a una alteración en la percepción del dolor de los pacientes (Salvagioni et al., 2017).

Síntomas físicos documentados son la fatiga prolongada, trastornos gastrointestinales, problemas respiratorios más frecuentes y un incremento en la mortalidad en menores de 45 años (Salvagioni et al., 2017). Otro factor importante es la disminución de la inmunidad, llevando así a un incremento de infecciones (Edú-Valsania et al., 2022). Asimismo, dentro de la sintomatología gastrointestinal podemos observar desarrollo de úlcera gástrica, así como síndrome de intestino irritable (Edú-Valsania et al., 2022).

La afectación social es el último componente. Pese a esto, no deja de ser importante. El paciente con este trastorno tiende a aislarse, como causa de deficientes redes de apoyo. El agotamiento emocional genera sentimientos depresivos, con esto, la búsqueda de interacción

personal disminuye considerablemente (Martínez Pérez, 2010). Las relaciones interpersonales tienden a fracasar, como causa de la irritación y frustración (Martínez Pérez, 2010).

Al momento se encuentran en desarrollo varios estudios longitudinales que se espera puedan aclarar de mejor manera la relación que guarda el SB y otras patologías (Salvagioni et al., 2017)

#### **7.1.16 Diagnóstico**

El síndrome de burnout es una entidad que guarda una serie de signos y síntomas que según el modelo teórico en el que se sustenta, indican la presencia de este síndrome (Fidalgo, 2019). Sin embargo, la presencia de estas características no equivale a la presencia de esta entidad, esto debido a que esta condición debe estar acompañada de una indagación clínica que abarque el contexto, antecedentes personales, la historia de evolución de la enfermedad, la cronicidad, la personalidad de la persona y un diagnóstico diferencial con otras afecciones (Fidalgo, 2019).

Cuando hablamos de prevención el uso del enfoque clínico para el diagnóstico tiene limitaciones prácticas. Es por esta razón que, al momento de realizar estudios con una gran cantidad de participantes se aplican instrumentos capaces de medir el grado de afectación que tiene cada individuo según la base conceptual en la que se sustenta el cuestionario utilizado (Fidalgo, 2019). Siendo así el MBI el más usado, por su enfoque en tres subescalas que se correlacionan con la definición conceptual actual propuesta por el CIE 11.

Es por esto que, para evaluar la correlación que se tiene entre posibles factores de riesgo, causas y consecuencias del síndrome; se utilizan escalas. Mismas que a pesar de ser incapaces de realizar un diagnóstico debido a que carecen del componente clínico, prestan una aproximación adecuada del síndrome y del grado de afectación de cada subescala. Esto permite

realizar estas correlaciones y poder referir a un especialista para que pueda realizar el diagnóstico clínico respectivo y su tratamiento (Fidalgo, 2019).

#### Niveles de Gravedad Síndrome de Burnout

Existen cuatro niveles de gravedad del síndrome de Burnout. Pese a su difícil delimitación, es pertinente lograr establecer en cuál se encuentra el paciente. Esto nos permite brindar una terapéutica oportuna y su prevención (Gutiérrez et al., 2006).

- Leve: En el primer nivel, se pueden presentar síntomas leves por el agotamiento. Existe una ligera reducción de la productividad laboral con cansancio (Gutiérrez et al., 2006).
- Moderado: El agotamiento provoca la falta de productividad. Con esto, genera sentimientos de falta de realización personal y de culpa por no ser eficiente. El cinismo es manifiesto en esta clasificación, se acompaña de irritabilidad y de falta de apego por la actividad laboral (Gutiérrez et al., 2006).
- Grave: En este nivel se presenta la despersonalización, con antipatía y hostilidad hacia el personal de salud acompañante, así como a los pacientes. En este nivel es frecuente el abuso de sustancias ilícitas y lícitas (Gutiérrez et al., 2006).
- Extremo: Las ideas e intentos autolíticos se evidencian en este nivel. Comorbilidades como depresión crónica se ven manifiestos, así como aislamiento y mordacidad (Gutiérrez et al., 2006).

#### Pruebas diagnósticas

Dentro de las pruebas diagnósticas, existe una clasificación que contiene dos subtipos de instrumentos. En los cuales encontramos los instrumentos genéricos y los específicos. Los primeros, van a evaluar la presencia del síndrome sin tener a consideración las profesiones o cargos que posea la persona que está llenando las preguntas. Dentro del segundo grupo de

instrumentos como su nombre lo dice son más específicos en base a la profesión o cargo, incluso existe una consideración extralaboral (Edú-Valsania et al., 2022)

Dentro de los instrumentos genéricos constan el Inventario de Maslach (MBI). Es la prueba más utilizada puesto que es orientada no solamente para el personal de salud, sino para la población en general. Esto permite determinar el SB en todas las profesiones (Edú-Valsania et al., 2022). Una adaptación de esta prueba es el cuestionario para la evaluación del SB (CESQT), la cual permite estudiar a los profesionales que tienen contacto con personas. Mientras que una versión denominada “desencanto profesional” (CESQTDP) en aquella que no existe interacción física entre personas(Edú-Valsania et al., 2022).

Existen otras pruebas menos específicas, pero igualmente útiles. Por ejemplo, la prueba de Copenhague está dirigida a un público en general. Se pueden encontrar diferentes tipos de instrumentos genéricos, como por ejemplo el cuestionario de subtipos clínicos del agotamiento (BCSQ-36/12), herramienta de evaluación de agotamiento (BAT), cuestionario de agotamiento de Shirom-Melamed (SMBQ)(Edú-Valsania et al., 2022).

Dentro del grupo de instrumentos específicos contamos con el inventario de Maslach para servicios humanos, cuestionario breve de agotamiento para el personal de enfermería, cuestionario de agotamiento médico, cuestionario de agotamiento de maestros, inventario de agotamiento del psicólogo, cuestionario de agotamiento para atletas, el inventario del agotamiento escolar y el inventario del agotamiento de los padres (Edú-Valsania et al., 2022).

#### **7.1.17 Tratamiento**

El SB ha tomado importancia desde su descubrimiento, donde se han planteado intervenciones para prevenir y tratar esta condición. Por este motivo existen dos pilares para la intervención, el primero enfocado al nivel individual y el segundo orientado a intervenciones en el lugar de trabajo. Sin embargo, la mayoría de los investigadores están de acuerdo con que

intervenir en ambos ámbitos tiene mejores resultados comparados con el enfocarse solo en uno (Schaufeli & Buunk, 2004).

Importancia del tratamiento.

El SB afecta de manera silenciosa a la vida laboral. Existe una pérdida anual en Alemania de 8 a 20 billones de euros por la falta de productividad precisamente por el desarrollo de SB (Bahrer-Kohler, 2013). Se estima que se pierden anualmente 4.6 billones de dólares sólo en Estados Unidos por la disminución de la productividad por SB (Han et al., 2019).

Este problema social ha conllevado a que en algunos países se considere aumentar la edad de jubilación, puesto que existe mayor demanda laboral (Bahrer-Kohler, 2013). Esta demanda trae consigo la necesidad de abastecer al sistema sanitario de personal que ejerza con mayor cantidad de responsabilidades y con la misma paga (Bahrer-Kohler, 2013).

Prevención

La prevención es el arma más importante ante el SB. Puesto que no sólo el personal de salud está expuesto a esta entidad sino cualquier persona en capacidad de trabajar, es imprescindible que se tomen medidas preventivas. Las medidas buscan evitar a toda costa el desarrollo de este síndrome. Pese a esto, existen casos en los cuales ya se ha establecido esta entidad, por consiguiente, se requieren medidas terapéuticas.

La prevención es un tema amplio que está clasificado en varios niveles (Bahrer-Kohler, 2013). El primero es conocido por tener el mayor componente de prevención, se aplica antes de la aparición de la enfermedad y se caracteriza por la promoción de la salud y la prevención específica de patologías, asimismo, se enfoca en reducir o eliminar los factores de riesgo asociados a la enfermedad (Bahrer-Kohler, 2013; Edú-Valsania et al., 2022). El segundo nivel

se encuentra enfocado en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, donde los implicados ya padecen la enfermedad. El tercer nivel consiste en limitar el daño producido por la enfermedad y rehabilitar al individuo después de superar la misma.(Bahrer-Kohler, 2013).

El primer tipo de prevención es la primaria. Ésta hace alusión a todas aquellas personas que no han desarrollado SB todavía. Es el tipo de prevención más importante y a donde se debe apuntar en cuanto a medidas de salud pública. Este tipo de intervención consiste en charlas y educación sobre cómo evitar desarrollar esta entidad, así como también acerca de estrategias para manejar el ambiente laboral (Bahrer-Kohler, 2013). Se debe tomar en cuenta los hábitos de la persona, fomentando el evitar hábitos perniciosos (Bahrer-Kohler, 2013).

Asimismo, la comunicación tiene un rol fundamental en la prevención primaria puesto que permite evitar el desarrollo de la patología y encontrar ayuda de manera temprana (Bahrer-Kohler, 2013). Además, el establecer redes de apoyo es una estrategia fundamental para prevenir la aparición del síndrome. Estas pueden ser tanto laborales, religiosas, en grupos de apoyo o familiares (Merlo & Rippe, 2021). El mecanismo por el que reducen los niveles de Burnout y previenen su aparición es a través de la capacidad de manifestar problemas en el trabajo, esto permite buscar ayuda o establecer estrategias preventivas de forma temprana (Merlo & Rippe, 2021).

Otro pilar de la prevención primaria es la modificación de los estilos de vida de la persona (Merlo & Rippe, 2021). Esta intervención cobra sentido pues se ha evidenciado que aquellos que realizan actividad física y evitan hábitos perniciosos como el consumo de sustancias tienen un riesgo menor a padecer Burnout (Merlo & Rippe, 2021). Es necesario recalcar la privación de sueño como un predisponente a que se desarrolle este síndrome (Merlo & Rippe, 2021). Asimismo, se encuentra en estudio la efectividad de herramientas psicológicas

como la meditación, el mindfulness, y el establecimiento de buenos hábitos alimenticios y de higiene (Merlo & Rippe, 2021).

En cuanto a las medidas organizacionales orientadas a la prevención primaria, tienen como objetivo fomentar empatía entre compañeros de trabajo. Es así como intentan crear un ambiente laboral adecuado y sano que permita brindar apoyo inmediato a todo el personal (Merlo & Rippe, 2021). Otra medida organizacional que debe establecerse es la enseñanza positiva ambiental, generando así optimización de la productividad con mayores niveles de realización personal (Merlo & Rippe, 2021).

La modificación de las políticas hospitalarias y administrativas demandantes (como leyes y políticas de los cuidados de la salud). Ya que en algunas ocasiones son desfavorables para el desarrollo de un entorno laboral adecuado (Merlo & Rippe, 2021). Otra forma de disminuir el estrés en el área de trabajo es agilizar la atención al paciente, esto es posible de realizar implementando medidas de desarrollo tecnológico; logrando así facilitar la consulta y evitando el papeleo administrativo (Merlo & Rippe, 2021).

La estigmatización acerca de la obtención de ayuda por el SB es un problema que considerar (Merlo & Rippe, 2021). Como se ha observado, esta entidad se ha llegado a normalizar en la práctica médica, así como en cualquier campo laboral. Por consiguiente, eliminar las barreras y con esto el estigma permitirá al profesional de salud solicitar ayuda ya sea para prevenir o para aliviar los síntomas (Merlo & Rippe, 2021).

Las intervenciones a nivel institucional se fundamentan en la disminución del estrés en el ambiente laboral. Es así como entre las intervenciones planteadas se encuentra la mejora de las características laborales, misma que tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo (Edú-Valsania et al., 2022). Se basa en la modificación del trabajo y cambios a nivel de la exposición a los posibles estresores (Edú-Valsania et al., 2022).

La modificación del esquema del trabajo es otra propuesta de intervención, tiene como propósito mejorar la relación entre el trabajo y la vida diaria de los empleados (Edú-Valsania et al., 2022). Propone que a través de organizar horarios y turnos más flexibles permite que los empleados manejen de mejor manera su vida profesional y personal. Se propone que jornadas mayores a 8 horas deben suspenderse(Edú-Valsania et al., 2022).

El ambiente laboral es dependiente de las relaciones entre los trabajadores (Edú-Valsania et al., 2022). Es así que entrenar a los directores acerca de formas adecuadas de liderazgo, disminuye el estrés. Se propone que los líderes sean evaluados constantemente para poder detectar de forma temprana conductas que puedan incrementar el estrés laboral(Edú-Valsania et al., 2022).

Entre otras estrategias también se encuentra el modificar el sistema de recompensas, implementando otros beneficios no económicos enfocados en el tiempo, esta estrategia se basa en incrementar los niveles de motivación de los trabajadores (Edú-Valsania et al., 2022). También permite orientar de mejor manera el esfuerzo de los trabajadores, pues en algunos casos la búsqueda del beneficio económico puede también conducir al síndrome(Edú-Valsania et al., 2022).

Además, se ha planteado como estrategia de prevención el realizar monitoreos a partir de encuestas cada cierto tiempo para determinar los niveles de Burnout de los trabajadores, para localizar las áreas y trabajos más propensos a producir Burnout y para desarrollar intervenciones a partir de los hallazgos obtenidos (Edú-Valsania et al., 2022). El implementar programas de capacitación para los nuevos empleados es beneficioso pues el tener el trabajo, metas y objetivos claros disminuye el riesgo de desarrollo de Burnout (Edú-Valsania et al., 2022).

Por último, se ha planteado que, para prevenir el desarrollo del síndrome, se debe implementar en todas las instituciones laborales un departamento de salud ocupacional (Edú-Valsania et al., 2022). Esta medida permitiría impartir talleres de psicoeducación para el manejo del estrés, consejería para aquellos trabajadores que tengan problemas laborales y en las personas que tienen el síndrome, realizar una referencia al especialista para su evaluación (Edú-Valsania et al., 2022).

Además, las organizaciones pueden intervenir también sobre los trabajadores de distintas formas. Uno de los problemas asociados con la aparición del síndrome es la manera en que los trabajadores reaccionan al estrés, una forma de controlar esta respuesta es proporcionando de capacitaciones a los trabajadores (Edú-Valsania et al., 2022). Procedimiento que mejora las habilidades del personal y permite que tengan una mejor percepción de sus capacidades. Estas intervenciones también pueden estar enfocadas al desarrollo personal como el manejo del estrés, del tiempo, de sus emociones, de los conflictos, así como la resolución de problemas y el trabajo en equipo. (Edú-Valsania et al., 2022)

Estas estrategias también pueden ser aplicadas en grupos, donde los trabajadores se brindan apoyo entre compañeros, las instituciones pueden organizar reuniones para fomentar la creación y fortalecimiento de estas relaciones interpersonales (Edú-Valsania et al., 2022). Todos los individuos tienen sus fortalezas, es así que desarrollarlas y reforzarlas forma parte de las estrategias para la prevención de SB. Donde las tareas se pueden basar en las fortalezas personales, esto permite incrementar la motivación y la satisfacción propia. (Edú-Valsania et al., 2022).

Es también importante considerar intervenciones a nivel individual. El ejercicio físico ha demostrado ser eficaz en moderar, prevenir y ayudar a superar el síndrome de Burnout (Edú-Valsania et al., 2022). Asimismo, el mindfulness es una estrategia que se puede adoptar para

prevenir el desarrollo de Burnout, también se ha encontrado que el capacitar a los trabajadores sobre los signos de alarma permiten realizar un diagnóstico temprano. Y como pilar principal del tratamiento y la prevención está la aplicación de psicoterapia (Edú-Valsania et al., 2022).

## Manejo

La prevención secundaria se la realiza cuando la persona tiene la enfermedad. El SB es una patología multifactorial, esto implica que el manejo debe ser abarcado de una manera integral (Merlo & Rippe, 2021). La orientación terapéutica tiene que ir dirigida tanto para los factores personales, así como para los factores sociales, culturales y laborales. La prevención es primordial; sin esta, ningún tipo de manejo puede ser establecido pues el riesgo de recurrencia es alto si no se realizan modificaciones en los trabajadores o la institución. El sistema de salud juega un rol importante en este sentido, puesto que se deben establecer políticas sobre la estructura y sobre el nivel de organización (Merlo & Rippe, 2021).

Existen seis pilares del tratamiento de esta entidad. El primero que se busca es generar estrategias para manejar el estrés y evitar su cronicidad. Como el concepto mismo lo relata, el SB está caracterizado por la exposición continua al estrés; por consiguiente, al evitar esto se consigue la remisión (Merlo & Rippe, 2021). Se ha observado que el personal de salud presenta tendencia a consumir sustancias de riesgo como respuesta a la carga laboral demandante; es por esta razón que el segundo pilar es evitar las sustancias de riesgo (Merlo & Rippe, 2021). El tercer pilar consiste en una dieta sana, con el fin de evitar la alteración hormonal presente en el síndrome (Merlo & Rippe, 2021). El cuarto pilar está enfocado en la actividad física, la cual disminuye los niveles de estrés y aumenta las hormonas de la felicidad. El quinto punto de los pilares es evitar la privación de sueño (Merlo & Rippe, 2021). Esto se puede lograr con cambios en el estilo de vida y técnicas para mejorar la calidad del mismo. El sexto y último pilar acerca del manejo del SB es la formación de redes de apoyo. Al ser un factor de

protección, es imprescindible considerarlo al momento de un manejo integral. Estrategias que son usados también como prevención.

Una vez instaurado el síndrome en el paciente, el manejo requiere el tratamiento de las patologías concomitantes. Como se había mencionado previamente, existen patologías que predisponen o surgen del SB. Las patologías concomitantes más comunes son la depresión y la ansiedad (Merlo & Rippe, 2021). Por consiguiente, el manejo individual de esta entidad requiere un abordaje tanto como preventivo, no farmacológico y farmacológico para todas las patologías que están asociadas a este síndrome (Merlo & Rippe, 2021).

La valoración por un especialista en psiquiatría y psicología es imprescindible. Además, un abordaje integral estaría compuesto por un nutricionista, terapeuta y grupos de apoyo. En cuanto al manejo nutricional se ha observado que la dieta mediterránea puede prevenir significativamente el desarrollo de esta entidad; reduciendo el riesgo hasta en un 32% (Merlo & Rippe, 2021). La microbiota se ha descubierto que podría actuar como un factor protector. Por consiguiente, futuras intervenciones para evitar factores inflamatorios a nivel gastrointestinal se encuentran en estudio. El uso de probióticos ha manifestado mejoría en patologías concomitantes como la depresión y la ansiedad que van de la mano del SB (Merlo & Rippe, 2021).

Otro abordaje es la realización de ejercicio. Se ha evidenciado que promueve un aumento de la sustancia gris y blanca formando así nuevas sinapsis neuronales (Merlo & Rippe, 2021). El ejercicio aerobio es el más recomendado, puesto que promueve la neurogénesis mediante la producción del factor de crecimiento endotelial vascular (Merlo & Rippe, 2021).

La prevención terciaria tiene como objetivo mejorar la sintomatología ya establecida; o a su vez, evitar una recaída posterior a un tratamiento. El problema con el SB es que las medidas terapéuticas deben ser aplicadas por cantidades de tiempo largas, además que no es

posible garantizar resultados (Bahrer-Kohler, 2013). Es vital considerar que se requiere un abordaje interdisciplinario para manejar esta patología. Intervención tanto médica, psicológica y nutricional deben estar siempre presentes (Bahrer-Kohler, 2013). Además, se deben incluir terapéuticas en base a las afectaciones que la persona haya desarrollado.

No existe una manera de evitar que el personal de salud omita tanto el primer como el segundo nivel. Esto está dado por la falta de conocimiento y la normalización de esta entidad bien descrita en el personal de salud. Por consiguiente, el personal de salud opta por pedir ayuda una vez que presentan SB grave. En el último nivel de prevención, la comunicación permite realizar una profilaxis psicológica. De igual manera evita las recaídas, así como la reincorporación de las personas a su área laboral (Bahrer-Kohler, 2013).

#### **7.1.18 Síndrome de Burnout y su relación con el personal de salud**

En Francia, las autoridades sanitarias publicaron un informe en el cual se debe asegurar la calidad de vida laboral del personal de salud. Puesto que existe una relación entre las condiciones laborales y cómo éstas se evidencian en la salud mental de los empleados. Es por este motivo, que se vio la necesidad de implementar medidas para evitar el SB. La atención integral de la salud se ve afectada por aquellos que presentan SB (Moukarzel et al., 2019). Según la OMS menos de 1 de cada 6 países en el mundo tienen políticas para la protección del personal de salud y un ambiente laboral seguro (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

El personal de salud se ve envuelto en una serie de condicionantes para desarrollar SB. Ya sean emocionales, físicos, socioeconómicos, laborales o administrativos (Moukarzel et al., 2019). La necesidad de aumentar la productividad, con el máximo ahorro de insumos e instalaciones ha repercutido en la responsabilidad médica. Las condiciones de trabajo empeoran conforme aumenta la carga laboral y la complejidad del trabajo que se realice. Puesto que los deberes administrativos que se deben realizar son cada vez más extenuantes, los

profesionales de salud requieren mayores jornadas laborales con menor tiempo y menor calidad de atención (Moukarzel et al., 2019).

Es imprescindible considerar la demanda psicológica impuesta al personal de la salud por sus pacientes. En caso de que la atención médica requiera tratamiento psicológico, emocional o psiquiátrico, el médico terminará afectado por fatiga por compasión o estrés postraumático secundario (Moukarzel et al., 2019). El término transferencia negativa es cuando el profesional de la salud (con mayor frecuencia los psiquiatras) reciben odio, ira y violencia por parte de sus pacientes (Moukarzel et al., 2019).

De la misma manera, Maslach menciona que el personal de salud se ve afectado por el SB en la manera de obrar. La atención se vuelve deficiente y precaria, puesto que se manifiestan sentimientos negativos hacia los pacientes (Maslach & Leiter, 2016). Se manifiesta una relación médico paciente se vuelve limitada con escaso contacto físico y visual, acompañado de irritabilidad, agotamiento y nefasta comunicación. (Maslach & Leiter, 2016). Todos estos factores expuestos previamente son los que permiten comprender la esencia de analizar el SB. La mala práctica médica surge como consecuencia de una mala comunicación con el paciente, por consiguiente, el buen manejo y prevención de esta patología es determinante para evitar cometer mala praxis (Maslach & Leiter, 2016).

Maslach considera que la realización personal de los profesionales de la salud no está determinada por el mismo sujeto (Maslach & Leiter, 2016). Esto implica que, la perspectiva laboral que tengan los trabajadores compañeros sobre uno es categórica para la percepción de rendimiento laboral personal (Maslach & Leiter, 2016).

Ventajosamente, se ha visto que el personal de salud posee una mayor probabilidad de adaptación ante la adversidad, demostrando así una alta resiliencia (Raudenská et al., 2020). Ésta, actúa como un factor protector ante la exposición continua a eventos estresantes (Luceño

Moreno et al., 2020). El personal de salud hace uso de factores tanto personales como de su entorno para sobrellevar la situación y mejorar sus capacidades tanto mentales, físicas y psicológicas (Luceño Moreno et al., 2020). Sin embargo, la resiliencia es subjetiva y varía entre cada persona. De modo que es imprescindible tomar en cuenta los antecedentes personales, sociales y culturales, así como los factores protectores a los que están expuestos.

Durante la pandemia, se ha tratado de fomentar los factores protectores con el fin de lograr una mejor comunicación y entendimiento de esta patología que se ha llegado incluso a considerar incluso como inherente dentro del ámbito laboral hospitalario (Luceño Moreno et al., 2020). Las medidas sociosanitarias que se requieren para prevenir el desarrollo del SB en el personal de salud son las redes de apoyo, la actualización constante de las condiciones laborales, evitar la sobrecarga laboral, fomentar el optimismo y la constante comunicación (Luceño Moreno et al., 2020).

La OMS reconoce este problema de salud a nivel mundial. La exposición de alto riesgo en el ambiente laboral hospitalario fomenta al desarrollo de trastornos y traumas psicológicos. Se ha evidenciado que durante la pandemia por COVID las condiciones laborales a las que se ha enfrentado el personal de salud aumentan los síntomas de estrés postraumático, SB y de trastornos afectivos.

### **7.1.19 Síndrome de Burnout en pandemia por COVID-19**

La pandemia por COVID-19 sin duda ha tenido consecuencias notables en el sistema de salud, provocando así la necesidad de adaptar la práctica médica de manera inminente. Al inicio de la pandemia, las interrogantes acerca del nuevo virus eran exorbitantes. Conforme se empezaron a realizar estudios, se logró comprender más el mecanismo de cómo el virus SARS COV 2 infectaba a la población (Dimitriu et al., 2020).

La pandemia afectó a casi todos los países en el mundo, generando así una imperativa exigencia de modificar las estrategias de atención. Pese a esto, el contagio en el personal de salud era inevitable. A pesar del uso de equipo de protección personal, los contagios seguían efectuándose. Esto generó miedo e incertidumbre en las personas que trabajan en ambiente hospitalario (Dimitriu et al., 2020). Según Torres esta patología tiene mayor prevalencia en personas que presentan comportamientos perfeccionistas o comprometidas con su trabajo, haciendo alusión a un tipo de personalidad para presentar con mayor probabilidad el SB (Torres Toala et al., 2021).

La demora en obtener vacunación juntamente con la interrogante de cuáles serán los efectos secundarios de las vacunas aún en estudio originaron indecisión e inseguridad acerca de aplicarse o no la misma. El personal de salud que tuvo contacto directo con pacientes positivos para COVID-19 presentó mayores tasas de estrés (Dimitriu et al., 2020)

Sumado a esto, se evidenció fatiga física y emocional por el miedo y estrés de contagiarse en la pandemia. Uno de los miedos en los profesionales de la salud es transmitir el virus a sus hogares (Dimitriu et al., 2020). Generando mucha tensión y ansiedad en los mismos. Además, el tiempo de espera para los resultados confirmatorios con el hisopado nasofaríngeo provocaron mayor ambiente de incertidumbre (Dimitriu et al., 2020)

El uso de equipo de protección durante toda la jornada laboral generó estragos tanto emocionales como físicos (Dimitriu et al., 2020). Las altas temperaturas por las cuales debieron pasar al usar el overol de aislamiento originaron incomodidad y fatiga. Añadido a este factor, la deshidratación y alteración de horarios de comidas afectaron las jornadas laborales (Dimitriu et al., 2020). La técnica específica para colocarse y retirarse el equipo de protección personal agrega un factor de estrés más a la lista (Dimitriu et al., 2020). Enfatizando así la disminución de la calidad de atención brindada por parte del personal de salud (Dimitriu et al., 2020).

La falta de comunicación con los pacientes resultó en una atención menos integral. El equipo de protección personal evita el intercambio social con los pacientes (Dimitriu et al., 2020). Es indispensable el estímulo afectivo en la relación médico-paciente. Al no existir esta relación, el personal de salud empieza a desarrollar despersonalización, criterio ya conocido del SB (Dimitriu et al., 2020).

El SB requiere para su prevención y tratamiento de redes de apoyo. Durante la pandemia por COVID-19, este apoyo se vio comprometido por la falta de contacto físico (Dimitriu et al., 2020). Al respetar las medidas de distanciamiento social, las relaciones interpersonales fueron restringidas. Esto provocó que no exista un diálogo adecuado entre colegas. Produciendo así que no exista una delimitación del problema, por consiguiente, dificultando el seguimiento terapéutico (Dimitriu et al., 2020).

La fatiga crónica conlleva una serie de repercusiones en el trabajo diario. El agotamiento mental afecta directamente al cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad en la pandemia (Dimitriu et al., 2020). El aumento de riesgo de infección es un hecho en caso de agotamiento, por disminución de la atención y de la cognición acerca de las medidas de protección personal (Dimitriu et al., 2020). Existe el riesgo inminente de cometer negligencia médica, así como una toma de decisiones erróneas por equívocos juicios clínicos (Dimitriu et al., 2020).

La OMS reconoce este problema como una entidad que ha afectado globalmente. El estrés psicológico en el personal de salud por largas jornadas laborales conlleva la manifestación de enfermedades psicológicas. Además, la exposición continua ante el estrés, así como demanda laboral extenuante e incoercible ha generado que 1 de cada 4 personas sufra de ansiedad y depresión mientras que 1 de cada 3 presenta mala calidad del sueño (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Datos fundamentales a tomar en cuenta es que por cada punto aumentado según la escala de Maslach (MBI) en el componente de despersonalización genera un aumento de 11% de riesgo de mala práctica médica. Asimismo, el aumento de 1 punto según MBI en el componente de agotamiento o fatiga emocional se observa hasta un 5% de aumento de probabilidad de cometer negligencia. Todo esto genera un trato y manejo subóptimo en la atención médica.

#### **7.1.20** Definición de Internado rotativo y obligaciones que constan en los acuerdos laborales

El internado rotativo es definido como un programa en el cual existe la integración entre el conocimiento teórico y práctico de manera docente y asistencial (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). Consta con una duración de un año calendario, el cual está provisto de diferentes rotaciones hospitalarias que permiten al estudiante culminar con el aprendizaje de todos los niveles de su educación superior en el área de salud. Las carreras de ciencias de la salud que tienen como requisito culminar el año de internado rotativo son: medicina, enfermería, obstetricia y nutrición (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019).

El estudiante de último año de la carrera es denominado interno rotativo, el cual realiza su actividad teórico-práctica en establecimientos de salud (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). La plaza está asignada por la Red Pública Integral de Salud, así como con la Red Privada Complementaria (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). Asimismo, el estudiante se encuentra a cargo de tutores que serán los encargados de supervisar el desempeño del estudiante durante sus actividades (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). El internado rotativo comprende medicina comunitaria, pediatría, ginecología, cirugía general y

medicina interna/emergencias. Estas rotaciones deberán ser distribuidas en un año calendario(Consejo de Facultad de Carrera de Medicina, 2022).

El interno rotativo tiene también obligaciones entre las que constan el acudir de forma continua al establecimiento asignado (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). Además, se establece que en caso de que corresponda el estudiante debe realizar guardias de 24 horas cada cuarto día, finalizando la misma con la entrega de guardia y su respectivo pase de visita.

Según el Consejo de Educación Superior, así como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador establecen que la cantidad de horas laborales que le interno rotativo debe cumplir de manera semanal es de sesenta. Esta cantidad de horas cuenta ya con las guardias obligatorias cada cuarto día (Consejo de Facultad de Carrera de Medicina, 2022).

Asimismo, se propone que durante la semana de trabajo el estudiante debe tener al menos un día completo de descanso (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). También indican que durante las guardias luego de 16 horas de trabajo continuo el interno debe tener un periodo de descanso mayor o igual a una hora de preferencia entre las 10 pm a las 8 pm. Además, a partir de medianoche se pueden dividir periodos cortos de descanso de hasta 3 horas (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019).

Con excepción del día después de la guardia el interno debe cumplir con sus labores según los requerimientos de cada institución. Sin embargo, el día posterior a la guardia debe ser de descanso obligatorio (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019). Se estipula que el interno rotativo debido a sus labores dentro de las instituciones de salud tendrá una remuneración, además que será vinculado con el seguro social (Norma Técnica Del Internado Rotativo En Establecimiento de Salud, 2019).

Los internos rotativos deberán manifestar su capacidad y conocimiento durante el año de internado. Tanto el conocimiento teórico como práctico serán evaluados durante el último año. Será su obligación ser evaluados por los docentes asistenciales quienes se deben regir a un syllabus previamente establecido (Consejo de Facultad de Carrera de Medicina, 2022). Los internos deben demostrar preparación previa y serán calificados al final de cada rotación (Consejo de Facultad de Carrera de Medicina, 2022).

Así como los internos tienen sus obligaciones, existen también derechos que pueden reclamar. Como ser remunerados, recibir docencia y realizar procedimientos supervisados. Todo esto pretende precautelar las necesidades y el bienestar de los internos rotativos de las respectivas carreras de la salud.

#### **7.1.21** Condiciones laborales en pandemia por COVID 19

El director general de la Organización Mundial de la salud, el Doctor Adhanom, menciona que, para mantener la integridad y la salud de los pacientes, es necesario primero precautelar la seguridad del personal de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2020a). Para esto, se requiere instaurar un ambiente laboral favorable en el cual exista seguridad, capacitaciones, respeto y una remuneración adecuada durante la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a). La OMS vela por mejorar la seguridad del personal de salud. Se busca proponer medidas que permitan mayor seguridad de riesgos físicos y biológicos, así como preservar la salud mental durante la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Datos muestran que en países con bajo y moderado desarrollo hasta el 35% del total de personas notificadas como positivas para COVID-19 fueron el personal de salud (Organización Mundial de la Salud, 2020a). Sumado a esto, la incertidumbre acerca de la posibilidad de contagiar a familiares evoca temor y ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2020a). De

todas maneras, no se ha logrado esclarecer si el personal de salud se ha contagiado a nivel comunitario u hospitalario.

La OMS establece que todo centro de atención de la salud debe proteger a los trabajadores antes cualquier tipo de riesgo ya sea físico, biológico, psicológico o social. Durante la pandemia, es imprescindible que toda persona en primera línea reciba equipo de protección personal en cantidad, talla y calidad adecuada para el tipo de exposición a la que se enfrenta. Es importante que todo personal esté capacitado acerca del uso correcto y eliminación del equipo de protección personal (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Los objetivos que se ha impuesto la OMS durante la pandemia son: prevención de accidentes por material de tipo corto punzante, la prevención de agotamiento mental en el ámbito laboral, la correcta aplicación del equipo de protección personal, la tolerancia cero ante el maltrato y violencia en el ámbito laboral de los profesionales de la salud y la última esfera objetivo de la OMS es el reporte de todos los incidentes graves relacionados a la bioseguridad (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Según Torres existe una saturación del sistema de salud en el Ecuador (Torres Toala et al., 2021). Repercutiendo así con el desarrollo del SB. Un dato determinante por considerar es la presencia de falta de equipos de protección, ya sea desde atención de primer nivel hasta de tercer nivel (Torres Toala et al., 2021). La exposición de riesgo actúa de igual manera como un factor de estrés añadido a la lista de problemas. Generando de este modo aumento de la carga laboral, con aumento de las responsabilidades tanto emocionales, sociales y laborales (Torres Toala et al., 2021).

La OMS indica que el personal de salud que estuvo expuesto a la atención de pacientes durante la pandemia presenta alto riesgo de contagio (Organización Mundial de la Salud, 2020a). Según menciona esta entidad, la carga emocional del personal de primera línea contra

COVID-19 se ve afectada por el riesgo sin precedentes de exposición tanto para el personal de salud como para su familia (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

También se considera que las condiciones laborales hospitalarias dependen de lo que tenga repercusión psicológica. Por ejemplo, el exceso de trabajo, una guardia extensa, las rotaciones hospitalarias y guardias obligatorias incluso en fines de semana y feriado, el trabajo en la noche, cambios en el servicio en el que se encuentra y el manejo de pacientes en situaciones críticas y demandantes. Así mismo, se ha evidenciado que de manera subjetiva el personal de salud considera que son insuficientes los recursos humanos en comparación a la exigencia laboral (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

Acercas del equipo de protección personal (EPP), al inicio de la pandemia en Ecuador se establecieron recomendaciones sobre cuál debe utilizarse (Ministerio de Salud Pública, 2020). Conforme la pandemia mantenía su curso y se conocía más acerca de la transmisibilidad del virus, las medidas de bioseguridad requeridas fueron adecuándose. El equipo de protección personal es aquel instrumento utilizable cuyo fin es formar una capa protectora entre el patógeno y el usuario, objeto o lugar. Esto prevé el contagio y la infección (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Es imprescindible el uso y retiro adecuado del EPP para evitar la propagación e infección. Además, el lavado de manos debe constar siempre al manipular el EPP. Se requiere un material de condiciones apropiadas y que el usuario esté capacitado para utilizarlo. Sólo de esta forma se conseguirá la eficacia esperada (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En cuanto a la descripción de las condiciones laborales hay que tomar en cuenta el tipo de mascarillas y su efectividad. Las mascarillas quirúrgicas son comúnmente usadas, pese a que cubre de una manera no oclusiva completamente. La idea de este tipo de mascarilla es evitar el flujo unidireccional de las grandes partículas (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Las mascarillas N95 están diseñadas para un mayor nivel de hermetismo. Estas se distribuye el flujo de aire por toda la mascarilla, siendo esto un factor que permite mayor uniformidad reduciendo así el paso de partículas. Como el nombre lo dice, protegen del 95% del paso de partículas, siendo estas de 0,1-0,3  $\mu\text{m}$  de tamaño (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Existen mascarillas que ofrecen mayor protección que las quirúrgicas. Las KN95, estas pueden filtrar hasta el 95% de las partículas de aire, siempre que sean reguladas y que cumplan los requisitos mínimos para este tipo de mascarillas. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2021)

Según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública el tipo de EPP que se requiere en los establecimientos de salud es diferente para el tipo de actividad y de exposición de la persona que lo utiliza. Los profesionales de la salud, así como el personal de limpieza y familiares expuestos a un paciente positivo para COVID-19 precisa usar bata desechable con mangas reforzadas, mascarilla, guantes (de manejo para personal de salud y grueso para limpieza) y monogafas o visor (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En el caso de que exista un procedimiento en el que se genere aerosoles se debe utilizar gorro protector desechable, así como una mascarilla N95 o FFP2. En áreas de tránsito de pacientes, salas de espera de pacientes sin síntomas respiratorios, triaje de pacientes sin síntomas y en áreas administrativas no se requiere el uso de EPP, pero sí se recomienda distanciamiento y lavado de manos (Ministerio de Salud Pública, 2020). Aquel profesional de salud que se encuentre en contacto con pacientes con síntomas respiratorios debe usar mascarilla en la evaluación inicial, así como uso de guantes en el caso de que exista contacto directo (Ministerio de Salud Pública, 2020).

### 7.1.22 Impacto de la pandemia en internos rotativos

En un estudio realizado en Perú acerca de la percepción de los internos rotativos de medicina sobre la pandemia sugiere que existe gran inseguridad acerca de las condiciones a las que tendrán que enfrentarse (Albitres-Flores et al., 2020). Además, se encontró que sólo 11,9% de los internos rotativos que realizaban sus prácticas durante pandemia estaban de acuerdo con retomar las actividades del internado rotativo (Albitres-Flores et al., 2020). Esto está explicado por la falta de aseguramiento sobre el acceso a equipo de protección personal (Albitres-Flores et al., 2020). Según la encuesta indica que en el caso de que a los internos rotativos se les aseguren las condiciones laborales óptimas (como lo son equipo de protección) un 54,9% estaría dispuesto a retomar el internado durante la cuarentena. El 81,1% de los internos de este estudio indicaron que no se proveía equipo de protección personal adecuado (Albitres-Flores et al., 2020).

Respecto a estudiantes de medicina en general, cifras demuestran que hasta un  $47.8 \pm 11.0\%$  presentan SB (Thun-Hohenstein et al., 2021). No sólo eso, se ha evidenciado que los estudiantes desarrollan hasta un 20% de problemas de la salud mental (Thun-Hohenstein et al., 2021). El salario actúa como un estímulo que afectará el desarrollo o no de este síndrome (Thun-Hohenstein et al., 2021).

Los internos rotativos han atravesado afectación psicológica por la incertidumbre sobre el contagio a familiares posterior a la asistencia a guardias hospitalarias (Albitres-Flores et al., 2020). Un 76,2% de los internos en Perú estuvo de acuerdo en suspender el internado rotativo por miedo a contagiar a su familia. A esto se le suma que más de 2/3 de la población de estudio indicada que sus familiares cercanos eran personas de riesgo para desarrollar complicaciones por COVID-19 (Albitres-Flores et al., 2020).

La falta de insumos o recursos viene a ser un factor determinante durante la pandemia (Albitres-Flores et al., 2020). Se requiere acceso a equipo de protección personal. Es por este motivo que un 24,9% de internos encuestados indicó que no estaría dispuesto a volver al internado rotativo durante pandemia incluso si existiera equipo de protección adecuado(Albitres-Flores et al., 2020). Se evidenció que no sólo depende de la falta de equipo de protección personal sino también de la capacitación de un uso apropiado del mismo (Albitres-Flores et al., 2020).

No solamente se habla de una afectación en el bienestar y la salud de los estudiantes. Existe una afectación académica implícita de la mano de la pandemia. La docencia se vio limitada a la virtualidad, perdiendo así el aprendizaje durante el contacto médico-paciente (Albitres-Flores et al., 2020). Un dato relevante en un estudio realizado en Ecuador se evidenció mediante encuestas que sólo un 2,7% de internos rotativos de enfermería buscó actualizar sus conocimientos acerca de COVID-19 (Andrés Pizarro-Pereira & Johana Chamba-Tandazo III, 2021).

La falta de guías de práctica clínica, así como de conductas terapéuticas al inicio de la pandemia generaron incertidumbre y estrés. Además, el avance progresivo de la mortalidad generó una limitada capacidad de atención (Zapata et al., 2020). La magnitud de la demanda de equipos, personal y asistencia médica al inicio de la pandemia generó un ambiente de tensión tanto para el personal de salud como para los pacientes. Los internos rotativos, al estar en sus prácticas preprofesional requirieron aún más exigencia. No por la falta de personal o desconocimiento académico, sino por la falta de experiencia y competencias laborales (Zapata et al., 2020). La adaptación al ambiente hospitalario, así como la falta de entrenamiento sobre el uso de equipo de protección personal generó mayores niveles de agotamiento mental por el miedo al contagio (Zapata et al., 2020). Como conclusión, el exceso de trabajo va más allá de la capacidad resolutive del estudiante de medicina(Thun-Hohenstein et al., 2021).

## **8. Objetivos de la investigación**

**8.1** Establecer la relación de Síndrome de Burnout y las condiciones laborales en internos rotativos de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022 durante la Pandemia por COVID-19.

**8.1.1** Establecer la prevalencia de Síndrome de Burnout en internos rotativos de medicina de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022.

**8.1.2** Identificar las condiciones laborales durante la pandemia por COVID-19 como la exposición a pacientes COVID-19 positivos, uso y disponibilidad de equipo de protección personal, la relación interpersonal que han tenido dentro de su área de trabajo y la duración de la jornada laboral que han tenido los internos rotativos de medicina durante la pandemia.

**8.1.3** Analizar la asociación entre las condiciones laborales durante la pandemia como la exposición de pacientes COVID-19 positivos, el uso y disponibilidad de equipo de protección personal, la relación interpersonal que han tenido dentro de su área de trabajo, la duración de la jornada laboral y la percepción subjetiva de la carga laboral y la presencia o ausencia del síndrome de Burnout.

**8.1.4** Identificar las medidas preventivas del síndrome de Burnout para los internos rotativos de Medicina.

## **9. Hipótesis del estudio**

- El tipo de estudio es descriptivo transversal y no requiere hipótesis

## **10. Materiales y métodos**

### **10.1 Metodología**

#### **10.1.1 Diseño de investigación**

Observacional de corte transversal de tipo descriptivo

#### **10.1.2 Población**

Para este estudio se busca la participación de estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador pertenecientes a la facultad de medicina cursando su internado rotativo que correspondan a las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y mayo 2021-abril 2022. Con una población objetivo-aproximada de 180 estudiantes.

#### **10.1.3 Establecimiento**

Se realizará en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la Facultad de Medicina. Dirección Avenida 12 de octubre y Ramón Roca. Quito, Ecuador. Código Postal 170525.

#### **10.1.4 Criterios de inclusión**

Estudiantes que acepten participar en el estudio expresado en el consentimiento informado adjunto y estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que cursen su internado rotativo de las cohortes septiembre 2020- agosto 2021 y mayo 2021-abril 2022

#### **10.1.5 Criterios de exclusión**

Participantes que no acepten el consentimiento informado. Participantes que no llenen adecuadamente la encuesta o que se encuentre incompleta. Estudiantes de medicina de la

Pontificia Universidad Católica del Ecuador que no pertenezcan al internado rotativo de las cohortes septiembre 2020- agosto 2021 y mayo 2021-abril 2022.

#### **10.1.6 Variables**

Dentro de los datos demográficos se consideran la edad y el sexo. Se requiere determinar a qué cohorte de internado rotativo pertenece. En cuanto a las condiciones laborales se requiere conocer acerca de la percepción subjetiva de las condiciones laborales, la disponibilidad de equipo de protección personal adecuada, uso de equipo de protección personal, el tipo de equipo de protección personal, el tipo de mascarillas que se utilizó durante la pandemia, la duración estimada de la guardia hospitalaria, el tiempo de descanso durante las guardias, la relación interpersonal en el área hospitalaria, si hubo contactos con pacientes COVID-19 positivos o con sospecha clínica. La percepción subjetiva de la carga laboral basándose en los resultados obtenidos en la encuesta NASA TLX. Para la variable de Síndrome de Burnout, se utilizará el Maslach Burnout Inventory en su versión en español con la cual se puede determinar el agotamiento mental, despersonalización y falta de realización personal.

#### **10.1.7 Procedimientos para cumplir objetivos planteados**

La información pretende ser obtenida mediante muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve mediante encuestas digitales enviadas a los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión previamente descritos que tengan relación con los investigadores. Siendo responsables los investigadores principales de enviar las encuestas. Se pretende desarrollar con la totalidad de los estudiantes, por consiguiente, no requiere cálculo de la muestra. Se colocará el consentimiento informado para su aprobación (anexo 1); posteriormente, se procede con la encuesta (anexo 2) orientada a obtener datos personales, la escala Maslach Burnout Inventory y una serie de preguntas formuladas para obtener información acerca de las condiciones laborales dentro de los establecimientos de salud a los cuales asisten o asistieron los

participantes del estudio. Asimismo, se incluirá la escala NASA TLX para tener una estimación de la carga laboral que cuenta con validación y así obtener una mejor comprensión del grupo de estudio. El tiempo estimado para completar la encuesta es de 15-20 minutos, no se limitará el tiempo de respuesta a los participantes. Con los datos obtenidos en las encuestas se pretende llenar una matriz en Excel, para posteriormente realizar el análisis de los datos obtenidos. Los cuáles serán recopilados y analizados en la aplicación SPSS. La información obtenida como los datos demográficos serán confidenciales, de uso exclusivo de los investigadores. Estos, serán codificados para su uso y almacenamiento como manera de anonimización. Los resultados serán compartidos con los aplicantes según lo soliciten. Adicionalmente se analizará la asociación entre variables, para lo cual se utilizará la prueba de Chi cuadrado. Para valorar la intensidad de asociación se utilizarán la V de Cramer para datos nominales, Tau de Kendall para datos ordinales, la razón de prevalencia y los odds de prevalencia para variables dicotómicas.

## **11. Consideraciones éticas y de género**

El estudio pretende empezar después de la autorización del CEISH de la Pontificia Universidad Católica. Posterior a esta autorización se pretende contactar a los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión para la realización de la encuesta digital. Una vez obtenida la información no se tendrá contacto adicional con los involucrados para obtención de información extra. Con esto, se respeta el principio de justicia en donde puedan participar de manera igualitaria en este estudio todos los estudiantes que cursan el internado rotativo. Además, los estudiantes aceptarán mediante un consentimiento informado su participación en la encuesta, respetando así la autonomía. La información obtenida mediante las encuestas de los estudiantes incluidos en la investigación se mantendrá de forma confidencial y en el anonimato. Sólo los autores principales de la investigación tendrán acceso a estos datos para su análisis. El principio de beneficencia se aplicará al presentar los resultados obtenidos del

estudio a la institución para que la misma pueda tomar medidas preventivas para evitar el desarrollo del síndrome de Burnout en los estudiantes del internado rotativo. No existe ningún riesgo para la población estudiada, ya que no se tendrá contacto directo con los estudiados debido a que la recolección de información proviene de encuestas digitales. Juntamente con esto, se respetará la confidencialidad en todo momento, sin generar consecuencias negativas en los internos estudiados; de este modo se aplica la no maleficencia.

## **12. Descripción de las variables del estudio**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
<b>Síndrome de Burnout</b>	Resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito	Escala Maslach Agotamiento emocional: Preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	cualitativa ordinal	Bajo <=16 Medio 17-27 Alto >=28	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Escala Maslach Despersonalización o Cinismo: Preguntas 5,10, 11, 15, 22.	cualitativa ordinal	Bajo <= 5 Medio 6-10 Alto >=11	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Escala Maslach Realización personal: Preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	cualitativa ordinal	Bajo < =33 Medio 34-39 Alto >=40	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	cualitativa ordinal	Años	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo

	hasta la actualidad				
<b>Sexo</b>	Características genotípicas que distinguen a un hombre de una mujer	Femenino y masculino	cualitativa nominal	Masculino Femenino	Frecuencias y porcentajes
<b>Cohorte de internado rotativo</b>	Cohorte de ingreso a la rotación Hospitalaria	Cohorte a la que ingresaron a su internado rotativo	cualitativa nominal	Septiembre 2020 - agosto 2021 Mayo 2021-abril 2022	Porcentajes
<b>Percepción de condiciones laborales</b>	Percepción subjetiva personal acerca	Percepción de las condiciones laborales	cualitativa ordinal	Muy buena Buena Moderada	Frecuencias y porcentajes

	de las condiciones laborales de los internos rotativos			Mala Muy Mala	
<b>Disponibilidad de equipo de protección personal adecuado</b>	Disponibilidad de equipo de protección personal para uso en procedimientos que lo requieran	Disponibilidad de equipo de protección personal para su uso de ser necesario	cualitativa ordinal	Siempre Frecuente Ocasional Infrecuente Nunca	Frecuencias y porcentajes
<b>Uso de equipo de protección</b>	Uso de equipo de protección personal para	Uso de equipo de protección personal para realización de	cualitativa nominal	Sí No	Frecuencias y porcentajes

<b>personal adecuado</b>	procedimientos que lo requieran	procedimientos que lo requieran			
<b>Equipo de protección personal</b>	Material de bioseguridad que evita el contacto con objetos o sustancias nocivas para la salud.	Equipo de protección personal brindado por en las instituciones de salud en las que realiza su práctica	Cualitativa nominal	Visor Bata desechable Botas descartables Lentes de protección Guantes de manejo Mascarillas	Frecuencia y porcentajes
<b>Mascarillas</b>	Instrumento de bioseguridad para prevenir la inhalación y	Tipo de equipo de protección personal brindado por en las instituciones de salud en las que realiza su práctica	Cualitativa nominal	N95 KN95 Quirúrgica Reusable de tela	Frecuencia y porcentajes

	propagación de aerosoles				
<b>Duración estimada de guardia hospitalaria</b>	Número de horas aproximado que el estudiante permanece durante su jornada de manera continua durante la guardia hospitalaria	Máximo de horas laborales de trabajo en la guardia	Cualitativa ordinal	<p>&lt;24</p> <p>&gt;24-28</p> <p>&gt;28-32</p> <p>&gt;28-32</p> <p>&gt;32-36</p> <p>&gt;36-40</p>	Frecuencias y porcentajes

<b>Tiempo de descanso durante las guardias</b>	promedio estimado de horas de sueño durante el desarrollo de una guardia	horas de descanso durante las guardias	Cualitativa ordinal	0 1-2 3-4 4-5 5-6 >7	Frecuencias y porcentajes
<b>Relación con el personal hospitalario</b>	Percepción personal acerca de la relación del estudiante con el personal hospitalario	Percepción personal de la relación con el personal hospitalario	Cualitativa ordinal	buena mala regular	Frecuencias y porcentajes
<b>Contacto con pacientes COVID</b>	Cantidad de contacto con pacientes	Percepción personal de la relación con el personal de enfermería y de	Cualitativa ordinal	Sí No	Frecuencias y porcentajes

<b>diagnosticados o con sospecha</b>	COVID positivos o con sospecha de este en la rotación con mayor contacto con los mismos			Solo en atención emergente	
<b>Carga Laboral</b>	El conjunto de requerimientos psico-físicos a los que el trabajador se ve sometido a lo	Exigencia Mental Primera pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde Baja a Alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Exigencia Física Segunda pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde Baja a alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo

	largo de la jornada laboral	Exigencia temporal Tercera pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde Baja a alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Esfuerzo Cuarta pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde Baja a alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Rendimiento Quinta pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde baja a alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo
		Nivel de frustración Sexta pregunta test NASA TLX	Cualitativa ordinal	Escala continua desde Baja a Alta	Media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo

### **13. Resultados**

Se ha clasificado en diferentes grupos de variables para el análisis. Encontrándose así variables demográficas, condiciones laborales y el síndrome de Burnout. Esta agrupación se ha realizado para el apropiado abordaje de la asociación entre grupos. Existiendo 175 estudiantes en las dos cohortes a analizar, se realizó un cálculo del tamaño de muestra requerida para obtener un nivel de confianza de 95%, requiriéndose para llegar a estos porcentajes la participación de 120 estudiantes. En el presente estudio se aplicó el tipo de muestreo de tipo bola de nieve, se envió encuestas a la mayor cantidad de estudiantes posibles, siendo el número enviado aproximado de 160. Obteniéndose la respuesta de 129 participantes, con la negativa al consentimiento informado de uno de ellos. Los resultados obtenidos se encuentran resumidos a continuación; no obstante, los gráficos pueden encontrarse en la sección final de anexos.

Del total de 128 encuestas realizadas que aceptaron el consentimiento informado, el 40,6% tienen 24 años, 29,7% tienen 25 años. El 29,7% restante comprende desde los 23 años hasta los 30 años. En cuanto al sexo de los participantes, el estudio contó con la participación de un 63,3% de mujeres y 36,7% de hombres. La cohorte con mayor participación fue la de septiembre 2020 – agosto 2021 con un total de 69,5% del total de encuestados, siendo la participación de la cohorte de mayo 2021 – abril 2022 de un 30,5% de los 128 participantes.

En cuanto a la percepción subjetiva de las condiciones laborales durante el internado rotativo en orden descendente el 50,78% indicó que fue buena, 35,94% moderada, 7,81% muy buena, 3,91% mala y 1,56% muy mala.

Se realizaron preguntas a los encuestados orientadas al equipo de protección personal que recibieron los internos rotativos de ambas cohortes, con qué frecuencia recibieron y si ellos consideraban si era apropiado para el tipo de exposición a la que se enfrentaron. Los resultados indican que un 5,5% nunca recibieron EPP, 27,3% de manera infrecuente, 35,9% de manera

ocasional, 25% frecuentemente y un 6,3% siempre recibieron equipo de protección personal. De todas las personas que refieren haber recibido EPP como mascarillas el 67,97% de refirió que no era el adecuado para el tipo de exposición a la que se enfrentaron.

En cuanto a los tipos de mascarillas que fueron proporcionados por los establecimientos de salud durante la duración de internado rotativo se encontraron a las de tipo N95, KN95 y quirúrgicas. En orden descendente encontramos que la mascarilla recibida de manera más frecuente fue la quirúrgica con un 50,78%, seguida de la KN95 con 32,81% y N95 con 8,59%. Además, dentro de la pregunta se añadió una opción para aquellos que no recibieron ningún tipo de mascarilla, siendo seleccionada por el 7,81% de los encuestados. Asimismo, se consideró dentro de las opciones a las mascarillas de tela, sin obtenerse ningún resultado para los cubrebocas de este tipo.

El equipo de protección personal está determinado en base a la exposición a la que estén sujetos los internos rotativos y a los lineamientos vigentes para el tiempo en que tuvieron la exposición. Dentro de la encuesta se incluyó una pregunta orientada a conocer el tipo de EPP recibido por parte de la institución. En cuanto al primer EPP encuestado encontramos que el 29,7% de los estudiantes recibieron un visor. Las botas descartables fueron proporcionadas a un 57% de los encuestados. Los lentes de protección fueron el EPP con menor porcentaje, el cual fue proporcionado a un 19,5% del total de internos. Los guantes de manejo se entregaron a un 79,7%. Y finalmente, las mascarillas fueron el EPP mayormente recibido, con un porcentaje de 90,6%.

En cuanto al promedio de horas de guardia hospitalaria se observó que el 52,34% de internos pasaban de 24-28 horas durante la guardia hospitalaria. El 36,72% indican que sus guardias tenían una duración de 28-32 horas. El 10,16% tuvieron guardias de 32-36 horas durante la pandemia. Finalmente, el 0,78% indicó que pasó de 36-40 horas por cada guardia.

El promedio de horas de descanso en orden ascendente es de 0,8% para 0 horas promedio por guardia hospitalaria, 1,6% para >7 horas, 2,3% para 5-6 horas, 44,5% con un promedio de 3-4 horas y el mayor porcentaje es de 50,8% con promedio de 1-2 horas por guardia. La pregunta acerca de la percepción de la relación interpersonal entre el personal de salud durante la pandemia indicó que el 67,19% era buena, el 30,4% regular y el 2,34% era mala.

Según indican los datos acerca del contacto que han tenido los internos con pacientes positivos para COVID-19 se evidencia que el 91,4% ha tenido contacto con casos confirmados, el 7% sólo en atención emergente y el 1,6% no refiere haber tenido contacto directo con pacientes positivos para COVID-19 durante todo el año del internado.

La escala de NASA-TLX valora 6 componentes los cuales son mental, físico, temporal, rendimiento, esfuerzo y frustración. El cálculo de los valores presentes de cada componente genera un puntaje final ponderado, estos puntajes permiten categorizar el nivel de carga laboral subjetiva de cada trabajador al realizar una tarea, posterior a lo cual es categorizado en niveles bajo, moderado y alto. Tomando en cuenta estos factores encontramos 114 (89,06%) de los encuestados indica un alto nivel de carga laboral, mientras que 14 (10,94%) lo catalogan como moderado. Es importante recalcar que ninguno de los encuestados percibió niveles bajos o nulo nivel de carga laboral.

Tomando en cuenta los resultados provistos del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), se evaluaron los 3 componentes del SB, los cuales son la fatiga emocional, el cinismo o despersonalización y la falta de realización personal. Los resultados indican por separado el diagnóstico de cada uno de estos componentes con lo cual podemos concluir con la presencia o no de este síndrome.

Todos los componentes se clasifican en 3 categorías: alta, moderada y baja. En cuanto a la despersonalización la categoría alta presenta 58 personas (45%), 40 personas con baja (32%) y moderada 30 personas (23%). La fatiga emocional con 66 personas con categoría alta (51%), bajo con 33 personas (26%) y moderado con 29 personas (23%). Finalmente, el componente de falta de realización personal indica los siguientes resultados: baja realización personal 77 personas que equivale a 57%, moderado con 28 personas (22%) y alto con 27 personas (21%).

Los estudiantes que presentan diagnóstico de síndrome de Burnout mediante el test de Maslach son el 34% que corresponde a 43 personas del total. El primer perfil fue el sobreextendido con 18%, seguido del descomprometido con 12% y finalmente el inefectivo con 20%. Además de los grupos ya descritos se encontró que los comprometidos comprendían el 4% de la muestra. Sin embargo, dentro de esta clasificación existieron individuos que no cumplían estrictamente con los criterios para ser seleccionados dentro de los grupos, es así que se los añadió dentro de una categoría a la que llamaremos los no clasificados con un 13%.

Para el total de 81 mujeres los resultados manifiestan que los perfiles más comunes son: 28 de las encuestadas desarrollaron Sd. Burnout según la encuesta aplicada, esto representa el 35% de la población femenina. El siguiente perfil de riesgo fue el sobre extendido, con total de 15 personas que equivale al 19%. El perfil inefectivo con 25%, el descomprometido con 6% y finalmente se describen los no clasificados con 12% y los comprometidos con 4%.

Para el total de 47 hombres encuestados los resultados son los siguientes: 15 de los encuestadas desarrollaron SB que equivale al 32% de la población masculina. El perfil de sobreextendido con 8 personas que equivale al 17%. El perfil descomprometido con 21%, el inefectivo con 13% y finalmente se describen los no clasificados con 13% y los comprometidos con 4%.

Una vez determinados los resultados del síndrome de Burnout en internos y su respectivo perfil, se procedió a buscar la relación entre el síndrome de Burnout y las condiciones laborales. Primero, se analizó cuál fue la relación en base al sexo. El 32% de la población masculina presentaba síndrome de Burnout mientras que el 35% de la población femenina padecía esta condición. El valor de  $p$  (0,9) indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar que el síndrome de Burnout no tiene relación con el sexo de la población.

Al realizar pruebas de asociación entre el sexo y el SB respecto solamente a los perfiles de riesgo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de un riesgo 4 veces mayor de padecer perfil descomprometido por parte de los hombres. Con respecto a la edad, no se encontró relación entre con el desarrollo de síndrome de Burnout.

El 32% de las personas que afirmaron que las mascarillas que recibieron no fueron apropiadas para el tipo de exposición desarrollaron SB. Sin embargo, Esta asociación no fue estadísticamente significativa con un valor de  $p$  de (0,77), por lo que no es posible atribuir algún tipo de asociación.

En cuanto al desarrollo del síndrome de Burnout y la cohorte de internado rotativo se obtuvieron los siguientes resultados. El 33% de la cohorte de septiembre 2020 y el 36% de la cohorte de mayo 2021 desarrollaron SB. Asimismo, al analizar al síndrome de burnout y la presencia de los perfiles de riesgo se encontró una prevalencia de 84.27% en la cohorte de septiembre 2020 y de 82.05% en la cohorte de mayo 2021. Grupos que, al ser analizados en conjunto, no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Al analizar la percepción subjetiva de las condiciones laborales del internado con el desarrollo del SB, no se encontró una asociación, con un valor de  $P$  de (0,5). Asimismo, al realizar el cruce de variables, la cantidad de horas de descanso por guardias, no se asoció con

el síndrome de Burnout. De la igual manera, la cantidad de horas de guardia presenta ambigüedad en cuanto a la relación con el síndrome de Burnout. Donde, incluso la máxima cantidad de horas de guardia evidencia no tener relación con el síndrome de Burnout. Sin embargo, no existieron datos suficientes para realizar una asociación adecuada entre las guardias que tienen una duración menor o igual a 24 horas y los resultados obtenidos pueden ser malinterpretados.

Este análisis tampoco fue significativo al comparar las relaciones interpersonales a nivel hospitalario con el Síndrome de Burnout y sus componentes. Se realizó un cruce de variables similar utilizando la frecuencia con la que recibían equipo de protección personal. Sin embargo, no se encontró asociación.

De igual manera no se encontró relación entre el tipo de mascarillas que recibieron (N95, KN95, quirúrgica, tela, ninguna) y el síndrome de Burnout ( $p$  de 0,42). En cuanto al tipo de equipo de protección personal recibido (bata desechable, botas desechables, visor, lentes de protección, guantes de manejo), tampoco se ha observado asociación con el síndrome. No obstante, dentro del EPP encuestado en el apartado de haber recibido o no mascarillas y el síndrome de Burnout, se observó un resultado significativo ( $p$  de 0,035). Pese a esto, no se pudo establecer una relación puesto que la cantidad de datos obtenidos no permite realizar esta asociación, puesto que ante estas condiciones la confiabilidad del uso de este estadístico disminuye. Existen <5 personas que no recibieron mascarillas y que desarrollaron síndrome de Burnout.

Se buscó relación entre el tipo de componentes del síndrome de Burnout que se encuentran alterados; siendo estos el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. No se encontró relación entre los componentes y las siguientes variables: cohortes, sexo, percepción subjetiva, frecuencia con la que recibe EPP, tipo de EPP,

EPP adecuado para el tipo de exposición, tipo de mascarillas, horas de guardia, horas de descanso, exposición a pacientes positivos para COVID-19.

No obstante, se encontró que una buena relación interpersonal actúa como factor protector para despersonalización con un OR de 0,423 y  $X^2$  de 4,27 siendo estadísticamente significativo con un valor de p de 0,038. De igual manera, actúa como factor protector para fatiga emocional alta con OR 0,24 con resultados estadísticamente significativos con  $X^2$  corregido de 11,09 dando valor de p de 0,0086. Como resultado se obtuvo que 39 personas presentan relación interpersonal regular, de las cuales, 28 (71%) desarrollan fatiga emocional alta. Obteniéndose OR de 3,41 con  $X^2$  8,06 y un valor - p 0,004. Por consiguiente, lo consideramos significativo. Cabe destacar, que no es posible comparar la relación interpersonal mala, puesto que los datos son insuficientes para encontrar una relación mediante uso de estadísticos.

Podemos observar que aquellas personas que mencionan tener relaciones interpersonales buenas son 4 veces más propensas a percibir sus condiciones laborales como buenas. Con un OR de 4,01 y  $X^2$  corregido de 11,05 y valor - p 0,00088. Corroborando con esto, aquellos que presentan relaciones interpersonales regulares son menos propensas a percibir sus condiciones laborales como buenas; presentando un OR 0,25 con  $X^2$  corregido 10,17 con valor - p 0,0015. Hallazgos que coinciden con los resultados previos, podemos observar que aquellos con relaciones interpersonales buenas son menos propensos a percibir las condiciones laborales como moderadas (OR 0.3,  $X^2$  8,44 y valor p 0,003). Asimismo, aquellos que percibían sus relaciones interpersonales como regulares eran más propensos a percibir como moderadas a las condiciones laborales siendo estos datos estadísticamente significativos.

Altos niveles de carga laboral según escala de NASA-TLX tienen relación con altos niveles de fatiga emocional determinados por la escala de Maslach. Se obtiene OR 7,68 con  $X^2$  corregido de 7,15 y valor  $-p$  0,007.

#### **14. Conclusiones**

El objetivo principal fue establecer la relación entre el síndrome de Burnout y las condiciones laborales en los internos rotativos de medicina durante la pandemia por COVID-19. Asimismo, esta investigación se orientó a suplir de información adicional acerca de las variables principales del estudio en el grupo investigado. Gracias a la respuesta adecuada por parte de los participantes los resultados obtenidos durante esta investigación superan la muestra mínima para obtener niveles de confianza mayores a 95% con respecto a la población de estudio. La prevalencia del síndrome de Burnout fue de 34% en nuestra muestra, porcentaje que se incrementa a 83.59% al considerar también a los perfiles de riesgo propuestos por Maslach. Además, acerca de las condiciones laborales y el SB estudiados podemos redactar algunas conclusiones.

El sexo según determinadas investigaciones influye en el desarrollo del SB; sin embargo, los estudios realizados no son concluyentes con respecto a esta relación. Esta relación se basa en los diferentes tipos de personalidad, resiliencia, así como también de las diferentes redes de apoyo en hombres y mujeres. A pesar de esto en nuestro estudio que no existió una diferencia significativa con respecto al sexo y el riesgo de Burnout. Aunque, si se evidenció una mayor tendencia presentar perfil de descomprometido (alto nivel de despersonalización) en el sexo masculino.

Con respecto a la frecuencia con la que los internos recibían EPP por parte de la institución, se encontró que cerca de dos tercios de los encuestados refirieron haber recibido estos equipos de forma ocasional e infrecuente. Esto puede deberse a un desabastecimiento por

parte de las instituciones de salud de este material, o incluso a una negativa por parte de estas instituciones de proporcionar este material a los internos rotativos o al personal en general, sin embargo, los datos y el enfoque del estudio no son adecuados ni capaces de proporcionar un juicio con respecto a estas aseveraciones. Sin embargo, debido a la importancia del equipo de protección personal para la atención de pacientes en tiempos de pandemia, este resultado nos muestra una posible cantidad de participantes que tuvieron que adquirir su propio equipo de protección personal, con el costo económico que representa el mismo. Porcentaje que puede incrementarse en casos de que no se considere que el equipo de protección personal proporcionado fuese el adecuado para la exposición.

Asimismo, el 67% de aquellas personas que refieren haber recibido EPP indican que este no fue apropiado para el tipo de exposición ante COVID-19. Tomando en cuenta este dato, a más de proporcionar información adicional a las ideas ya planteadas, nos muestra la complejidad que tuvo el manejo de la información y la incertidumbre que pasó el personal de salud para la atención de pacientes en tiempos de pandemia por COVID-19, sea debido a la falta de investigación y consenso para tratar a los pacientes a nivel mundial, como el miedo que surgía ante la posibilidad de contagio. Además, este dato nos brinda información adicional acerca de las condiciones laborales y como estas no fueron ideales durante la pandemia. Se deben gestionar políticas en las cuales se establezcan los recursos necesarios de protección personal ante la exposición.

En base a los resultados obtenidos nos es posible concluir que la percepción subjetiva de las condiciones laborales tenga relación con el desarrollo del síndrome de Burnout, pese a que el 67,19% demuestra que tuvieron percepción buena sobre las condiciones laborales durante su año de internado este ámbito no tuvo una relación estadísticamente significativa. Asimismo, se analizó en conjunto con los resultados obtenidos en el cuestionario de NASA-TLX, que es una herramienta que nos permite observar los grados de carga laboral a las que

están expuestos los encuestados. Donde se pudo observar que 89% de los estudiantes encuestados tienen alta carga laboral, lo cual contribuye un riesgo importante, aunque tampoco se pudo encontrar una asociación significativa entre ambas variables.

Pese a lo ya descrito, gran cantidad de los internos rotativos indican haber tenido buenas condiciones laborales durante la pandemia. Esto puede estar explicado por el hecho de que existen buenas relaciones interpersonales, las cuales demostraron en nuestro estudio actuar como factores protectores significativos para el desarrollo del SB. Resultados que se corroboran con los estudios mencionados en el marco teórico, mismos en los que se evidencia que las redes de apoyo son imprescindibles tanto para la prevención, así como para el manejo del SB.

Como hemos evidenciado el 91,4% ha tenido contacto con casos confirmados, pese a esto, no se evidenció una relación entre esta exposición y el desarrollo del síndrome de Burnout.

Los componentes del síndrome de Burnout que se evidenciaron se encuentran mayoritariamente afectados son la falta de realización personal y el agotamiento emocional. Esto puede explicarse porque al ser estudiantes de medicina no tienen suficiente reconocimiento respecto al nivel jerárquico en el ambiente laboral hospitalario. No obstante, el agotamiento emocional generalmente es el primer componente del SB en manifestarse. Por consiguiente, con estos resultados y analizando los diferentes perfiles podemos concluir que aquellos estudiantes que no han manifestado síndrome de Burnout tienen tendencia a padecerlo si cronifican sus actividades laborales.

A pesar de que dentro los resultados de esta investigación no se haya encontrado una gran asociación entre las condiciones laborales propuestas en el estudio orientadas a la pandemia y el Síndrome de Burnout, es importante reconocer la naturaleza multifactorial del síndrome. Motivo por el cual, a pesar de no encontrar hallazgos significativos, es posible que

existan factores que no hayan sido abordados dentro de esta investigación que contribuyan de forma importante a la obtención de estos resultados.

El fin de esta investigación es lograr evidenciar este problema de salud en este grupo de estudiantes que cursan su primer encuentro con el mundo laboral. Además, dentro de los objetivos planteados se encuentra el de proporcionar medidas preventivas ante esta entidad. Este enfoque debe orientarse a concientizar a las instituciones laborales sobre la importancia del síndrome de Burnout y cómo este puede manifestarse dentro de todos los campos laborales, no sólo en el ámbito de la salud (hospitalario). Asimismo, debe tomarse en cuenta la salud mental de los estudiantes, puesto que como hemos observado, existe riesgo de desarrollar este síndrome. Como ya lo hemos planteado en el marco teórico, este padecimiento tiene dos factores determinantes, entre los que están los factores externos al individuo y los dependientes del individuo, es así que también es importante proponer intervenciones orientadas a desarrollar estrategias adecuadas para el manejo del estrés laboral antes de estar en contacto con el mismo.

Con esto en cuenta esperamos que este análisis abra las puertas para nuevas investigaciones a futuro, puesto que esta entidad se ha normalizado dentro de la práctica médica. Al ser así, esperamos que las entidades competentes puedan tomar medidas terapéuticas integrales principalmente preventivas ante el síndrome de Burnout. Pues, como se ha descrito en la bibliografía, existen repercusiones graves tanto para la institución como para el personal, que van desde mala práctica médica hasta incremento del riesgo de suicidio en los afectados.

Con este estudio podemos concluir también que la pandemia ha aumentado las exigencias laborales, siendo esta predisponente a aumentar la afectación psicológica y emocional de todos los trabajadores. Se requiere implementar políticas sobre la prevención y terapéutica oportuna, con el fin de evitar que la persona llegue al síndrome de Burnout.

## 15. Discusión

El síndrome de Burnout es una entidad multifactorial, lo cual dificulta su estudio. Por consiguiente, se debe tener en cuenta que la valoración debe ser integral y no debe limitarse sólo a un determinado grupo de variables; asimismo, se debe analizar desde un enfoque administrativo/laboral y no sólo desde un enfoque individual (Oliveira, 2021). Es difícil determinar cuál de todos los factores a los que han estado expuestos el personal de salud es el predisponente. Existen factores desde genéticos, biológicos, demográficos hasta sociales que influyen en el SB. Por consiguiente, la búsqueda del desencadenante puede resultar bastante complicado (Dimitriu et al., 2020).

Otra limitante en cuanto al estudio se puede observar en que las investigaciones previas no se especifica la prevalencia de manera adecuada. Se describe la afectación en los componentes, sin embargo, la prevalencia del SB requiere combinación de los mismos. Al no existir un acuerdo en la manera de agrupar, la bibliografía proporciona únicamente datos globales en percentiles, sin tomar en cuenta el requerimiento multidimensional de la entidad. Además, la escala de Maslach fue desarrollada previo al inicio de la pandemia; por consiguiente, sería óptimo que se adapte una herramienta diagnóstica para el síndrome de Burnout específica para ocasiones de extremo estrés e incertidumbre como la pandemia por COVID-19.

En cuanto a estudios realizados en Ecuador, existen algunas observaciones que se deben tomar en cuenta en base al SB en el personal de salud. No existe vasta bibliografía de previos estudios sobre el SB, siendo mayoritariamente en médicos en las cuales no se incluyen a internos rotativos de medicina. Según un estudio realizado en internos de medicina del Ecuador durante la pandemia se observó que los componentes con mayor afectación fueron el agotamiento mental y la falta de realización personal (Ruiz, 2021). En este estudio se añade la variable de la rotación hospitalaria en la cual existe mayores niveles de estrés, presentando a

ginecología, seguida de pediatría como las rotaciones que manifiestan mayores niveles de estrés y con ello agotamiento emocional y falta de realización personal (Ruiz, 2021).

Según Pizarro- Pereira, en su tesis realizada en Ecuador en el año 2021, demuestra que existe relación entre el equipo de protección personal y un impacto psicológico en los internos rotativos de enfermería. A diferencia de aquel trabajo de investigación, en este no se tomaron en cuenta antecedentes psicológicos previos ni conductas de riesgo como hábitos perniciosos o consumo de sustancias lícitas.

Según Torres, et al, en su estudio realizado en el personal de salud del Ecuador encontró los siguientes resultados. Estudió a médicos especialistas, postgradistas, generales, personal de enfermería y de química. Dicha población cuenta ya con un título profesional, por consiguiente, los niveles de realización personal se presentan con menor afectación. Esto concuerda con nuestro estudio, puesto que nuestra muestra se limita a internos rotativos de medicina, quienes no han obtenido su título profesional. Torres et. al, indican que el componente mayormente afectado es la despersonalización encontrando una prevalencia de 95,1% seguido de agotamiento emocional con 47,8% (Torres Toala et al., 2021). Los datos de la prevalencia demuestran que el 39,32% de la muestra tomada en cuenta por Torres et al tienen afectación en los componentes de agotamiento emocional y despersonalización (Torres Toala et al., 2021).

La conclusión remanente en relación con los estudios realizados en Ecuador plantea que los estudiantes de medicina tienen el mismo riesgo de desarrollar SB que los profesionales de salud con un título profesional. Como se observó existe similitud entre la prevalencia de SB en nuestro estudio comparado con el estudio realizado por Torres et. al.

Con respecto al uso de equipo de protección personal, un estudio realizado en médicos residentes en Rumania durante la pandemia indica que el equipo de protección personal requiere una capacitación constante. Esta capacitación fomentará un mejor uso y con esto

consigue aumentar la sensación de seguridad. La reducción del estrés se consiguió por los siguientes factores protectores: mayor percepción de seguridad por capacitaciones continuas, períodos de descanso y relajación y finalmente respeto por el periodo de incubación, así como de cuarentena (Dimitriu et al., 2020).

Raudenská hace alusión a las necesidades básicas que debe recibir el personal de salud. Estas son: nutrición apropiada, horario pertinente y sin sobrecarga laboral, EPP apropiado para exposición y acompañamiento psicológico de manera continua y progresiva. Las cuales han sido estrategias que se han comprobado previamente en pandemias para evitar SB (Raudenská et al., 2020).

Hay que tomar en cuenta las limitaciones por ser un estudio de tipo transversal y tratar de ver efecto y exposición, puesto que no es posible deducir causalidad. Pese a esto, en el estudio hemos visto que la exposición es crónica ante el estrés y las malas condiciones laborales. El propósito es identificar posibles asociaciones para planificación de medidas preventivas. Nuestro estudio consiguió la información mediante muestra de tipo bola de nieve. Significó una limitante puesto que no se logró contactar al 100% de la población. La proporción total de la muestra femenina fue de 6 por cada 10 personas. Esto representa en la mayoría de los estudios una limitación, ya que no es equitativa la muestra entre hombres y mujeres.

La percepción subjetiva de las condiciones laborales no tiene concordancia con el desarrollo del Síndrome de Burnout. Se ha descrito que los estudiantes de medicina han normalizado la exposición al estrés. Se ha observado que se interpone soportar grandes demandas laborales, exigencias mentales e incluso maltrato psicológico por llegar a ser considerado buen profesional médico (Naanous, 2022).

El propósito de esta tesis es mejorar las condiciones laborales a las que están expuestas los internos, dicho sea de paso, todo el personal de salud. Se considera una ardua tarea la de

involucrar a organizaciones de salud más grandes a tomar en cuenta esta entidad. Pese a esto, se deberían gestionar protocolos en los cuales se prevea esta entidad.

La prevalencia de perfiles de riesgo para desarrollar SB es alta. Por consiguiente, es indispensable actuar de manera oportuna para prevenir el desarrollo de esta entidad. No obstante, se requiere un seguimiento de aquellas personas quienes ya manifiestan SB. Se requiere también realizar estudios prospectivos que permitan evidenciar mayores factores de riesgo a los que estén expuestos el personal de salud durante la pandemia y cuáles son las repercusiones a futuro.

## Bibliografía

- Albitres-Flores, L., Pisfil-Farroñay, Y., Guillen, K., Niño, R., & Alarcon, C. (2020). Perception of medical interns about the internship during the COVID-19 pandemic in Peru.
- Andrés Pizarro-Pereira, J. I., & Johana Chamba-Tandazo III, M. (2021). Impacto psicológico en los estudiantes de enfermería del internado rotativo durante la pandemia covid-19 Psychological impact on rotating boarding nursing students during the covid-19 pandemic Impacto psicológico na rotatividade de estudantes de enfermagem durante a pandemia covid-19. *6*, 242–256. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i8>
- Bahrer-Kohler, S. (2013). *Burnout for Experts* (S. Bährer-Kohler, Ed.). Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9>
- Bauernhofer, K., Tanzer, N., Paechter, M., Papousek, I., Fink, A., & Weiss, E. M. (2019). Frenetic, Underchallenged, and Worn-Out: Validation of the German “Burnout Clinical Subtypes Questionnaire”—Student Survey and Exploration of Three Burnout Risk Groups in University Students. *Frontiers in Education*, *4*. <https://doi.org/10.3389/feduc.2019.00137>
- Beheshtifar, M., & Omidvar, A. R. (2013). Causes to Create Job Burnout in Organizations. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, *3*(6). [www.hrmars.com/journals](http://www.hrmars.com/journals)
- Blom, V., Bergström, G., Hallsten, L., Bodin, L., & Svedberg, P. (2012). Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. *European Journal of Epidemiology*, *27*(3), 225–231. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9661-2>
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *75*(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Campagne, D. M. (2012). When therapist run out of steam : professional boredom or burnout? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(1), 75. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.1.2012.10370>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Mejore el ajuste y la filtración de su mascarilla para reducir la propagación del COVID-19 | CDC. 1–9.

<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/mask-fit-and-filtration.html>

Consejo de Facultad de Carrera de Medicina, P. (2022). Normativa Interna del Internado Rotativo. 1–10.

Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144, 109972. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>

Edu-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>

el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud. (2019). GBD Compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Eurofound. (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://doi.org/10.2806/11497>

Fidalgo, M. (2019). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.

Flores, E. (2017). Burnout en los internos rotativos de medicina del Hospital José María Velasco Ibarra enero 2016 - mayo 2016. Universidad Regional Autónoma de los Andes.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farias, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurociencia*, 11(4), 305–309.

Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 170(11), 784–790. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>

- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Luceño Moreno, L., Talavera Velasco, B., García Albuerne, Y., & Martín García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 0(112), 42. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Merlo, G., & Rippe, J. (2021). Physician Burnout: A Lifestyle Medicine Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(2), 148–157. <https://doi.org/10.1177/1559827620980420>
- MindGarden. (2019). A message from the Maslach Burnout Inventory Authors. <https://www.mindgarden.com/blog/post/44-a-message-from-the-maslach-burnout-inventory-authors>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Lineamientos de prevención y control para casos sospechosos o confirmados de SARS CoV-2/COVID-19. Ministerio de Salud Pública,

Subsecretaría Nacional de Calidad de Servicios de Salud; Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

Norma Técnica del Internado Rotativo en Establecimiento de Salud, (2019). [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (1999). NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: el método NASA TLX.

Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A.-C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Research International*, 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>

Naanous, J. (2022). Actitudes arcaicas en la medicina moderna: ¿has perpetuado estas actitudes? *Medscape*. [https://espanol.medscape.com/verarticulo/5909022?uac=391663SR&faf=1&sso=true&impID=4252997&src=mkm\\_latmkt\\_220519\\_mscmrk\\_spangle\\_nl](https://espanol.medscape.com/verarticulo/5909022?uac=391663SR&faf=1&sso=true&impID=4252997&src=mkm_latmkt_220519_mscmrk_spangle_nl)

Norris, T. (2019). Porth. Fisiopatología (10th ed.).

Oliveira, A. A. C. (2021). Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19. 4(1), 6. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13260.33927>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders (1st ed., Vol. 1).

Organización Mundial de la Salud. (2020a). OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Comunicados de Prensa OMS. <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud. (2010, August 10). La OMS declara el fin de la pandemia H1N1 e insta a una vigilancia continua de la gripe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Comunicados de Prensa OPS.

<https://www.paho.org/es/noticias/10-8-2010-oms-declara-fin-pandemia-h1n1-e-insta-vigilancia-continua-gripe>

- Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud, & Columbia Mailman School of Public Health. (2022). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. |52.
- Ortega, M. (2015). Prevalencia de Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.05.026>
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2018.12777>
- Ruiz, D. (2021). Síndrome de burnout en internos rotativos de medicina del Hospital General Riobamba en el año 2020 HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA EN EL AÑO 2020. August. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34357.60648>

- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383–425). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
- Seguel, F., & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 119–127. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(14\)70923-6](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(14)70923-6)
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., & Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine*, 114(6), 513–519. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00117-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00117-7)
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2019). Transcultural Adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338>
- Sullivan, P., & Buske, L. (1998). Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 159(5), 525–528.
- Thun-Hohenstein, L., Höbinger-Ablasser, C., Geyerhofer, S., Lampert, K., Schreuer, M., & Fritz, C. (2021). Burnout in medical students. *Neuropsychiatrie*, 35(1), 17–27. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00359-5>

- Torres Toala, F. G., Irigoyen Piñeiros, V., Moreno, A. P., Ruilova Coronel, E. A., Casares Tamayo, J., & Mendoza Mallea, M. (2021). Burnout syndrome in health professionals in Ecuador and associated factors in times of pandemic. *Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 126–136. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.126>
- Wheeler, D. L., Vassar, M., Worley, J. A., & Barnes, L. L. B. (2011). A Reliability Generalization Meta-Analysis of Coefficient Alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 231–244. <https://doi.org/10.1177/0013164410391579>
- Yaseen, Y. A. (2017). Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.012>
- Zapata, A., Elizalde, H., Chamba, J., & Rivas, M. B. (2020, September 10). Desafíos del interno rotativo de enfermería en tiempos de coronavirus. *Desafíos del interno rotativo de enfermería en tiempos de coronavirus*. Vol. XV; N° 17; 878, 878.

## Anexos

Tabla 2 Frecuencia de Edades

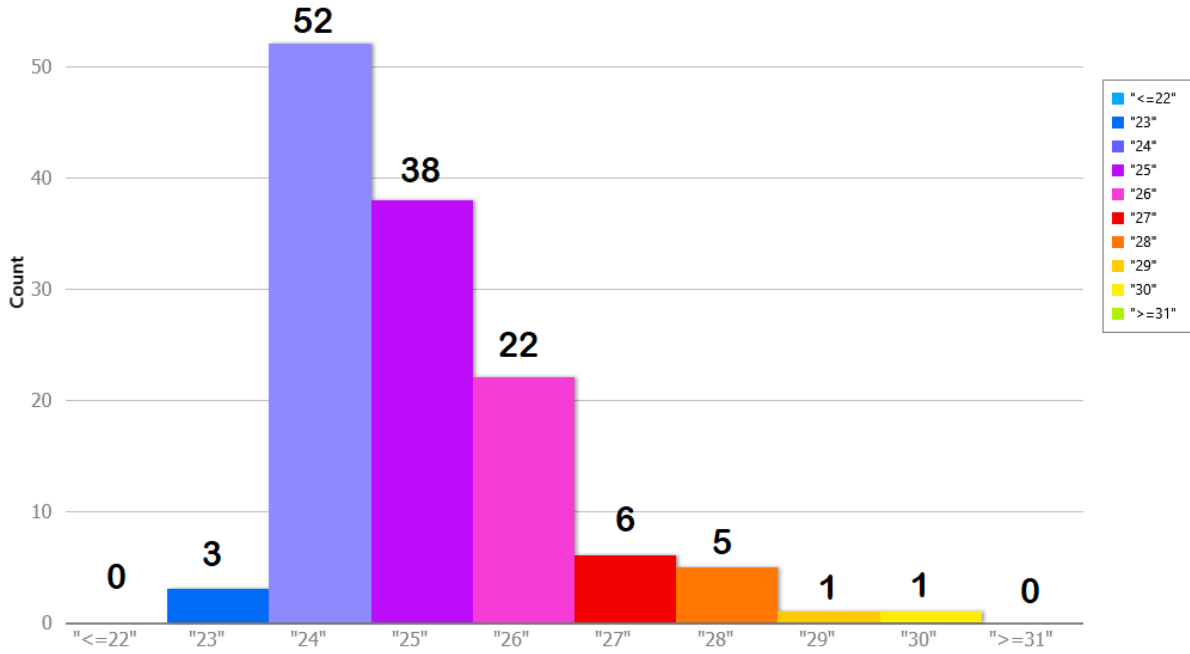


Tabla 3 Percepción Subjetiva de las Condiciones Laborales

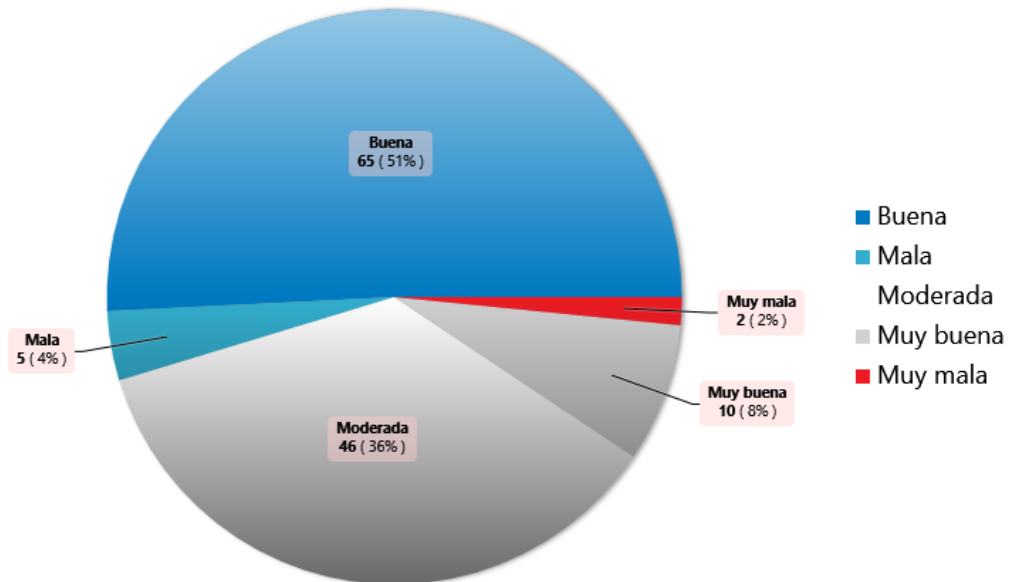


Tabla 4 Frecuencia con la que recibían EPP

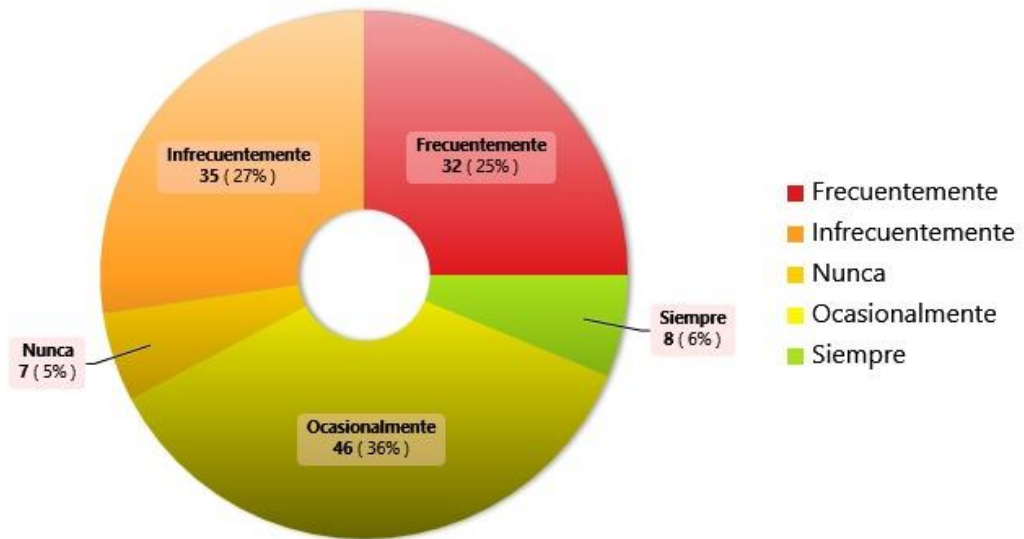


Tabla 5 Percepción sobre si el EPP recibido era adecuado para la exposición

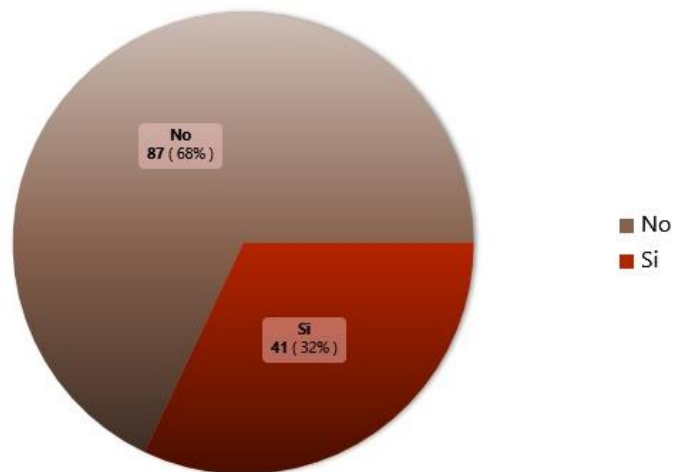


Tabla 6 Promedio de Horas de Guardia

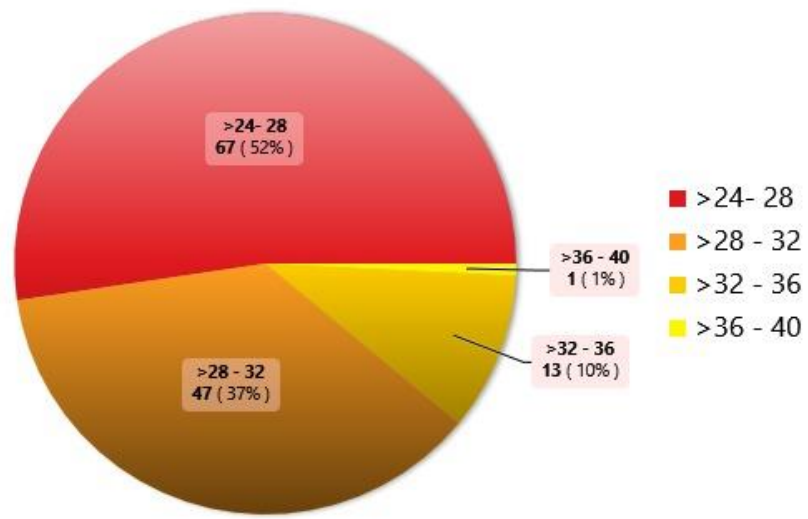


Tabla 7 Tipo de mascarilla recibida

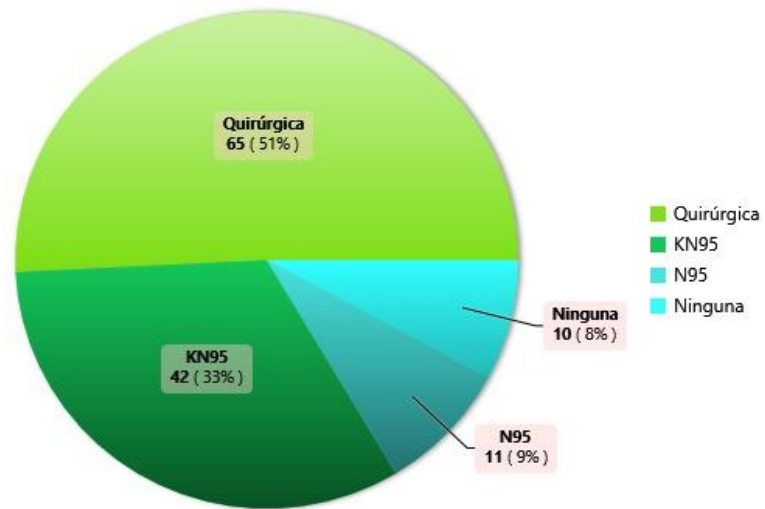


Tabla 8 Niveles de Carga Laboral. Escala NASA - TLX

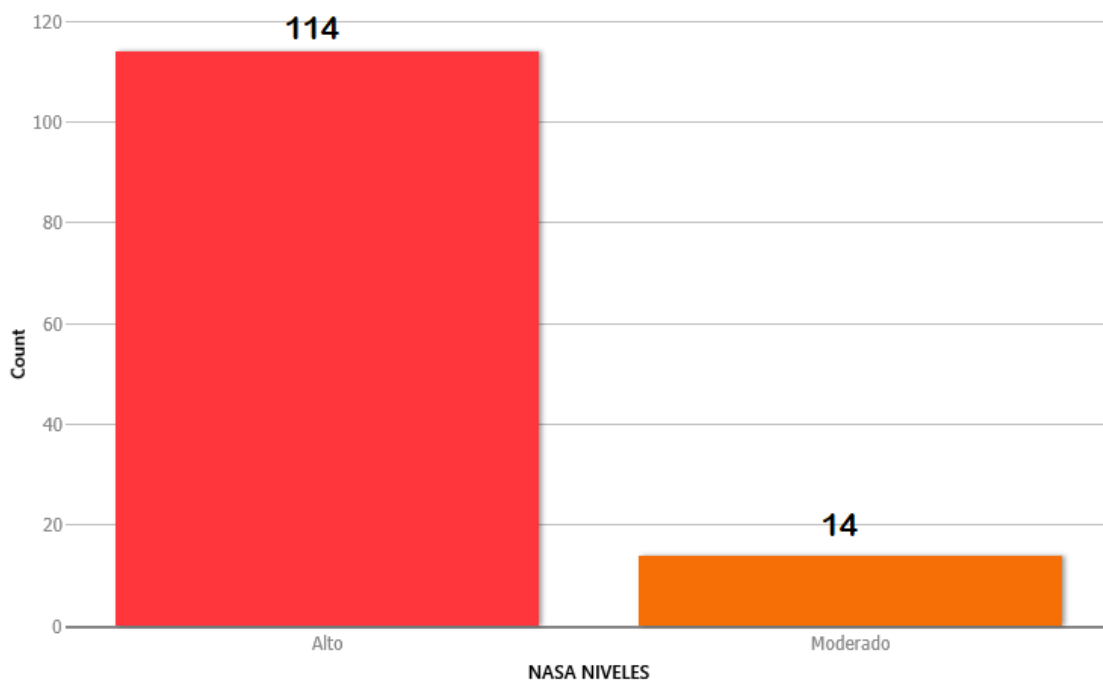


Tabla 9 Niveles Despersonalización

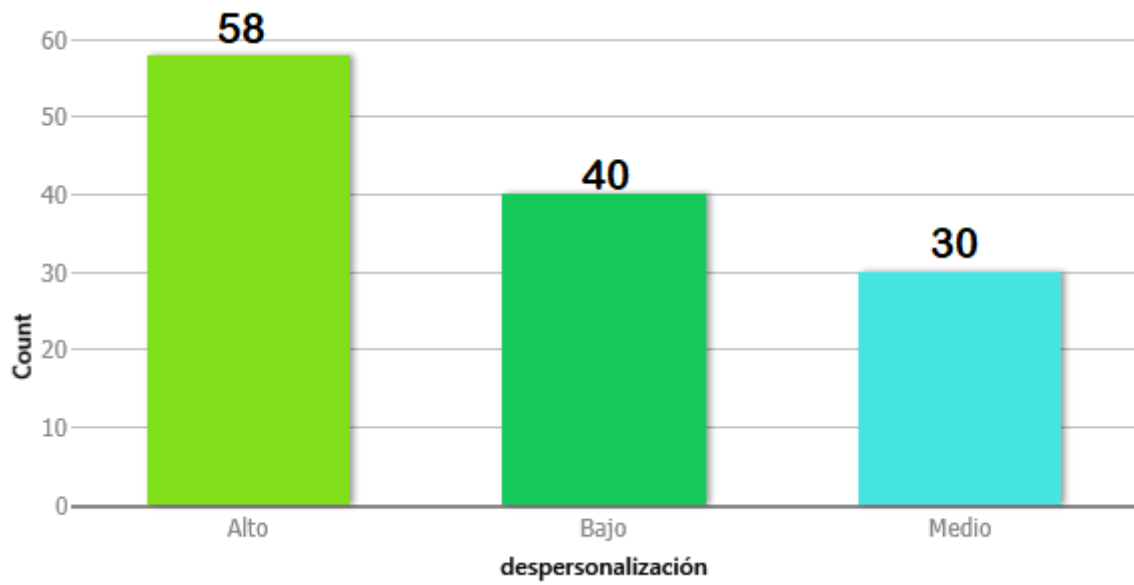


Tabla 10 Niveles Fatiga/Agotamiento Emocional

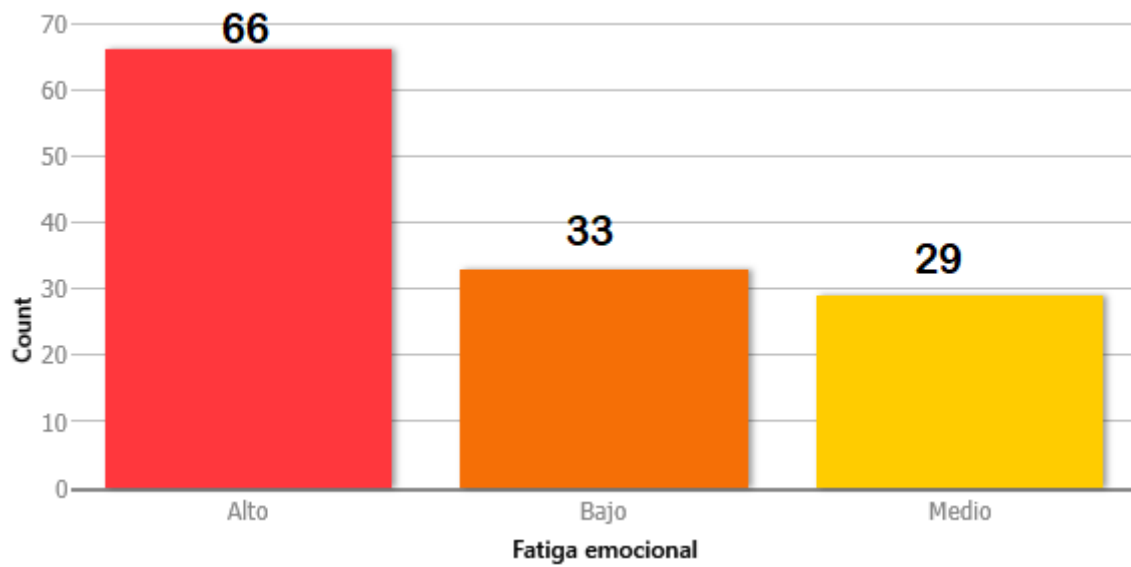


Tabla 11 Niveles Realización Personal

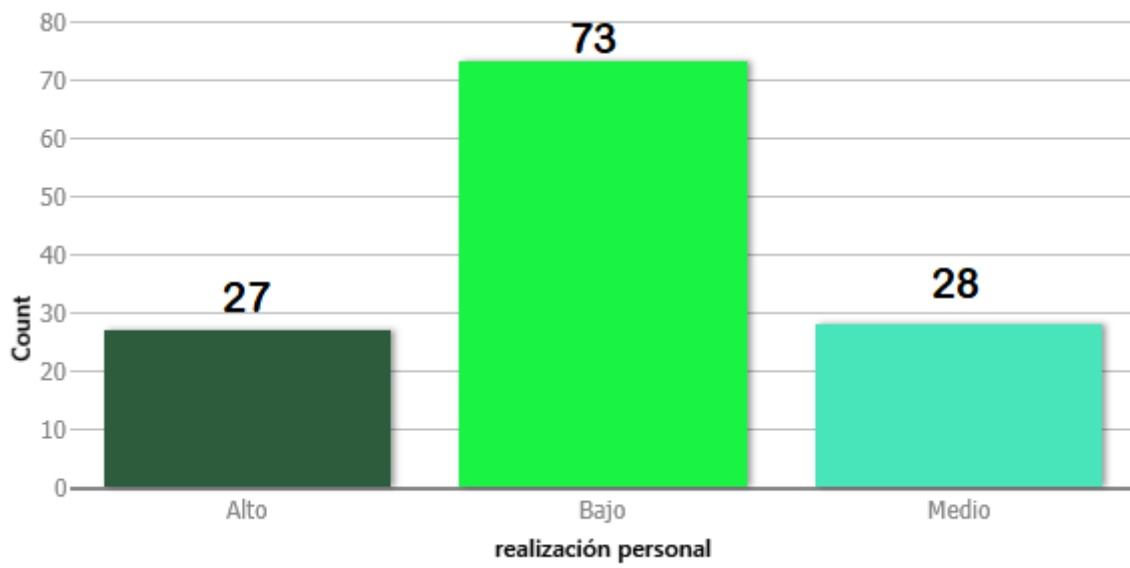
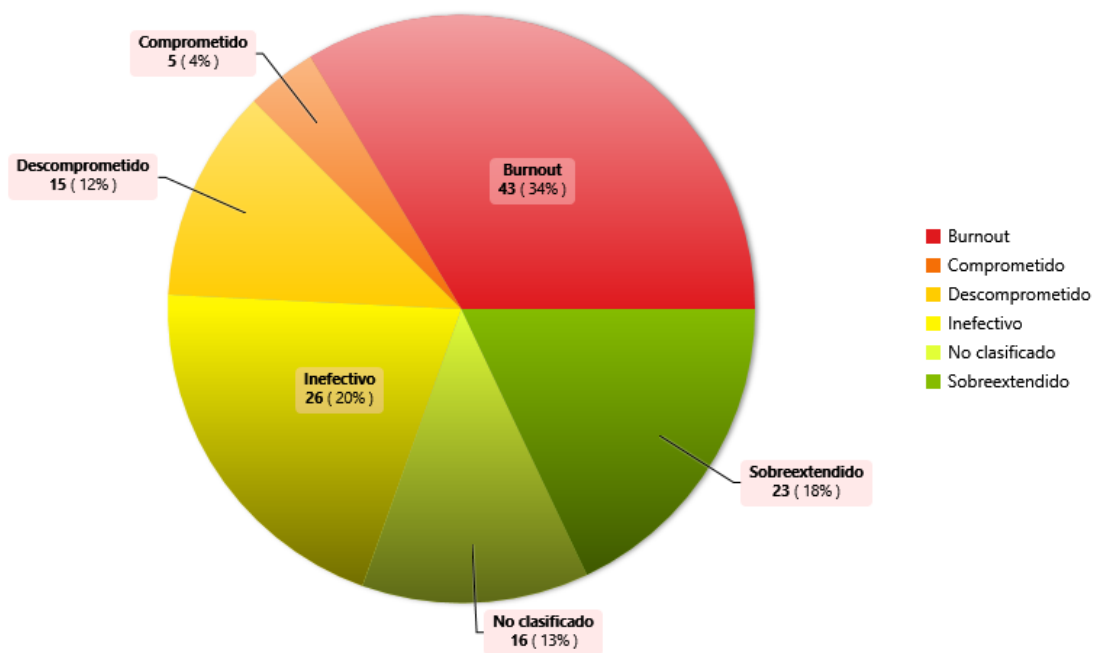


Tabla 12 Frecuencia de Perfiles de Síndrome de Burnout



## **PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN** Síndrome de Burnout y su relación con las condiciones laborales hospitalarias durante la pandemia de COVID-19, en internos rotativos de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022” Versión 2: 05 de abril 2022.

### **NOMBRE DE INVESTIGADORES PRINCIPALES**

- Luis Esteban Naranjo Pérez  
Estudiante de pregrado de la Carrera de Medicina de la PUCE.
- Pedro Francisco Rosales Terán  
Estudiante de pregrado de la Carrera de Medicina de la PUCE.

### **NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS**

- Dra. Mery Caza. Médico Internista Hospital Enrique Garcés

### **NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**EVALUADO Y APROBADO POR:** EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

### **INTRODUCCIÓN:**

El síndrome de Burnout es una enfermedad silenciosa comúnmente presente en el personal de salud expuesto a extensas y extenuantes jornadas laborales de manera crónica. Esta enfermedad se caracteriza por afectar a la salud tanto física como mental de la persona que la padece. Durante la pandemia, los casos de síndrome de Burnout a nivel mundial han aumentado en gran medida.

El estudio busca evidenciar la prevalencia en internos rotativos, para así proponer intervenciones orientadas a prevenir el desarrollo del síndrome de Burnout en este grupo de estudiantes. Además, planea ser un estudio inicial en que se puedan sustentar otras investigaciones para implementar medidas orientadas a mejorar las condiciones laborales intrahospitalarias para los internos rotativos y personal de salud en general.

---

<sup>1</sup> Tomado y modificado del Anexo 4. Consideraciones mínimas que debe cumplir el documento de consentimiento informado. De los requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud- CGDES-MSP.

### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

El propósito de esta investigación es establecer si existe relación del síndrome de Burnout con las condiciones laborales en los internos rotativos de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022 durante la Pandemia por COVID-19. La podrán llenarán todos los estudiantes que acepten participar en este estudio y que sean estudiantes de medicina que hayan cursado su internado rotativo durante las cohortes de septiembre 2020-agosto 2021 y mayo 2021-abril 2022. Se excluirán de la encuesta aquellas personas que no ingresen en la población objetivo y que no acepten ingresar. Los datos serán absolutamente anónimos y para uso exclusivo de los investigadores.

Es por esta razón, que solicitamos de la manera más atenta la participación voluntaria aceptando así el consentimiento informado. La información otorgada es estrictamente confidencial, exclusiva para el uso de este estudio sin ningún otro propósito. En el caso de requerir más información acerca de la investigación, es un derecho de los participantes de exigir mayor información; así como obligación de los investigadores de aclarar cualquier duda y ayudar con cualquier inconveniente.

### **PROCEDIMIENTOS:**

Las personas que acepten llenar la encuesta tendrán que responder un total de 40 preguntas con una duración aproximada de 15 minutos. Las cuales, serán contestadas vía online. Estas preguntas permiten evaluar la presencia del síndrome de Burnout, la carga laboral, así como las condiciones laborales a las que han sido expuestos los internos rotativos de Medicina. Los responsables de analizar las respuestas serán únicamente los investigadores mencionados previamente.

### **RIESGOS Y BENEFICIOS:**

No existe compromiso o riesgo alguno que pueda afectar de manera física, mental o social a corto ni a largo plazo a los participantes al llenar o proveer información en este estudio. La participación en este estudio de investigación no otorga ningún beneficio directo a los participantes. Sin embargo, busca generar medidas preventivas para el desarrollo del síndrome de Burnout. Además, busca fomentar un ambiente y condiciones laborales óptimas para una buena práctica médica.

### **COSTOS Y COMPENSACIÓN**

Ninguno de los análisis que se realicen en la investigación tendrá costo para el participante/representante legal y tampoco se otorgará ninguna compensación por su participación.

### **CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:**

Es totalmente confidencial, nadie dispondrá de su nombre, simplemente tomaremos los datos como anónimos para así poder generalizarse a una población, sus datos serán publicados como resultados unidos mas no mencionando quien los aportó.

#### **DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:**

La participación es completamente voluntaria, por lo que el participante puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Si el participante decide retirarse, los datos obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin. Esto no causará ninguna penalidad al participante.

#### **INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

- Investigador principal: Luis Esteban Naranjo Pérez  
Celular: 09999519536      email: LNARANJO585@puce.edu.ec
- Investigador principal: Pedro Francisco Rosales Terán  
Celular: 0998790051      email: PROSALES910@puce.edu.ec
- Director de tesis: Dra. Mery Caza  
Celular: 0998141848      email: [MECAZA@puce.edu.c](mailto:MECAZA@puce.edu.c)
- Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE; Dr. Iván Guillermo Dueñas Espín. email: igduenase@puce.edu.ec.

#### **PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

##### **A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

He leído y comprendo la información que nos fue otorgada por los investigadores. He leído los beneficios, riesgos, confidencialidad, propósito, derechos y compensaciones que nos han señalado. He tenido la oportunidad de realizar preguntas acerca de mis inquietudes y todas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto me afecte en ningún aspecto y al firmar el consentimiento NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden. Por consiguiente, acepto de manera voluntaria mi participación en esta investigación.

PARTICIPANTE

Nombre Completo:

Cédula:

Fecha:

Firma:

## Encuesta de trabajo de titulación

### **“Síndrome de Burnout y su relación con las condiciones laborales hospitalarias durante la pandemia de COVID-19, en internos rotativos de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de las cohortes de septiembre 2020- agosto 2021 y de mayo 2021 - abril 2022”**

A continuación, se presenta una serie de preguntas, las cuales permiten evaluar la presencia de síndrome de Burnout y las condiciones laborales. Las cuales, deben ser respondidas de la manera más rápida y sincera posible.

Edad: (#) años

Sexo:

- Masculino
- Femenino

¿Cuál es la cohorte de internado a la que pertenece usted?

- Septiembre 2020 - Agosto 2021
- Mayo 2021 - Abril 2022

¿Cómo percibe usted sus condiciones laborales durante el internado rotativo?

- Muy buena
- Buena
- Moderada
- Mala
- Muy mala

¿Con qué frecuencia recibe equipo de protección personal el establecimiento de salud en el cual realizó sus prácticas del internado rotativo?

- Siempre
- Frecuente
- Ocasional
- Infrecuente
- Nunca

¿Considera que el equipo de protección personal que recibió era adecuado para el tipo de exposición ante el SARS COV 2?

- Sí
- No

¿En caso de haber recibido mascarillas como equipo de protección personal, cuál fue?

- N95
- KN95
- Quirúrgica
- Reutilizable de tela

Responda sí o no dependiendo el caso. ¿De los siguientes equipos de protección personal, cuáles recibió usted durante su rotación hospitalaria?

- Visor SI / NO
- Bata desechable SI / NO
- Botas descartables SI / NO
- Lentes de protección SI / NO
- Guantes de manejo SI / NO
- Mascarillas SI / NO

¿Aproximadamente, cuál fue la duración promedio en horas por guardia hospitalaria?

- <24
- >24- 28
- >28 - 32
- >32 - 36
- >36 - 40

¿Aproximadamente, cuál fue la duración promedio de horas de descanso durante las guardias?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- >=7

¿Cómo percibe usted la relación interpersonal con el personal de salud en los servicios que cursó durante el internado rotativo?

- Buena
- Mala
- Regular

¿Ha tenido durante sus guardias hospitalarias contacto con algún paciente con sospecha y confirmado por COVID-19?

- Si
- No

- Solo en atención emergente

### Test de Maslach(1)

A continuación, se presenta una serie de preguntas, las cuales permiten evaluar la presencia de síndrome de Burnout y las condiciones laborales. Las cuales, deben ser respondidas de la manera más rápida y sincera posible. Señale con una X en la casilla deseada.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA 0 = Nunca. 1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos. 3 = Unas pocas veces al mes. 4 = Una vez a la semana. 5 = Unas pocas veces a la semana. 6 = Todos los días

	Descripción	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							

7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.								
8	Siento que mi trabajo me está desgastando								
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas								
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.								
	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.								
	Me siento muy activo.								
	Me siento frustrado con mi trabajo.								
14	Creo que estoy trabajando demasiado.								
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.								
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.								
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.								

	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.																		
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión																		
	Me siento acabado																		

21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma																		
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas																		

ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO: EL MÉTODO NASA TLX (2)

A continuación, se presenta una serie de preguntas, las cuales permiten evaluar la presencia de síndrome de Burnout y las condiciones laborales. Las cuales, deben ser respondidas de la manera más rápida y sincera posible. Señale con una X en la casilla deseada.

¿Se trata de una tarea fácil o difícil, simple o compleja, pesada o ligera?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BAJA ALTA ¿Cuánta actividad física fue necesaria?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BAJA ALTA

¿Cuánta presión de tiempo sintió, debido al ritmo al cual se sucedían las tareas o los elementos de las tareas?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAJA ALTA

¿En qué medida ha tenido que trabajar (física o mental mente) para alcanzar su nivel de resultados?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAJA ALTA ¿Cuál es su grado de satisfacción con su nivel de ejecución?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAJA ALTA

Durante la tarea, en qué medida se ha sentido inseguro, desalentado, irritado, tenso, preocupado o por el contrario, se ha sentido seguro, contento, relajado y satisfecho?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAJA ALTA

Bibliografía

1. Flores E. Burnout en los internos rotativos de medicina del Hospital José María Velasco Ibarra enero 2016 - mayo 2016. [Ambato]; 2017.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: el método NASA TLX. 1999.