



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. NÉLIDA CERVONE

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

FLORENCIA STEFANIA FERRANDINO LAMARCA

TÍTULO DEL TRABAJO:

BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

SEDE:

BUENOS AIRES

DIRECTOR/A DE TIF:

DRA. ERICA GUADALUPE MORAIS

FECHA DE PRESENTACIÓN:

16 /12/2020

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
 (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
 (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
 (03756) 15401364

Agradecimientos

A todos los profesionales participantes de esta encuesta que dedicaron parte de su tiempo para realizar la misma, hago extensos a través de ellos, a los servicios a los que pertenecen y las instituciones. También a los docentes de la carrera de Psicología de Facultad H. A. Barceló, que fueron fundamentales en mi formación. Por último, a la Dra. Erica Guadalupe Morais tutora de este trabajo, y a mi familia por su apoyo, acompañamiento y motivación constante.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Fundamentación (comprende Marco teórico y estado del arte)	7
2.1. Marco teórico.....	7
2.2 COVID-19.....	16
2.3 Estado del arte.....	28
3. Objetivos.....	34
3.1. Objetivos generales.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4. Diseño Metodológico.....	35
4.1 Diseño.....	35
4.2 Características del periodo de Relevamiento.....	35
4.3 Población y muestra.....	36
4.4 Técnicas e instrumentos.....	36
5. Desarrollo.....	39
5.1 Perfil sociodemográfico de la muestra.....	39
5.2. Resultados MBI.....	42
6. Conclusión.....	45

7. Comentarios Finales.....	50
8. Observaciones.....	52
9. Referencias Bibliográficas.....	53
10. Anexo.....	56
10.1 Instrumentos.....	56
10.2. Encuesta General.....	56
10.3. Inventario (MBI)	66

1. Introducción

El ritmo tan acelerado de nuestra sociedad ha causado que, para muchas personas, el estrés sea un elemento más en la vida cotidiana, afectando tanto a la salud como a diferentes áreas de nuestro desempeño, por ejemplo, la satisfacción laboral.

En relación con el estrés y en el contexto de la salud laboral, surge el concepto del Síndrome de Burnout.

Muchos profesionales de la salud se encuentran expuestos a un ambiente y una carga laboral, que son la causa de este síndrome.

Varios autores resaltan que este síndrome; afecta más a aquellas profesiones que requieren de un contacto directo con las personas y dosis elevadas de entrega y dedicación. Así, los profesionales sanitarios son un grupo que se puede encontrar especialmente afectado por este síndrome.

La situación actual que vivimos, con la pandemia del COVID-19, cumple con factores que convierten el sistema de salud en un contexto “ideal” para la proliferación del Burnout entre los profesionales sanitarios, que se encuentran en primera línea de batalla luchando contra esta enfermedad.

El (elevadísimo) estrés, la sobrecarga de trabajo, la falta de medios, la incapacidad para abarcar a todas las personas enfermas que necesitan asistencia, la preocupación por propagar la infección entre sus seres queridos y los turnos laborales interminables sin descansos, dada la emergencia sanitaria ha causado un gran impacto entre muchos profesionales.

Debido a lo mencionado, la presente investigación, busca profundizar sobre el análisis de Burnout, en profesionales de la salud de diferentes servicios pertenecientes a la Ciudad y a la Provincia de Buenos Aires. A fin de evaluar la presencia del impacto emocional de los profesionales de la Salud y cómo esto podría afectar a su desempeño laboral y personal se realizó la toma del inventario MBI.

El Burnout se manifiesta a través del cansancio emocional, la despersonalización –destrato hacia los destinatarios de los servicios que prestan- y una percepción distorsionada de la propia labor y de uno mismo.

Esta investigación se desarrolló entre los meses de septiembre y octubre del año 2020, tiempo en donde el aislamiento social preventivo y obligatorio nos brindó la posibilidad de realizar una observación y registro de la labor diaria de los profesionales. Cabe destacar que la pandemia ya mencionada, propició una observación particular sobre la temática a tratar.

La investigación se orienta a identificar la presencia de síntomas o indicadores de Burnout, durante pandemia del COVID-19, en profesionales de diversas áreas, a enumerar atención pre-hospitalaria, pública y privada, emergentología, servicio de guardia externa, clínica médica, unidad de terapia intensiva, UTIM (unidad de terapia intensiva móvil), cirugía cardiovascular, salud mental y rehabilitación.

La muestra fue tomada en distintos servicios de los siguientes establecimientos e instituciones; Hospital Ramos Mejía, Hospital Durand, SAME CABA, SAME Provincia, clínicas privadas de la Ciudad de Buenos Aires y sistemas de emergencias prehospitalarias, privados.

Se implementó el Inventario MBI (Maslach Burn out inventory, 1986) de manera voluntaria y anónima. La recolección de datos visibilizo otras variables que potencian el desarrollo de síndrome de Burnout. Así como también se desarrolló, las posibles consecuencias de padecer el síndrome, evaluando diversas estrategias para su afrontamiento.

Para finalizar es importante destacar que determinados conceptos que consideramos centrales, como: Enfermedad; Síntoma; Síndrome y Trastorno, serán aclarados y desarrollados en el marco teórico.

2. Fundamentación

Se entiende que los profesionales de la salud estuvieron y están actualmente expuestos a factores estresantes, siendo una población sensible al desarrollo del síndrome de Burnout.

Se presentan diversos interrogantes que operan como disparadores de la presente investigación. ¿Cuáles son los factores existentes durante la pandemia de COVID-19 en los hospitales que predisponen al síndrome de Burnout en los profesionales de la salud? ¿En qué medida se ven afectados de acuerdo con la labor desempeñada? ¿De qué manera enfrentan las adversidades de su labor cotidiana? ¿Cómo operan todos estos elementos en la práctica?

2.1 Marco teórico

Definiciones de conceptos centrales

A lo largo de nuestro trabajo de investigación serán mencionados repetidas veces conceptos que denominamos centrales (Enfermedad; Síntoma; Síndrome y Trastorno), por lo que se considera pertinente aclarar sus definiciones, evitando confusiones entre los conceptos.

- **Enfermedad**

Definición de enfermedad según la OMS

La OMS define enfermedad como: “*Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas,*

manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

Se entiende, con esta definición que la enfermedad es una parte más de la salud, y de la vida en general. Es imposible evitar la enfermedad dentro del proceso biológico, como parte natural de la interacción del individuo con el mundo que le rodea, tanto a nivel ambiental como en el contacto con otros seres humanos, animales, y materias en general.

Se analizarán otras definiciones del concepto de enfermedad, desde otras perspectivas.

Qué es la enfermedad según la RAE

La Real Academia de la Lengua, define la enfermedad como: Alteración más o menos grave de la salud.

Algo que a priori se entiende mejor, pero para ello es necesario saber qué significa salud. Volviendo a la RAE; salud es: El estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

A modo de resumen, enfermedad en su definición es la alteración del funcionamiento normal del cuerpo, entendiendo la normalidad como el buen estado físico y psicológico en general, puesto que la enfermedad para la OMS o en cualquier otra definición no se reduce simplemente a los problemas físicos.

- **Síntoma**

Resulta de suma importancia, aclarar este concepto debido a que, dentro de la carrera de psicología, el significado de síntoma se suele ligar a los aportes del padre del psicoanálisis. Para Sigmund Freud (1973), el síntoma es una formación del inconsciente, una condensación (mecanismo del inconsciente), en la que entran en juego varios deseos en conflicto; y el conflicto es estructural.

De ahí que, si “curamos” un síntoma, aparecen otros en su lugar, los síntomas se desplazan. Dado lo antedicho, los síntomas de los pacientes deben ser respetados ya que la solución al problema es la disolución del conflicto de base. Al síntoma, hay que curarlo “por añadidura”.

Desde la perspectiva de la medicina, el síntoma es una manifestación clínica de una alteración orgánica o funcional que permite descubrir una enfermedad, es aquello que el paciente manifiesta, en una consulta. Cabe diferenciar el concepto de síntoma del de signo, que es aquello apreciable por el profesional de salud, en relación, con la enfermedad.

En la presente investigación; se evalúan las alteraciones funcionales que se desencadenan en el síndrome Burnout.

- **Síndrome**

Este trabajo se centrará en investigar la presencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, pertinente aclarar el concepto de síndrome; el cual refiere al conjunto de signos y síntomas que definen o caracterizan a una

enfermedad o a una condición que se manifiesta en un sujeto y que puede tener o no causas conocidas. Por norma general, el término se asocia a estados negativos, revelados por medio de determinado conjunto de fenómenos o signos.

Existen una inmensa variedad de síndromes debidamente identificados. Estos pueden referirse tanto a condiciones de salud orgánica como a patrones de comportamiento insanos, razón por la cual el término suele tener una amplia utilización en la medicina, la psiquiatría y la psicología.

- **Trastorno**

Se define trastorno psicológico o mental, como un patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece.

Pese a las diversas revisiones que ha sufrido a lo largo de los años, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ha mantenido una definición de trastorno mental muy similar en cada una de sus versiones.

La última revisión (DSM V – mayo de 2013) establece la siguiente definición:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Definiciones de Burnout

Hay muchas definiciones del síndrome de Burnout (síndrome de «estar quemado» laboralmente), a continuación, mencionaremos algunas.

Tomando los aportes de Pérez Jáuregui (2005) el síndrome de Burnout es el resultado del fracaso en la búsqueda de dar sentido a la vida. Afecta especialmente a personas altamente motivadas hacia su trabajo. Cuando esta alta motivación no se produce, aparecen otras patologías, como depresión, alienación, estrés o fatiga, pero no Burnout.

El sujeto ante lo que le va sucediendo busca responder con gran autoexigencia. Se trata precisamente del sufrimiento debido a la sobre adaptación de la personalidad al trabajo, en organizaciones laborales caracterizadas por sobre exigencia y condiciones perturbadoras, ya sea en lo remunerativo o por exceso y complejidad de tareas y horarios, hostilidad en el trato, poco estímulo y valoración a las personas, informaciones insuficientes, ambiguas, contradictorias, como así también, poco margen para la creatividad.

Si nos remontamos a los aportes del padre del psicoanálisis podemos saber que Sigmund Freud, hace referencia a que el trabajo, en la vida del hombre, tiene un sentido profundo, afirmando: “dos condiciones son básicas para la salud mental: la capacidad de amar y trabajar” (Freud, 1936, p. 395).

Freud señala que el estado psíquico general coincide con la capacidad de rendimiento (a que alude el trabajo) y de goce (alude a la capacidad de amar). Agrega,

además, que ninguna otra actividad liga la estructuración del psiquismo a la realidad como lo hace el trabajo.

Tomando los aportes de Freud podemos pensar que los individuos establecen vínculos en sus trabajos, los cuales resultan indispensables para el desarrollo de una óptima salud mental, lo que nos permite entender que quienes padecen de Síndrome de Burnout se encuentran en desventaja y débiles a la hora de trabajar, en consecuencia, pueden enfermar.

Maslach y Jackson (1981), han logrado la definición de Burnout con mayor aceptación científica. Definen el estrés laboral asistencial como una respuesta disfuncional frecuente en individuos que trabajan en servicios asistenciales y educativos. Han identificado factores o indicadores de la presencia de este trastorno.

Componentes del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson (1981):

1. Cansancio emocional (EE): definido como desgaste, agotamiento, fatiga, y puede manifestarse tanto física como psíquicamente, vaciamiento de los recursos emocionales y personales, sensación de no tener nada más que ofrecer profesionalmente.

2. Despersonalización (DP): pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, especialmente beneficiarios de su trabajo, acompañado de un incremento de la irritabilidad y pérdida de motivación hacia el mismo, reacciones de distancia, cinismo u hostilidad hacia los beneficiarios y/o compañeros de trabajo.

3. Sentimiento de inadecuación y disminución de la realización personal en el trabajo (PA): se refleja en respuestas negativas hacia uno mismo y su labor, típicas de los

estados depresivos, evitación de relaciones interpersonales, disminución de la productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima. Percepción de inadaptación profesional.

De estos tres rasgos principales derivan, las tres subescalas que conforman el Inventario MBI (Maslach Inventory, 1986) para el diagnóstico de Burnout.

Se trata de un instrumento específico estandarizado, de amplia y reconocida difusión internacional. La escala actual consta de 35 preguntas y debe ser respondida, en 15 a 20 minutos. Cada ítem es valorado en términos de intensidad y frecuencia.

El cansancio emocional se caracteriza por una sensación de estar emocionalmente agotado, carente de la energía necesaria para prestar los servicios. Se considera al mismo un síntoma central y se ve influenciado por el entorno.

La despersonalización, también entendida como “cinismo”, es un estado en el que las personas se alejan del desempeño laboral, lo que representa el contexto interpersonal de agotamiento. Se trata de una autopreservación, como técnica en respuesta a la sobrecarga emocional (entendiendo a dicha distancia como una respuesta a la angustia).

Por último, los sentimientos de ineficacia y falta de logro personal aluden a una evaluación subjetiva hecha por el individuo, en general bajo la influencia de la despersonalización. Generalmente ocurre cuando los individuos trabajan con altos estándares de atención y rendimiento, que no son capaces de cumplir, situaciones de peligro moral, en la que están excluidos del proceso de toma de decisiones, esta sucesión de eventos concatenados potencia la sensación de negatividad.

Gil Monte (2005) define las relaciones interpersonales, como la principal fuente de estrés que origina el desarrollo hacia el SQT (síndrome de quemarse por el trabajo).

Individuos, que tienen problemas, son problemáticos o demandan algún tipo de ayuda, conllevan una exigencia desmedida y una tensión para los componentes emocionales y cognitivos de la psique.

Desde este enfoque se utiliza el término “quemarse por el trabajo” o “quemarse en el trabajo” denominando a la respuesta al estrés laboral crónico, característico de las profesiones de ayuda.

Un estudio realizado por Zaldúa, Bottinelli y Lodieu indican que el Burnout se ha presentado mayor incidencia en el género femenino. Una explicación puede encontrarse en el hecho de que las mujeres por lo general reportan un nivel significativamente más alto de estrés debido al complejo equilibrio, del trabajo, la vida familiar y la expectativa, arraigada en la sociedad, sobre el tiempo dedicado a la familia, la actividad laboral.

Diferencia entre Estrés y Burnout

Consideramos que es muy habitual la confusión entre estrés y Burnout, debido a la gran similitud de ambos cuadros clínicos, dadas sus semejanzas iniciales, por lo que, a fin de comprender las características y principales indicadores del síndrome de burnout, resulta necesario distinguirlo del concepto de estrés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como *“el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”*. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. Cualquier cambio o

circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, como, por ejemplo, modificar el ámbito laboral, hablar en público, presentarse a una entrevista o cambiar de residencia, puede generar estrés. Cabe destacar que existe una gran variabilidad de acuerdo con el estado físico y psíquico de cada individuo.

Greenglass, Burke y Ondrack (1990)¹ hacen hincapié en la diferencia entre dos conceptos: el estrés vital del estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo). El Burnout es encuadrado en este último. De esta manera, el estrés vital puede entenderse como el conjunto de cambios físicos, biológicos y hormonales que experimenta nuestro organismo ante una situación demandante es una forma de respuesta o reacción orgánica ante un estímulo específico. En el plano laboral esto remite a la relación entre las demandas profesionales y la capacidad personal para enfrentarlas. Desde esta mirada, el estrés vital no posee connotaciones negativas, sino que alude a una preparación para la acción.

La diversidad de reacciones de las personas frente a las situaciones que impone la vida laboral, sumadas a las características del contexto e individuales, puede dar lugar al síndrome de Burnout. En este caso, los trabajadores presentan una serie de síntomas físicos y emocionales como taquicardias, dolores musculares, hipertensión, sentimiento de soledad, entre otros.

¹ Greenglass, E., Burke, R. y Ondrack, M. (1990). *A gender role perspective of coping and burnout. Applied Psychology. An International Review*, 39. 5-27.

A diferencia del estrés vital –que en cierta medida puede motorizar el desarrollo de las actividades que llevan a cabo las personas en su trabajo- el Burnout se caracteriza por una declinación del rendimiento laboral.

Paul Koeck (2020) con el fin de aportar claridad médica, menciona la diferencia entre el estrés y el Burnout comparando los síntomas de ambos. Haciendo referencia acerca de las consecuencias y síntomas graves del Burnout comparado con el estrés.

Describimos a continuación las principales características clínicas y emocionales en ambos casos; estrés y Burnout.

Estrés	Burnout
Nos implicamos demasiado	Ninguna o menor implicancia
Sufrimiento de las emociones con mayor intensidad	Disminución de las emociones.
Provoca Hiperactividad	Sentimiento de abandono.
Presenta menos energía	Menor motivación y esperanza
Ansiedad	Depresión asociada.
Síntomas físicos asociados	Consecuencias emocionales.

Diferencias entre estrés y Burnout (Dr. Paul Koeck creador de la página Web ‘Mis15Minutos.com’)

2.2 COVID-19

Concepto de Pandemia

Según la OMS (2010) se le llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.

Se produce una pandemia de gripe, por ejemplo, cuando surge un nuevo virus gripal que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Generalmente, los virus que han causado pandemias, con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales.

En algunos aspectos la gripe pandémica se parece a la estacional, pero en otros puede ser muy diferente. Por ejemplo, ambas pueden afectar a todos los grupos de edad y en la mayoría de los casos causan una afección que cede espontáneamente y va seguida de una recuperación completa. Sin embargo, por lo general la mortalidad relacionada con la gripe estacional afecta sobre todo a los ancianos mientras que otros casos graves aquejan a personas que padecen una serie de enfermedades y trastornos subyacentes.

Por el contrario, los casos más graves o mortales de gripe pandémica se han observado en personas más jóvenes, tanto si estaban previamente sanas como si padecían enfermedades crónicas, y esta gripe ha causado muchos más casos de neumonía vírica de lo que suele ocurrir con la gripe estacional.

Tanto en el caso de la gripe estacional como de la pandémica el número de personas que enferman gravemente puede variar. Aun así, la gravedad tiene a ser más frecuente en esta última, debido, en parte al número mucho mayor de personas que carecen de inmunidad frente al nuevo virus.

La gripe estacional alcanza su punto máximo de actividad en la temporada gripal invernal de cada territorio del mundo.

Como se ha observado con la pandemia actual por virus COVID-19, esta pandemia, impresiona con características epidemiológicas diferentes y presenta grandes brotes en todas las temporadas, a lo largo de todos los continentes.

Clasificación de una pandemia propuesta por la OMS:

FASE 1: Se refiere a virus que circulan entre los animales pero que aún no han causado ninguna infección en los humanos.

FASE 2: El virus, que afectaba a animales domésticos o salvajes, ha contagiado a alguna persona, por lo que puede considerarse una potencial amenaza de pandemia.

FASE 3: El virus afecta a pequeños grupos de personas y se da, por primera vez, la transmisión de humano a humano, y no sólo de animales a humanos. Sin embargo, son casos esporádicos y bajo ciertas circunstancias.

FASE 4: El poder del virus para transmitirse entre personas se verifica y es capaz de provocar “brotes comunitarios”. Esta situación aumenta significativamente el riesgo de pandemia. Frente a esta situación, es la OMS la encargada de evaluar las estrategias

pertinentes. Esta fase indica un importante salto en el riesgo de pandemia, pero no quiere decir que ésta se produzca inevitablemente.

FASE 5: Se caracteriza por la propagación del virus de humano a humano en, al menos, dos países de una misma región. “Aunque muchos lugares no se ven afectados, la declaración de esta fase es un signo claro de que la pandemia es inminente y que el tiempo para poner en marcha todas las medidas necesarias se acaba”.

FASE 6: La fase pandémica. El brote de la enfermedad se ha registrado en más países de distintas regiones. La pandemia ha comenzado; no se puede prevenir, sino sólo tratar de controlar.

La neumonía viral COVID-19

Los primeros reportes de una nueva neumonía, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, fueron hechos a fines de diciembre de 2019, desatando un rápido aumento en el número de casos y de contagios a nivel global; el virus aislado, fue inicialmente designado como SARS-CoV2 y la OMS le dio su nombre COVID-19 el 12 de febrero de 2020, siendo declarada la pandemia por la OMS por SARS-CoV2 el 11 de marzo de 2020.

En Argentina el primer caso fue reportado el 3 de marzo de 2020. El brote COVID-19 es un estrés importante para todo el personal de salud, ya que la gran mayoría es de primera línea en su atención.

Es imprescindible que el sistema y las organizaciones proveedoras de salud creen y aseguren una estructura de recursos para apoyar a médicos, enfermeras y miembros del equipo.

En el corto plazo y enfrentando la realidad actual, el personal de salud está tratando de balancear lo mejor posible sus competencias profesionales, con los cuidados de los pacientes, sus familias y el propio cuidado.

En la actualidad, la situación de crisis inducida por la pandemia por COVID-19, está causando un enorme desgaste adicional en los sistemas de salud a nivel mundial, entendido como personas, instituciones y proveedores. Y si bien, nos informamos y actualizamos el conocimiento, tanto individualmente como en equipo, estamos sujetos a una gran cantidad y diversidad de información, creando un ambiente de inseguridad y angustia dentro de los equipos de trabajo.

Somos testigos de la dura realidad y de la experiencia de aquellos países que nos llevan semanas de ventaja en la evolución de esta pandemia; así como de lo que va ocurriendo en las distintas regiones de nuestro extenso país.

¿Qué pasa con las personas?, ¿qué pasa con el equipo de salud? El autocuidado en tiempos de crisis.

Analizaremos alguna de las definiciones de crisis.

- Slaikeau (1984): “Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la resolución de problemas”.

- L. R Brito (2019): “La crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que aún no está constituido”.

- Jerry Long Jr. (2020): “El individuo está en crisis cuando sufre una pérdida severa que no está manejando exitosamente y siente ira sublimada, está estancada en la fase de depresión y sufriendo un vacío existencial”.

Según Slaikeau (1984) Las respuestas del sujeto a la crisis se pueden categorizar de la siguiente forma:

Nivel cognitivo: Se produce un desborde de las habilidades de resolución de los problemas y de los mecanismos de enfrentamiento usuales (confusión, bloqueo de pensamiento, pensamiento dicotómico, catastrófico, rigidez, etc.).

Nivel emocional: Se expresa angustia, shock, temor, terror, tristeza, aplanamiento, incredulidad, inquietud, excitabilidad, entre otros.

Nivel fisiológico: Aparecen signos de estrés general, alteración del sueño y apetito, taquicardia, sudoración, dolor físico, etc.

Los estudios coinciden en que toda crisis conlleva peligro y oportunidad: por lo que casi siempre será necesaria una intervención, la cual podría hacer una diferencia en las decisiones que tome el individuo en crisis.

Intervención en crisis (Slaikeau, 1998)

Es el proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o grupo para soportar un proceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos, psicológicos o emocionales, que pueden ocurrir en el momento del suceso o posteriormente, se aminoren y la probabilidad de crecimiento se incremente.

Se caracteriza por ser inmediata y realizada en el lugar del suceso, breve y usualmente única. El objetivo principal es ayudar a recuperar el nivel de funcionamiento equilibrado que se tenía previo al evento para poder superar el trauma. Esto se consigue reduciendo el riesgo, motivando la búsqueda de nuevos recursos y movilizándolo los existentes para enfrentar el futuro inmediato.

Las áreas generales de Intervención serían (Aranda, 2020):

1. Establecer o facilitar la comunicación.
2. Ayudar a percibir mejor la situación.
3. Autocuidado. Ayudar en el manejo de síntomas y emociones (niveles emocional, cognitivo y conductual).

En la circunstancia actual, fomentar los espacios de trabajo como un espacio protector parece una difícil tarea. Pero el objetivo es transformar lo que se percibió como normal o como una debilidad, en una experiencia valiosa para mejorar la eficiencia, la efectividad en nuestra labor y en las relaciones interpersonales. Es decir, destacar el valor de lo conocido.

Es importante aprender a diferenciar los problemas actuales de aquellos previos a la crisis, y que son los que están creando nuestra nueva realidad.

El hecho de pertenecer a un equipo de trabajo, presenta la valiosa oportunidad de colectivamente, buscar y encontrar un nuevo enfrentamiento a la cambiante nueva realidad. Afrontar y gestionar, una situación como la actual, derivada de la pandemia del COVID-19, está implicando en los líderes clínicos o “pilotos de tormenta” a activar y desarrollar un

conjunto de habilidades (nuevas o con un prisma distinto) que les permita dar respuesta a un desafío sin precedentes.

Al hablar sobre “líderes pilotos de tormenta” no solo se hace referencia a los responsables y directivos jerárquicos, sino también a todos los profesionales que ejercen una influencia profesional hacia su entorno, su equipo, hacia los pacientes y las familias.

Se les exige el desarrollo de un liderazgo adaptativo que permita dar respuesta a las necesidades cambiantes, con la máxima rapidez posible en función de las circunstancias de cada momento y de cada lugar.

Sin duda la gestión de toda esta complejidad y ambigüedad implica un nivel de resiliencia muy significativo. Esta capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse después de experimentar algo tan inesperado y vivido con tanta presión, es en la mayoría de las ocasiones inédita para el individuo, que la descubre únicamente cuando se encuentra en medio de una situación difícil que logra superar gracias a su actitud positiva, su voluntad de lucha y de seguir adelante.

En la situación de emergencia que vivimos y en un contexto con tanta sobreinformación, es absolutamente fundamental acompañar la toma de decisiones con una capa comunicativa, tanto a nivel organizacional como con los equipos profesionales, dotada de altas dosis de persuasión e influencia, para asegurar la orientación, la eficacia y la seguridad de las decisiones tomadas.

Se trata de creer y crear a pesar de las dudas que genera la incertidumbre, de crear escenarios, de reformular estrategias sobre la marcha y de apoyar las decisiones.

¿Cuáles son los retos que se han identificado? (Macaya & Aranda 2020)

- El alto riesgo de contagio.
- La sobrecarga en la demanda asistencial: esto dado por la consulta de pacientes relacionados a la crisis de salud, más aquellos que consultan por cuadros clínicos a los que estamos habituados, pero en carácter de descompensación o urgencia ya que se ha visto que la población evita acercarse a los recintos de salud en este periodo.
- Los elementos de protección personal (EPP): su disponibilidad, protocolos de acceso, técnicas de utilización para no incrementar el riesgo de contaminación.
- El apoyo y atención de salud al paciente y a su familia: cómo relacionarnos en este nuevo escenario.
- El estrés en las zonas de atención directa: lo que se ha llamado “la primera línea” y que incluye a profesionales de la salud y al personal de apoyo. Se puede experimentar una amplia gama de emociones (por ejemplo: pena, miedo, frustración, culpa, rabia, etc.). Se evidencia, además, una sobreexposición al sufrimiento de familia, porque en estas circunstancias el personal de salud asume el papel de la familia frente al paciente y debe al mismo tiempo enfrentar a la familia con la entrega de información y contención.
- Dilemas éticos y morales, secundaria a la sobrecarga, restricción y/o falta de medios, incluso relacionados a la evolución del paciente. Como respuesta a estos retos, el personal de salud puede manifestar reacciones en el ámbito emocional, cognitivo, físico y conductual; los cuales, si se logran percibir y entender como normales frente a una

situación anormal, podrían y deberían contribuir al autocuidado del mismo personal de salud (percibir la situación).

Estrategias de prevención y afrontamiento del síndrome de Burnout

La actual crisis de salud, sin precedentes en el mundo actual, genera un gran impacto en todos los aspectos de la vida cotidiana, y se hace imprescindible en estos momentos, prevenir en lo posible la aparición de este síndrome.

Una de las estrategias más beneficiosas para mejorar la adaptación y evitar la presencia de este síndrome, es tener un ámbito de tratamiento adecuado y contención pertinente a la tarea desarrollada y el grado de afectación.

A continuación, se mencionarán estrategias para el autocuidado del personal sanitario durante la pandemia del COVID-19, según Macaya y Aranda (2020)

1) Mantener una respiración consciente varias veces en el día. Al salir de su casa, antes de entrar al hospital, antes de entrar a una sala y atender a un paciente; deténgase y respire; continúe. Respirar nos calma y ayuda a concentrarnos en la tarea.

2) Conservar hábitos saludables: a medida que el estrés y las demandas aumentan, habitualmente los buenos hábitos se debilitan. Se debe tratar de comer bien, limite la ingesta de alcohol, e dormir o descansar, hacer ejercicio aeróbico (caminar), exponerse al sol si es posible y con los cuidados pertinentes.

3) Realizar ejercicio aeróbico para reducir el estrés, involucrando a los convivientes de ser posible. Actividades de meditación y relajación, de modalidad online, a modo de ejemplo.

4) Tomar tiempo para disfrutar una actividad de su preferencia: lectura, actividades físicas o compartir con su familia. Esto facilita una recarga física y emocionalmente. Es importante no trasladar los conflictos laborales al domicilio.

5) Recordar cada profesional forma parte de un equipo de trabajo, y dicha unión debe ser una fortaleza.

6) Evitar el aislamiento, promover la conexión social y familiar

Según Neira (2004, p. 22) se denominan estrategias de afrontamiento a las respuestas cognitivas y conductuales desarrolladas para manejar y tolerar demandas estresantes externas y/o internas que resultan excedentes o desbordantes de los recursos personales y que se desarrollan como un proceso a través de sucesivas fases de evaluación.

(...) El afrontamiento, mediatiza las relaciones estrés- adaptación y las estrategias actúan como factor de protección aumentando las habilidades del sujeto para reducir la probabilidad de desórdenes psicológicos y físicos.

Las estrategias de afrontamiento pueden categorizarse según se enfoquen en el problema o en la emoción:

- Enfocadas en el problema: son estrategias para modificar al estresor y cambiar la situación. Afectan tanto al entorno (ambiente, obstáculos, etc.) como al sujeto (modificación de sus aspiraciones, búsqueda de canales de gratificación alternativos, desarrollo de nuevas conductas, etc.)

- Enfocadas en la emoción: son acciones indirectas o paliativas, donde el sujeto regula su respuesta emocional disminuyendo el trastorno que genera una situación

estresante. Se utiliza al percibir que los estresores no pueden ser modificados: el sujeto cambia su reacción emocional para que la situación no le resulte estresante, logrando un nuevo equilibrio.

Neira agrega, que, según Tobin (2004), “tanto el afrontamiento dirigido al problema como el que se dirige a la emoción, puede ser activo o pasivo, originando cuatro tipos de estrategias alternativas” (Neira, 2004, p. 23)

- Estrategias activas dirigidas al problema: el sujeto se involucra y trata de eliminar la situación estresante, o bien altera su significado para que le resulte menos molesta.
- Estrategias activas dirigidas a la emoción: el individuo expresa su malestar, busca apoyo, opinión, etc.
- Estrategias pasivas centradas en el problema: la persona no se involucra, evita la situación, la niega, o tiene dificultades para percibirla de un modo diferente.
- Estrategias pasivas centradas en la emoción: el sujeto tiende al aislamiento, se centra en sí mismo, no manifiesta sus sentimientos, se adjudica culpas, etc. (Neira, 2004, p.23).

En relación con el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento Gil Monte y Peiró (1997,1999) sugieren que “el síndrome de quemarse se inicia juntamente con sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional, considerando las actitudes de despersonalización como una estrategia de afrontamiento”.

Bajo el enfoque de las causas que provocan el síndrome de quemarse en el trabajo, han postulado un modelo integrador de variables personales, interpersonales y

organizacionales, conceptualizando el síndrome de quemarse como “...una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido”

2.3 Estado del arte

Este punto de la investigación se centrará en algunos estudios exploratorios publicados sobre el síndrome de Burnout en profesionales de la salud en tiempo de COVID-19. Para ello, se realizó una amplia y extensiva búsqueda de investigaciones realizadas durante este periodo tan particular que aún estamos atravesando.

A medida que se logra tomar consciencia, informar y publicar acerca de esta problemática que ha ido creciendo mundialmente, nuevas propuestas surgen para emplear técnicas o métodos de evaluación como se podrá ver en la siguiente investigación.

En un estudio publicado por la *revista chilena de anestesia* (2020)² en el cual se cuestionan ¿Qué pasa con las personas?, ¿qué pasa con el equipo de salud? El autocuidado en tiempos de crisis.

Dicho artículo comenta que el Burnout se ha llegado a considerar un problema de Salud Pública, ya que no solo afecta a la vida personal y la satisfacción laboral de los profesionales, sino que, además, crea una severa presión para el sistema de salud y seguridad de los pacientes.

² Revista chilena de anestesia: *Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19*

A pesar de que los estudios se han hecho en países desarrollados, el Burn out es un problema y una epidemia escondida en países en vías de desarrollo, dada la gran demanda asistencial que representan estos servicios de salud. Desde la perspectiva médica, se define epidemia, a una enfermedad que se propaga activamente y se mantiene en el tiempo, aumentando el número de casos en un área geográfica concreta.

El proyecto de investigación sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (mencionado en el estado del arte), realizado por la Facultad de Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano. El cual tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de burnout en los profesionales de la salud que atienden de forma directa a pacientes COVID-19 en una unidad de cuidados intensivos de la ciudad de Quito. El mismo es un estudio descriptivo, de corte transversal, en el personal de salud que se desempeña en el área de terapia intensiva de un hospital de la ciudad mencionada, a partir del mes de mayo del 2020.

Se tomó como Población: enfermeras, terapeutas respiratorios, residentes y médicos tratantes de la unidad que acepten participar en el estudio. El cuestionario fue enviado a 120 trabajadores de la Unidad de cuidados Intensivos de los cuales respondieron 82 trabajadores. Evaluando en base al Inventario MBI.

Dentro de los hallazgos en las características sociodemográficas, según manifiesta dicha investigación se halló una mayor prevalencia en el sexo femenino, así como un mayor número de trabajadores entre los 31 a 40 años, la mayor cantidad de profesionales son enfermeras con más de 3 años en servicio de la Unidad de terapia intensiva del nosocomio evaluado.

Se evidencia que el cansancio emocional es el predominante con casi el 50% de casos, la despersonalización y la realización personal están muy a la par con casi el 20% y solo el 8.5% cumplen con las tres subescalas del Burnout.

Se presenta al menos una subescala en el 7.31% del personal, y un 41.46% presentan al menos dos subescalas del MBI.

El porcentaje de trabajadores que presentan altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera son el 8.5% marcando el Síndrome de Burnout en este grupo de trabajadores. También se describe que el 50% de residentes presentan el Síndrome de Burnout, los Fisioterapeutas presentan un 10% y el personal de enfermería un 5%, los médicos tratantes no presentan las puntuaciones necesarias en las tres subescalas por tanto no presentan el Síndrome.

Es notable, la ausencia de este síndrome en los médicos tratantes, pese a que son los responsables directos del enfermo, informan a la familia de su mala condición, dan a conocer de las defunciones y además están sujetos a problemas legales por mala práctica médica.

Se evidencia que, a nivel de cansancio emocional, los médicos residentes, así como los fisioterapeutas tienen un alto nivel con alrededor del 80%. A nivel de despersonalización, son también los médicos residentes los que están a la cabeza con un 50%, seguido por los médicos tratantes en un tercio de los casos.

Llama la atención que en realización personal también los médicos residentes tengan los dos tercios en contra, seguidos por los fisioterapeutas con un 20% y las

enfermeras con cerca del 16%, sin embargo, los médicos tratantes no presentan la puntuación requerida en esta subescala.

El personal que presenta un nivel medio en cada una de las subescalas es de un 14.63% para cansancio emocional, con respecto a despersonalización es de un 29.26% y un 21.95% presenta nivel medio en cuanto a realización personal. El personal de fisioterapia tiene el porcentaje más alto en cuanto a nivel medio de despersonalización con el 60%, el área de enfermería presenta más del 26% de nivel medio de despersonalización y el área médica presenta el 16.66%. En cuanto a nivel medio de realización personal el 70% de fisioterapeutas califica en esta subescala, tanto médicos residentes y enfermeras presentan más del 15%, y el personal de médicos tratantes no registran en esta subescala

Finalmente, y como conclusión los resultados están basados en un gran porcentaje de población de médicos residentes que califican con indicios del Síndrome de Burnout con un 50%. Según manifiestan los investigadores, esto puede estar sujeto a la alta carga laboral que soportan, así como mayor tiempo de atención en áreas contaminadas con Covid-19, por la misma razón se esperaba encontrar un mayor porcentaje del síndrome en el personal de enfermería y de fisioterapeutas por mantenerse largas jornadas laborales y expuestos de forma directa a pacientes contaminados.

Sin embargo, el porcentaje es menor en estos trabajadores, esto podría atribuirse a que tienen un alto grado de resiliencia y han aprendido a manejar el estrés, alto grado de tensión.

Con el fin de aportar datos precisos, actuales y confiables, se incluyó un último estudio publicado por la revista “Notas de política” (agosto 2020), realizado por la doctora

Andrea López González (Médica Interna), realizado en la Facultad de medicina, Universidad de los Andes, (Bogotá, Colombia). El mismo, tiene como pregunta principal ¿Cuál es el impacto psicológico o psiquiátrico en los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19? Para dar respuesta a esta pregunta, a lo largo de todo el artículo, se mencionan e incluyen otros 6 artículos, los cuales son revisiones sistemáticas que recopilan principalmente estudios de China.

El análisis de estos artículos generó los siguientes resultados: 1. los síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio en los trabajadores de la salud han aumentado durante la pandemia del COVID-19, 2. las personas más afectadas son las enfermeras, las mujeres y aquellos que se encuentran en primera línea de atención.

Con el objetivo de mejorar la salud mental en los trabajadores de salud durante la pandemia del COVID-19, se recomienda lo siguiente:

1. realizar estudios para evaluar la salud mental en los trabajadores de Colombia durante la pandemia,
2. fomentar actividades de ocio durante las jornadas de descanso en horario laboral,
3. realizar tamizaje en personal sanitario con mayor riesgo de desarrollar patologías psiquiátricas.

Las conclusiones de dicho trabajo constan en:

1. Durante la pandemia del COVID-19 han aumentado los síntomas psiquiátricos en los trabajadores sanitarios, particularmente, han aumentado los síntomas de estrés laboral, de estrés postraumático, ansiedad, depresión e insomnio.

2. Los trabajadores de la salud más afectados, en su salud mental, durante la pandemia por COVID-19 son las enfermeras, las mujeres y el personal en primera línea.

3. Los resultados obtenidos durante la pandemia del COVID-19, son similares a los obtenidos en epidemias anteriores.

4. No hay estudios en población latinoamericana que demuestre que los síntomas psiquiátricos han aumentado durante la pandemia del COVID-19 en los trabajadores de la salud.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Evaluar a través de elementos de medición, como lo es el Inventario MBI, la existencia de Síndrome Burnout, en contexto de la pandemia en COVID-19, en instituciones públicas y privadas de CABA y gran Buenos Aires.

3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar a través del ya mencionado instrumento de medición (escala de MBI) la presencia de Burnout en los profesionales de la salud.
- Identificar los factores de riesgo existentes en los profesionales de la salud, como así también las consecuencias en su desempeño diarios de aquellos que califiquen como padecientes del síndrome de Burnout.
- Analizar las consecuencias psicofísicas de los profesionales de Salud involucrados.
- Describir mecanismos de adaptación a los síntomas y estrategias de afrontamiento.

4. Diseño metodológico

4.1. Diseño

El tipo de estudio seleccionado tiene un enfoque cuantitativo, con diseño exploratorio, en un tiempo sincrónico, transversal, llevado a cabo en diferentes Hospitales del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en tiempo de Pandemia de COVID-19 entre los meses de agosto y octubre de 2020.

4.2. Características del Período de Relevamiento

El acceso al campo fue mediante la profesional tutora de este trabajo de investigación, la Dra. Morais Erica Guadalupe, especialista en Medicina Interna y Psiquiatría, trabajadora sanitaria del hospital de agudos Ramos Mejía en los servicios de salud mental y emergencias (SAME) pertenecientes a dicha institución.

Se realizó una el Inventario MBI de forma online, la cual, fue enviada a 75 trabajadores sanitarios de diversas instituciones del AMBA. Un gran porcentaje de los trabajadores encuestados, son pertenecientes al servicio de emergencias (SAME) del Hospital de Agudos "Ramos Mejía" y también otras instituciones como Clínica San Camilo, Swiss Medical, CEMIC, OSPERYH, Hospital Durand y Hospital Posadas.

La finalidad de la fue conocer los condicionantes que pudieran precipitar las circunstancias para el surgimiento del síndrome de Burnout.

Utilizando una aplicación de encuestas online se implementó el inventario mencionado, dado que, por la pandemia covid-19, resultaba altamente complejo la toma

presencial de el mismo. Los objetivos se encuentran detallados en el apartado correspondiente.

4.3. Población y Muestra

La población abarcada por este estudio incluye 59 casos, de los 75 enviados, y está compuesta por profesionales del Hospital General de Agudos “Ramos Mejía”, de las áreas de; Servicio de Emergencias (SAME), pertenecientes a distintos turnos, con horarios de guardia de 12 a 24 horas, (mañana, tarde, noche, sábados, domingos y feriados), cirugía, clínica médica, guardia externa, salud mental, rehabilitación, como así también otras instituciones; Clínica San Camilo, Swiss Medical, CEMIC, OSPERYH, Hospital Durand y Hospital Posadas.

Del total de los encuestados, 34 pertenecen al género femenino y 25 al masculino. Se seleccionó una muestra no probabilística, intencional, ya que se eligieron las unidades observables de forma arbitraria designada por la característica de ser profesional de salud.

4.4. Técnicas e Instrumentos

Se utilizó, como instrumento de medición el Inventario MBI. Esta escala proporciona fiabilidad cercana al 90% y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre las dimensiones del síndrome de Burnout.

Se realiza en 10 a 15 minutos. La escala, que se establece para esta investigación, es puntuación nominal, cuyo valor otorgará el riesgo de Burnout.

Aspecto Evaluado	Preguntas para evaluar	Subescalas	Puntuación Máxima
Agotamiento Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.	54
Despersonalización	5,10,11,15,22	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.	30
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.	48

Los sujetos que califiquen por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo". Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

Cálculo de puntuaciones: (Maslach y Jackson 1986)

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

5. Desarrollo

En base a los datos recolectados durante el proceso de investigación se procedió a realizar distintos gráficos, los cuales cuentan con los datos recabados de la encuesta realizada, acompañados de un análisis cualitativo que será articulado de forma teórica con los conceptos descriptos en nuestro marco teórico.

5.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

Para empezar, se muestra el perfil sociodemográfico de las personas abarcadas en la muestra, a través de los siguientes gráficos:

Sexo	N
Hombres	25
Mujeres	34
Total	59

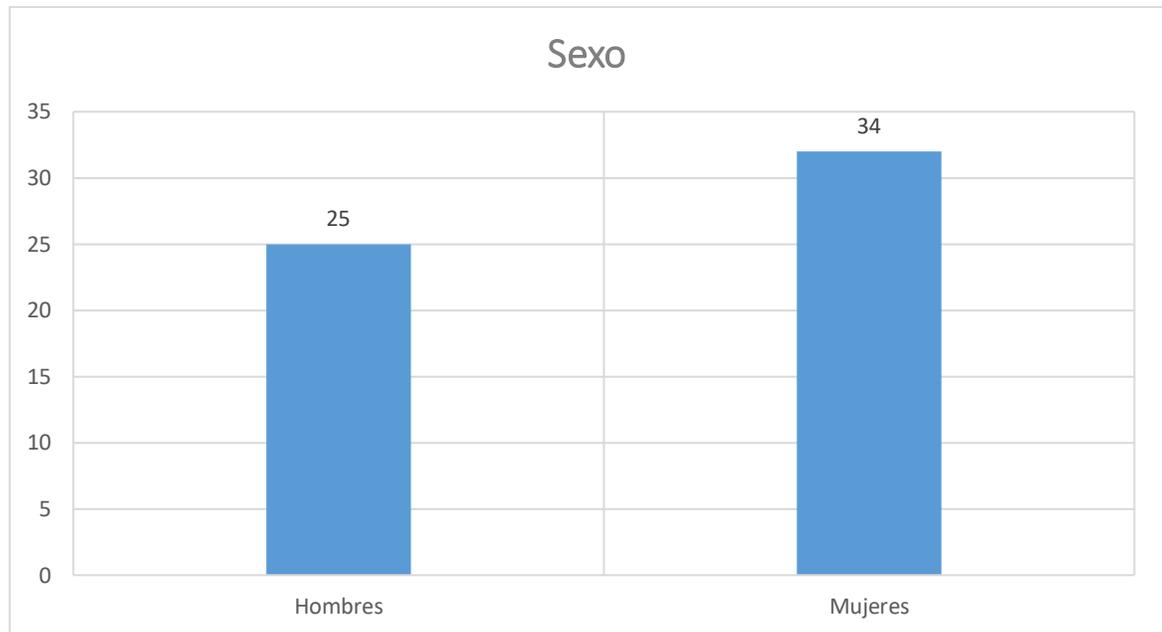


Gráfico 1

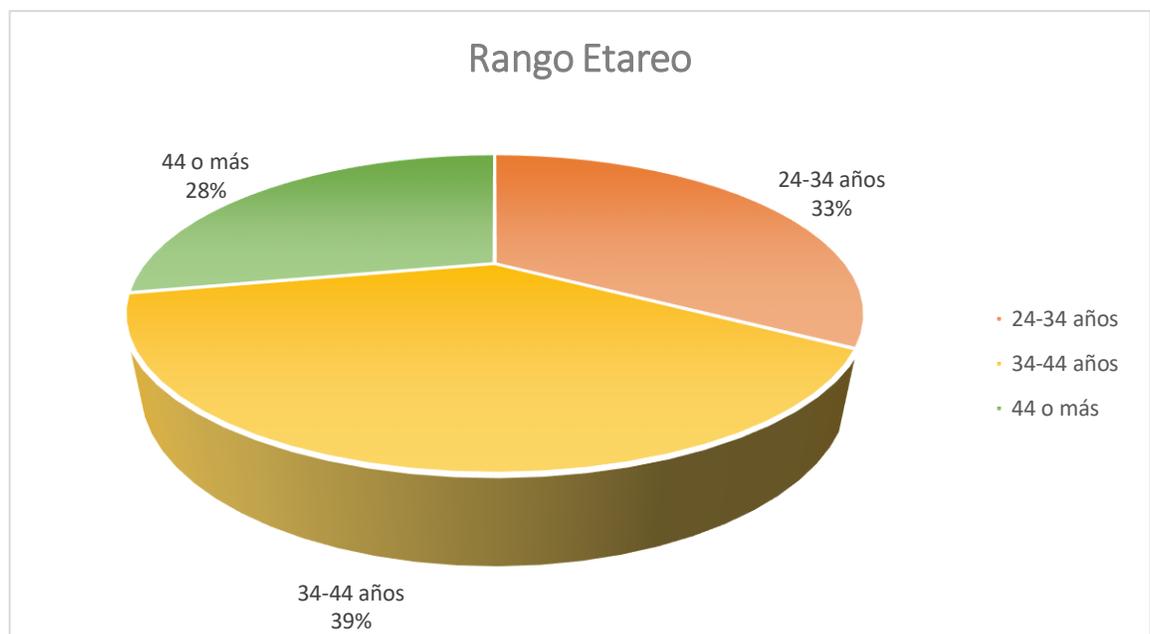


Gráfico 2

El rango de edad la mayoría de nuestros encuestados se encuentran en una edad promedio de entre 34 a 44 años (39%) seguido de la franja etaria de 24 a 34 años (33%) como se puede ver en el gráfico 2.

De acuerdo con los porcentajes obtenidos las profesiones de la población abarcada por la muestra se distribuyen de acuerdo con la siguiente frecuencia:

Especialidades	N
Emergencias	25
Guardia	10
Clínica Médica	4
Cirugía Cardiovascular	1
Médico UTI	6
UTIM	3
Psiquiatría	7
Rehabilitación	3
Total	59

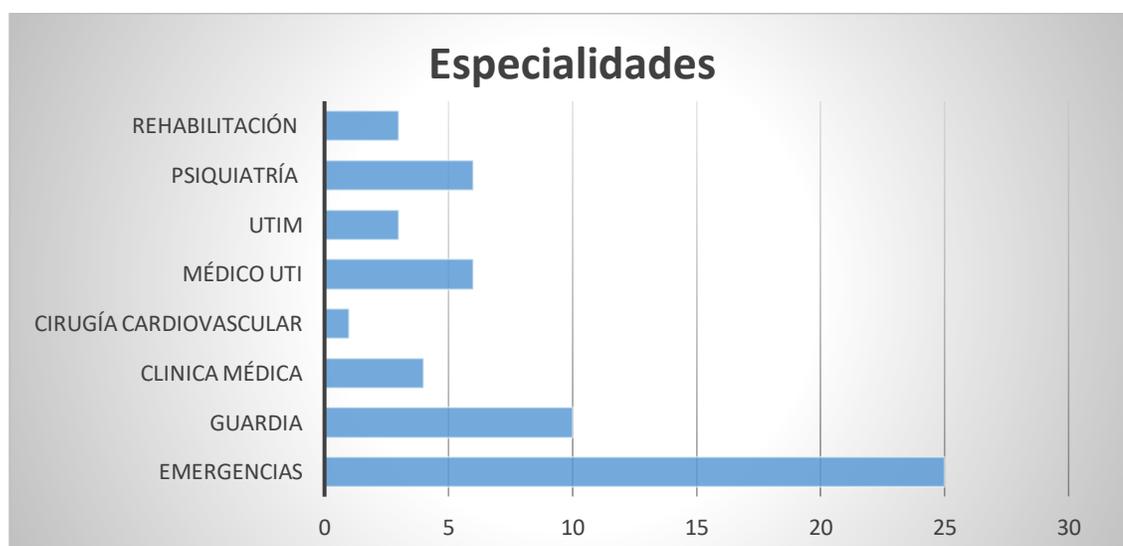


Gráfico 3

Debido a que la casuística es reducida, no se utilizó el porcentaje de afectados en relación a las especialidades a las que pertenecen, se requeriría una mayor casuística para evaluar correlación con datos estadísticamente significativos.

La participación de cada profesional fue anónima y totalmente voluntaria. Se consideró, de gran importancia la institución perteneciente de cada trabajador sanitario. Las mismas se detallan en el siguiente gráfico:

Instituciones	N
Hospital Ramos Mejía	19
Hospital Durand	4
SAME CABA	16
SAME Provincia	4
Emergencias SA	5
Clínicas Privadas CABA	10
Hospital Posadas	1

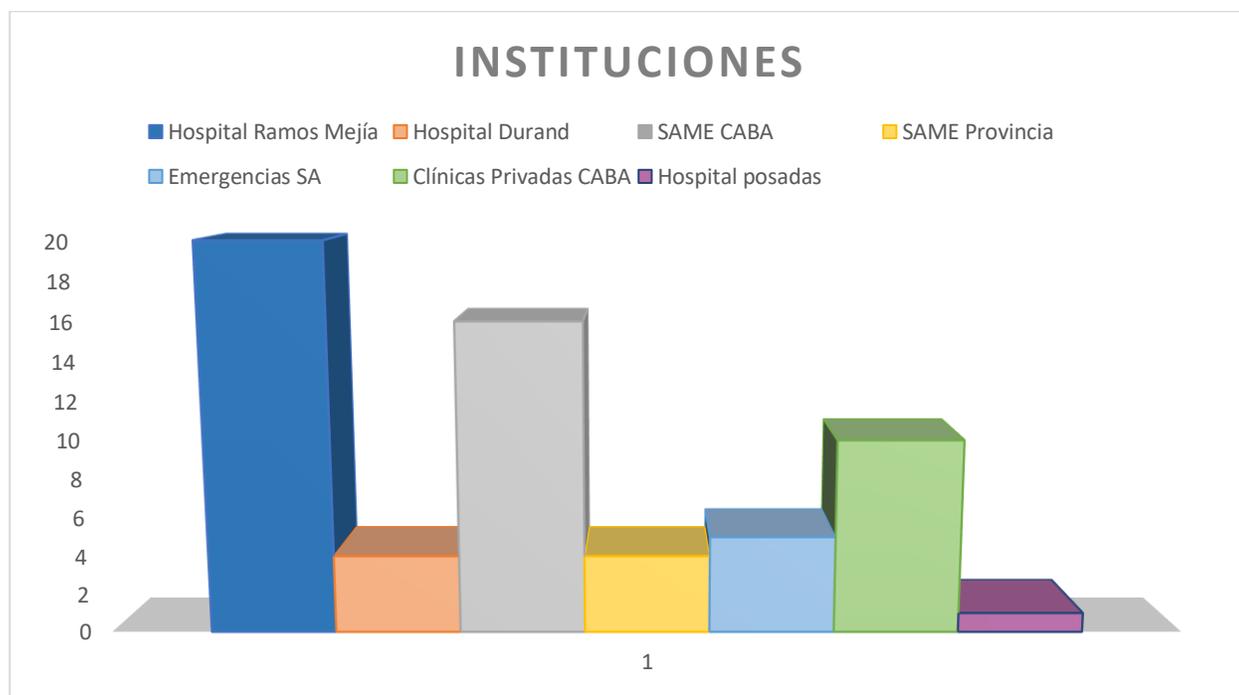


Gráfico 4

Las diferentes instituciones ubicadas en distintos puntos geográficos de AMBA nos permitió tener una recopilación variada para poder evaluar la incidencia del síndrome en los profesionales de la salud.

5.2. Resultados MBI

A continuación, se avanzará en la presentación de los resultados obtenidos a partir de la implementación del instrumento ya detallado anteriormente (MBI), la medición del síndrome de Burnout.

Se muestran los resultados obtenidos en la siguiente tabla:

PRESENCIA DEL DE BURNOUT				
Sexo	N	Alto	Medio	Bajo
Hombres	25	20	5	0
Mujeres	34	32	2	0
Total	59	52	7	0

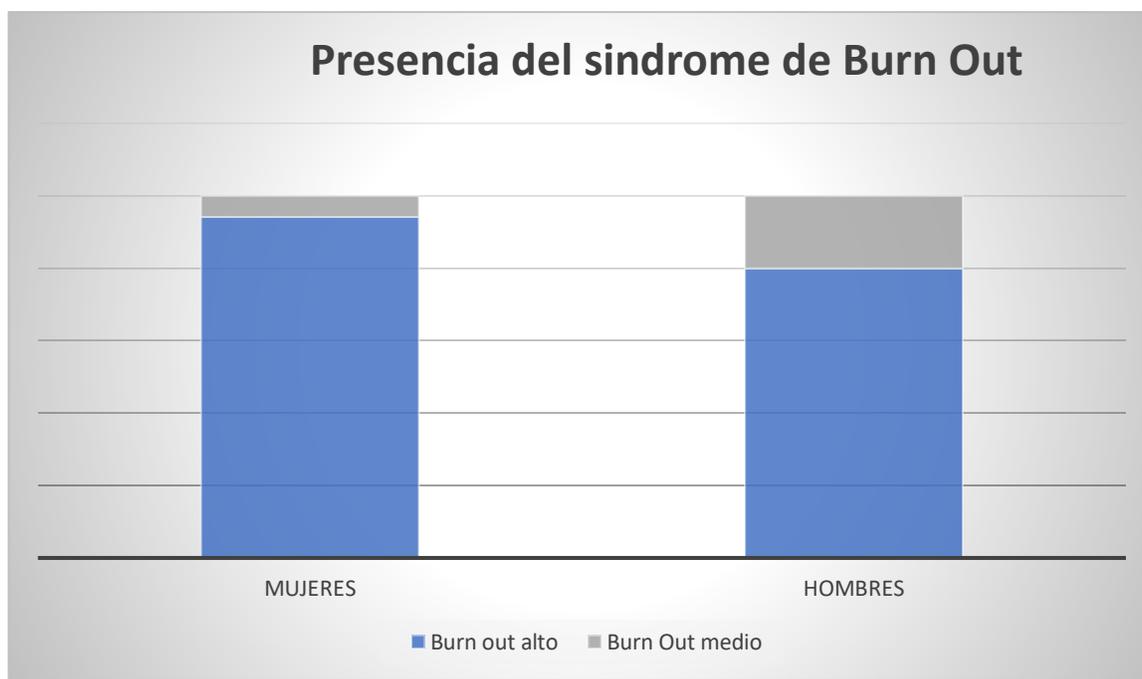


Gráfico 5

Si consideramos los tres grados de Burnout propuestos por Maslach y Jackson podemos señalar que todos los profesionales sanitarios encuestados cuentan con la presencia de Burnout.

De acuerdo con la información plasmada en el gráfico podemos observar que el 94.11% (n= 34) de las mujeres poseen Burnout, y el 80% (n= 25) de los hombres presentan Burnout. Coincidiendo con los aportes mencionados anteriormente en los trabajos de Zaldúa, Bottinelli, Lodieu quienes indican que el Burnout se ha presentado con mayor incidencia en el género femenino.

Cabe destacar que los profesionales, que están trabajando en la pandemia de COVID-19, se encuentran bajo sentimientos de desgaste, agotamiento, fatiga tanto física

como emocional, reflejando una disminución para soportar la presión tanto a nivel laboral como personal.

6. Conclusión

Dado que este estudio abarca profesionales de la salud, se trabajó con los resultados obtenidos del MBI con el propósito de articular y analizar lo realizado en la práctica con las diferentes teorías propuestas en el marco teórico y estado del arte.

Para comenzar resulta indispensable remarcar que, de acuerdo a los resultados obtenidos, es posible identificar a los profesionales sanitarios, que ejercen su labor en medio de dicha pandemia como población de riesgo. Según los aportes de teóricos citados en la fundamentación, Maslach y Jackson (1981)³ son quienes definen el estrés laboral asistencial como una respuesta disfuncional frecuente en individuos que trabajan en servicios asistenciales y educativos.

Tanto el cansancio emocional, la despersonalización y los sentimientos de ineficacia y falta de logro personal (Siendo estos los tres niveles que componen el Síndrome de Burnout según los autores ya mencionados) se hacen presentes en las personalidades de los profesionales de la salud que se abordan en este estudio.

La presencia del síndrome en todos los casos analizados da cuenta de que en la actualidad el contexto laboral para todos los profesionales sanitarios permite que tengan altos niveles de desgaste, agotamiento, fatiga tanto física como psíquica, vaciamiento de los recursos emocionales y personales, sensación de no tener nada más que ofrecer profesionalmente, acompañado de un incremento de la irritabilidad y pérdida de motivación

³ Maslach, C. y Jackson, S. (1981): "Burn out in organizational settings", en S. Oskamp (Ed), applied social Psychology Annual, vol 5, Beverly hill, sage.

hacia ellos mismos, reacciones de distancia, cinismo u hostilidad hacia los beneficiarios y/o compañeros de trabajo.

Dado lo antedicho, y en el contexto de exceso laboral, que muchos describen como un torbellino, se observa la disminución de productividad y poca tolerancia a la presión institucional y social.

Se dividió a la población abarcada en la muestra en hombres (25) y mujeres (34), no pudiendo correlacionar el servicio perteneciente con la presencia del síndrome por el tamaño de la casuística.

Cabe destacar, que la mayoría de los profesionales que respondieron nuestra encuesta pertenece al área de urgencias y/o emergencias (SAME), esta perspectiva permite dar cuenta de los desafíos que supone para los profesionales de la salud el trabajo en urgencias, de acuerdo con García de Amusquibar (1992)⁴, quien hace referencia a la reacción que provoca en los médicos el tratamiento con pacientes con problemas que requieren soluciones rápidas.

Se podría inferir que el contexto altamente revolucionario que creó la pandemia de COVID-19, hizo que el funcionamiento de las instituciones hospitalarias de AMBA se desempeñaran constantemente como una sala de emergencias, en un sistema de varios años de desgaste sin preparación tanto institucional como personal para afrontar la ya mencionada pandemia. En comparación con otros países como Alemania que contó con tempranos exámenes de diagnóstico, demostrando un componente esencial de la lucha

⁴ García de Amusquibar, A. (1992). Urgencias Psiquiátricas. Revista Argentina de Psicopatología, p: 3-10.

contra el virus no exponiendo al personal sanitario a un funcionamiento hospitalario desorganizado y altamente estresante.

Sostener un enfoque de estas características frente a las problemáticas que presentan los pacientes de COVID-19 requiere de un equipo de profesionales sanos.

En este sentido, los componentes básicos del Burnout impedirían abordar la atención de los pacientes desde una mirada empática.

Como se describió anteriormente las características de COVID- 19 son:

- El alto riesgo de contagio.
- La sobrecarga en la demanda asistencial.
- El estrés en las zonas de atención directa.
- Dilemas éticos y morales, secundaria a la sobrecarga, restricción y/o falta de medios.

Dichas características nos permiten pensar en la presencia de un estrés laboral que según Greenglass, Burke y Ondrack (1990)⁵ se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo.

El inter juego entre los conceptos de identidad de sí e identidad de rol que propone Pérez Jáuregui (2005)⁶ permite comprender la presencia de estrés laboral en la totalidad de la población abarcada en este estudio.

⁵ Greenglass, E., Burke, R. y Ondrack, M. (1990). Op. Cit.

⁶ Pérez Jáuregui, I. (2005) Op. Cit.

Tal como se mostró en los resultados de MBI, más del 85% de los entrevistados presenta un nivel de Burnout Alto, y el resto, medio. Esta situación estaría poniendo de manifiesto, la posibilidad de un cuadro grave de estrés laboral.

La presencia de Burnout en la población abarcada en este estudio da cuenta de una modalidad laboral sobre adaptada, en términos de Pérez Jáuregui, el sujeto responde con gran autoexigencia a las demandas que le impone su tarea. Las condiciones laborales también inciden en esta respuesta sobre adaptada del sujeto.

Para finalizar nos centraremos en la importancia que tiene la atención psicológica en una situación con características sumamente particulares como lo es una pandemia.

Teniendo en cuenta que el COVID-19 ha provocado grandes modificaciones a nivel social (aislamiento social preventivo obligatorio, distanciamiento social, uso de barbijos y/o tapabocas, mascarillas, etc) y sanitario. Nos encontramos con un panorama lleno de incertidumbre e inestabilidad, por lo que es sumamente lógico que la población sienta miedo, ansiedad, angustia, etc. El clima laboral, la disponibilidad de recursos, las condiciones materiales de los lugares de trabajo, la vinculación con los pares, las características y gravedad de los diagnósticos que presentan los pacientes, (quienes llegan a las instituciones con alto grado de intensidad, la que vulnera la salud mental de los profesionales abarcados en este estudio) y el miedo al contagio, son las características particulares que presenta dicha pandemia.

Sumado a lo escrito se encuentran los resultados de nuestra investigación que dan cuenta la carga de estrés que esto significa para los profesionales sanitarios.

Resulta evidente pensar en la importancia del cuidado psicológico, la creación de lazos y/o redes de apoyo, así como también se destaca la importancia del trabajo interdisciplinario, el cual, no es necesario ser un profesional de la salud para identificarlo, ya que los médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, y muchos otros profesionales están trabajando notablemente en conjunto para brindar una buena atención y enfrentar esta situación.

7. Comentarios Finales

Después de realizar el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, se podría interpretar que los encuestados cumplen con los criterios que dan cuenta de la presencia de Burnout.

Podemos decir que el COVID-19 ha llegado para visibilizar la dificultad que conlleva la atención sanitaria ante la exigencia que desprende una pandemia.

Si bien el síndrome remarca un profundo agotamiento mental, denota claramente el gran impacto que tuvo la ya mencionada pandemia, en el rendimiento, el desempeño laboral, la calidad de atención profesional y por sobre todo en la salud mental de los trabajadores, quienes no pueden transmitir un cuidado empático a los pacientes.

Se podría analizar las estrategias de afrontamiento de este síndrome, las cuales, pudieron no ser aplicadas o impartidas entre el personal sanitario. Se considera, que las consecuencias futuras que derivan del síndrome (laboral, vida personal y salud mental) son nocivas para la vida de los sujetos. Se desconoce las defensas y recursos psíquicos con los que cuentan los profesionales de la salud para afrontar dicha problemática.

Para finalizar, es importante destacar, la labor que ejercen los profesionales sanitarios más allá de la atención que desempeñan actualmente; siendo esta, brindar contención, atención y ayuda a los pacientes sin recibir lo mismo a cambio.

Surge el siguiente interrogante; ¿Cómo se contuvo al personal sanitario en esta pandemia? No existe una respuesta clara a dicha pregunta, y las consecuencias a largo plazo de la exposición prolongada se analizarán a futuro.

El indicio de Burn Out en esta casuística, da cuenta de que las herramientas preventivas y/o cuidado con el objetivo de que los mismos no enfermen, no son suficientes ante tanta presión o no existen los ámbitos de contención necesarios al servicio del profesional. Por lo que, consideramos pertinente que el sistema salutógeno o los hospitales brinden a los trabajadores momentos de distensión. Considerando el trabajo como fuente de realización y desarrollo personal y social.

Pérez Jauregui (2005) hace especial énfasis en la prevención durante las horas de trabajo:

1. A nivel individual: del modo habitual de relacionarse con el trabajo. (Schlemenson, A. 1990);
2. A nivel grupal: en el desarrollo de interacciones de colaboración recíproca, formándose “equipos de trabajo” más que individuales sobresalientes.
3. A nivel organizacional: potenciando aquellos factores inidentificados con el concepto de “organización social requerida” (Jaques, Elliott, 2000). respetándose la pirámide de necesidades (Maslow, Abraham, 1982).

Es de suma importancia tener en cuenta que al estar frente a pacientes con diagnósticos complejos como lo es el COVID- 19 (con la sugestión psíquica que el mismo causa a nivel social) sumado a los factores laborales, los profesionales deben ser cuidados para poder continuar con un servicio favorable sin poner en riesgo su salud, ya que, como se mencionó; en el marco teórico, *“dos condiciones son básicas para la salud mental: la capacidad de amar y trabajar”* (Freud, 1936, p. 395).

8. Observaciones

No se pudo discriminar los datos en correspondencia con las distintas especialidades. Para un análisis de la correlación, entre las diversas áreas y la presencia de Burnout, se requerirá una mayor casuística a futuro.

9. Referencias Bibliográficas

- Atance (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Salud Publica*, vol.71 N°3.
- <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/266?replytocom=10183#respond>
- Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19 (2020) *Rev. Chilena Aneste;* de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/>
- <https://www.mis15minutos.com/burnout/diferencia-estres/>
- <https://centrospsicologiaysalud.es/el-estres-psicologico/>
- El síndrome de Burn Out en profesionales sanitarios y pautas para su prevención durante la pandemia del covid-19(2020) *Rev. Activa psicología e información*, <http://www.activapsicologia.com/burnout-en-sanitarios/>
- Freud (1968: original de 1936). *Análisis terminable e interminable*. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud (1973), *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gil Monte (2005): *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout), una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid. Pirámide.
- Gil-Monte & Peiró (1999) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*. Universidad de Valencia. Vol.15 (2), 261-268.
- Greenglass, Burke, y Ondrack (1990). A gender role perspective of coping and Burnout. *Applied Psychology. An International Review*, 39. 5-27
- La evaluación específica del Burnout (2002), vol. 13 N°. 3 - Págs. 257-283 *Rev. Clínica y Salud* 257 artículos. La evaluación específica del síndrome de Burnout en

psicólogos: el «inventario de Burnout de psicólogos»

<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/78423.pdf>

- Macaya & Aranda (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. Revista *Chilena de Anestesia*, 49, 356-362.
- Maslach y Jackson (1981): “Burnout in organizational settings”, en Oskamp (Ed), applied social Psychology Annual, vol 5, Beverly hill, sage.
- Mirás Carballal Susana (2014). Evaluación del síndrome de Burnout en un centro de salud. Revista *Enfermería CyL*, Vol 6 – N°2
- <https://observatoriorh.cl/liderazgo-clinico-creer-y-crear-en-tiempos-de-pandemia/>
Liderazgo clínico: Creer y crear en tiempos de pandemia (observatoriorh.cl)
- Pandemia Covid- 19 https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19
- Para la OMS, el síndrome de Burnout es un trastorno mental (2019) Bs As, Arg.Infobae: <https://www.infobae.com/salud/2019/>
- Pérez Jáuregui, (2005) Burn-out y estrés Laboral. *Sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para afrontarlo*. Cap.2 y 4. Psicoteca Editorial.
- <https://psicopedia.org/4645/sintoma-sindrome-y-trastorno/>
- <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n03.014.pdf>
- Síndrome de Burnout en el personal de la salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia de covid-19 en un hospital de Quito (2020); <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3970/2/Plan%20de%20investigaci%c3%b3n%20corto%20de%20articulo%20cient%c3%adfico.pdf>
- https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

- Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, et. al. (2010). Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Cap III: Trabajo y subjetividad. Buenos Aires: EUDEBA.

10. Anexo

10. 1. Instrumentos

10.2. Encuesta General

Encuesta de Burnout a trabajadores sanitarios en tiempos de pandemia

<p>La situación actual que vivimos, con la pandemia del COVID-19, cumple con factores que convierten el sistema de salud en un contexto “ideal” para la proliferación del Burnout.</p> <p>El desarrollo de esta investigación se orienta a identificar la presencia de síntomas o indicadores de Burnout y sobre cómo puede afectar a los profesionales de la salud por la pandemia del COVID-19.</p> <p>Implementando el Inventario de Burnout de Malasch MBI (Malasch inventory, 1986) de manera voluntaria y anónima.</p> <p>El instrumento de recolección de datos consistirá en la administración de una encuesta estructurada para conocer otras variables que potencian el desarrollo de síndrome de Burnout.</p>
<p>Sexo *</p>
<p>Mujer</p> <p>Hombre</p> <p>Prefiero no decirlo</p> <p>Otros:</p>
<p>Rango Etario *</p>

Entre 24 y 34 años

Entre 34 y 44 años

44 años o más

¿En que institución trabaja? *

¿A que servicio pertenece? *

Estado civil *

Casado

Soltero

Divorciado

Otros:

¿Tiene hijos? *

Sí

No

Carga horaria de trabajo *

Jornada Simple (6hs / 8hs)

Guardia 12hs

Guardia 24hs

Otros:

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo en tiempos de pandemia y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objetivo es investigar acerca de los resultados y saber como podrían impedirse en caso de haber alcanzado un nivel alto de Burnout.

Por favor, señale la opción que considere más adecuado:

Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales. (D) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que mi trabajo me está desgastando. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que me he hecho más duro con la gente. (D) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. (D) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Me siento muy enérgico en mi trabajo. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Me siento frustrado por el trabajo. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. (D) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. (AE) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente

Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. (RP) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. (D) *
Nunca
Algunas veces al año
Algunas veces al mes
Algunas veces a la semana
Diariamente
Gracias por su tiempo y colaboración.

10. 3. Test de Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Test MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
<p>A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p>	
<p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	

5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
AE: <i>Agotamiento Emocional</i> ; D: <i>Despersonalización</i> ; RP: <i>Realización Personal</i> .

- Subescalas de agotamiento emocional (AE): valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescalas de despersonalización (D): valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescalas de realización personal (RP): evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".