

**FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ- FACULTAD DE
MEDICINA**

Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal



**“SECUELAS DE LA PANDEMIA DE LAS QUE NADIE HABLA:
SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD
DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 VS PERÍODO POSTERIOR
INMEDIATO”**

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

DIRECTOR: DE CARRERA: PROF. DR ROBERTO FOYO

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALEJANDRA DIANA MARTÍNEZ

TUTOR METODOLÓGICO: PROF. DR. DIEGO BERNARDINI

DIRECTORA DE TFI: DRA MARÍA N.C DERITO (ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, Y
MEDICINA LEGAL Y DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELÓ)

SEDE: BUENOS AIRES

FECHA: 11 DE NOVIEMBRE DE 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a todo el Cuerpo Docente del la Fundación H.A Barceló, por colaborar y acompañarme en este recorrido de dos años, que compartieron sus conocimientos y brindaron la mejor predisposición para mi formación

A mi tutora de Tesina, la Dra M.C. Derito, que tuvo siempre la buena predisposición para realizar las correcciones pertinentes del trabajo, para enriquecer el mismo.

A mi familia, que siempre me apoyó en forma incondicional en todos los proyectos que encaré

Por otro lado, también quiero agradecer especialmente a la Dra Paola Martín, que nos ha acompañado estos dos años, con excelente predisposición, para que lleguemos hoy a este día.

Y finalmente, a mis compañeros de cursada, que nos tocó comenzar en una época muy extraña para todos, Pandemia COVID 19, pero logramos conformar un grupo unido y que nos permitió apoyarnos entre todos para poder transitar estos dos años, el primero solo conociéndonos por zoom y que para todos fue fundamental cuando el camino se hacía cuesta arriba

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	17
OBJETIVOS GENERALES	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA	18
VARIABLES	19
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	32

SECUELAS DE LA PANDEMIA DE LAS QUE NADIE HABLA: SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 VS PERÍODO POSTERIOR INMEDIATO

RESUMEN

Se plantea estudiar una población de profesionales de la salud en dos situaciones que les han tocado vivir, en los últimos 3 años, la primera ocurrida durante la presencia de la pandemia COVID 19, y posteriormente en el período postpandemia evaluándolo a través de la escala de burnout y valorar las diferencias entre los diferentes períodos. El objetivo específico del trabajo fue determinar las variaciones demográficas, de situación laboral, y factores asociados a la presencia de Burnout de los dos períodos estudiados. El estudio fue de tipo observacional transversal. Se utilizó un formulario de Google Drive con MBI de Maslach y Jackson (Anexo 1). El mismo fue anónimo. Se incluyeron 156 encuestas a médicos activos que cumplían distintas funciones dentro de la actividad asistencial (médicos de guardia de entidades públicas, privadas, médicos de internación expuestos o no a pacientes con patología COVID y médicos de consultorio) durante la pandemia (período marzo a noviembre 2020) y 190 profesionales en el período postpandemia de similares características a los predecesores (marzo a julio de 2022)

Resultados: Los resultados obtenidos entre las dos poblaciones fueron llamativos para la hipótesis de estudio. Lo observado fue que no hubo diferencias significativas entre los tres componentes del burnout entre las dos poblaciones, tanto en el cansancio emocional, la despersonalización como los parámetros de realización personal. Lo que se observó fue que en ambos grupos los profesionales expuestos en áreas críticas y aquellos que trabajaban en sistemas mixtos (público y privado) fueron los que se vieron a tener altos niveles de burnout en sus tres componentes, ocurrió algo similar cuando se evaluaron los rangos etarios que los más afectados en ambos grupos por un lado fueron los profesionales entre 40 a 50 años y en cuanto al sexo el más expuesto en los ambos períodos fue el sexo femenino. **Conclusión:** A través de los resultados obtenidos en el estudio, no se pudo comprobar una diferencia significativa de la incidencia de síndrome de burnout durante la pandemia, con respecto a la postpandemia. A pesar de todos los factores que intervinieron durante la primera, que había sorprendido al grupo estudiado, como ser el tipo de trabajo, el tipo de noxa y a lo que se estaban exponiendo, Esto evidenció que existen otro tipo de factores que intervienen en el malestar de la

actividad médica diaria que no ha podido disminuir su peso en el bienestar de los profesionales a pesar de que un evento tan grave como la pandemia se había superado. Los resultados muestran de que además de la pandemia hay otros factores que han influido en estos resultados en la población médica. Pero, por otro lado, en la post pandemia, las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina no mejoraron, el esfuerzo realizado durante dicho período no fue reconocido, (ni económico, ni en otras formas), lo que en algunos casos llevó al empeoramiento del sentimiento de autopercepción de los profesionales. Considero que uno de los elementos que deberíamos aprender de esta experiencia es a fomentar desde las bases, las asociaciones profesionales que nos agrupan, organizaciones no gubernamentales, y los entes gubernamentales la creación de políticas que apunten al bienestar de los trabajadores de la salud, mejorando sus condiciones laborales, su reconocimiento profesional, condiciones económico acorde a la carga horaria y función. Esta mejora del bienestar de nuestros profesionales redundará en la una mejor autopercepción del “personal” con respecto al reconocimiento que la sociedad que hace de ellos

Palabras claves: síndrome burnout- COVID 19- Postpandemia- profesionales de la salud-enfermedades ocupacionales. Enfermedades ocupacionales

INTRODUCCIÓN

El personal de Salud durante la pandemia COVID 19, se vio se vio sorprendido ante una situación inusual más allá de sus tareas habituales, dado que fueron sometidos a condiciones de trabajo desfavorables y anímicamente angustiantes. Lo que se estudió en esta oportunidad fue la presencia de síndrome de burnout entre los profesionales de la salud, durante el período de la Pandemia COVID 19 con respecto a la postpandemia inmediata.

El estrés laboral influye en el burnout ocupacional y refuerza el concepto de que el agotamiento ocupacional es una respuesta al estrés excesivo en el trabajo ⁽¹⁾. La carga de los trabajadores de la salud aumenta en pandemias, toman responsabilidades significativas y además se mantienen alejados de sus familias. Aparte de estos factores, los médicos, también están en el grupo de riesgo ⁽²⁾

Los estudios indican que el agotamiento causado por una pandemia puede conducir a demandas por negligencia médica, incluso a un aumento en el riesgo del paciente. En

la literatura reciente, hay información de que durante la Pandemia de COVID-19 la motivación y la satisfacción profesional de los médicos disminuyó, e incluso los pensamientos suicidas aumentaron. ⁽²⁾

La ansiedad de haber cometido un error médico se asoció en forma independiente a un alto grado de burnout. Por otro lado, cuando uno revisa la legislación en la Ley Nacional 17132 ⁽³⁾, sobre el ejercicio de la Medicina, observamos que habla de las obligaciones de los profesionales de la salud, pero no se repara en los derechos de estos. Para tener en cuenta los mismos uno debe remontarse a la ley 6035 del GCBA⁽⁴⁾ donde se enumeran entre otros ítems los derechos de los profesionales, o al Código de Ética de la Asociación Médica Argentina redactado en 2001 ⁽⁵⁾

El burnout presenta mayor asociación con enfermedades constitutivas, (como ansiedad, hipertensión arterial, síndrome metabólico, etc.) y consecuentemente la exposición al deterioro del rendimiento laboral habitual. Esta situación, hace que debamos pensar y elaborar medidas tendientes a mejorar las condiciones laborales, prevenir la aparición de situaciones de burnout y determinar un marco legal para la protección de los agentes de salud.⁽⁶⁾

FUNDAMENTACIÓN

El estudio de burnout que se analizará en este trabajo surge a partir un acontecimiento que no había ocurrido en los últimos 50 años, que expuso a los profesionales de la salud a una situación inédita, donde por un lado tuvieron que aumentar sus horas de trabajo, y por otro, cambiar sus condiciones laborales, debido al escenario de pandemia. Porque, además de atender a los pacientes, se vieron expuestos a una noxa de la cual no conocían la patogenicidad, las formas de contagio, como así también las consecuencias a mediano y a largo plazo

Esto sobre-exigió a los profesionales de la salud debido a las nuevas responsabilidades que debieron afrontar. Por un lado, a la atención de los pacientes en forma adecuada, por otro, evitar el contagio propio y la protección de sus propias familias por el desconocimiento de la entidad agresora.

Dicho esto, el enfoque medicolegal de este tema toma en cuenta específicamente los siguientes puntos, tales como la exposición al contagio de una enfermedad desconocida de pronóstico incierto, la asociación con extenuantes horas de trabajo, que en conjunto

conlleven a un detrimento de la calidad profesional. Por otro lado, esta situación laboral al prolongarse en el tiempo favorece la aparición de fatiga (física y psicológica) y consecuentemente el desarrollo de enfermedades relacionadas como pueden ser hipertensión arterial, síndrome metabólico, fibromialgia, síndrome depresivo, estados de ansiedad, entre otros ⁽⁷⁾

Asimismo, cuando se evalúa la legislación sobre el ejercicio de la Medicina, la Ley Nacional 17132, ⁽³⁾ habla de obligaciones que tienen los profesionales de la salud, pero no se repara en los derechos de estos. Para tener en cuenta los mismos uno debe remontarse a la ley 6035, ⁽⁴⁾ del GCBA, donde se enumeran entre otros ítems los derechos de los profesionales, o al Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, redactado en 2001 ⁽⁵⁾.

Por todo esto, según los resultados que se obtuvieron de las encuestas a realizadas, los profesionales de la salud, los entes de salud las asociaciones médicas y las distintas instancias gubernamentales deberíamos replantearnos las herramientas para proteger al personal expuesto ante estas situaciones y las consecuencias hacia los pacientes en forma secundaria

MARCO TEÓRICO

Es innegable que el brote por el coronavirus SARSCOV2 ha significado un antes y un después en la historia de la humanidad, pues sus efectos han sido devastadores en muy poco tiempo. El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la enfermedad COVID-19 (ocasionada por el virus SARSCOV2) como una pandemia, y tan solo dos semanas después ya se había propagado a 114 países, muchos de ellos adoptando cuarentenas totales con impactos económicos incalculables. ⁽⁷⁻⁸⁾

Es bien sabido que los profesionales de la salud están expuestos a diversos estresores psicosociales por sus tareas cotidianas, entre los que se encuentran: las altas cargas de trabajo, bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, liderazgo negativo, violencia laboral, falta de equipos y materiales, horarios y jornadas prolongadas, entre otros.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señaló que los principales factores psicosociales de estrés durante una pandemia para personal que se encontraron en la

primera línea de emergencia (trabajadores sanitarios, personal de laboratorio, trabajadores funerarios, operadores de ambulancia, empleados de limpieza y manejo de desechos, policías, militares, bomberos, entre otros), fueron: el temor por el bienestar propio, de la familia o compañeros, falta de equipo de protección personal, aislamiento, falta de apoyo social o de tejido social, tensión entre los protocolos de seguridad establecidos y el deseo de cuidar o ayudar a personas, dificultades para mantener estilos de vida saludables, aumento de exposición a la estigma social, discriminación e incluso violencia por otras personas.⁽⁹⁾

Dado lo anterior, las consecuencias en la salud mental por estos estresores psicosociales durante la pandemia de COVID-19 no se hicieron esperar. El estudio ya clásico de Lai, et al. ⁽¹⁰⁾ en 1257 trabajadores de 34 hospitales en China, encontró que 50,4% de los participantes presentaba síntomas de depresión, 44,6 % de ansiedad, 35 % de insomnio y 71,5 % de distrés. En Francia, se reportaron incrementos en las adicciones e intentos de suicidio Otro estudio chino encontró que; 35,6% de los trabajadores de la salud presentaban ansiedad generalizada y el 23,6% problemas de sueño ⁽⁸⁾. En Italia, se encontraron prevalencias similares en estos trabajadores, aunque adicionalmente ubicó 49,38% de síntomas altos de estrés postraumático. ^(1.17)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022 Lo definió al síndrome de burnout como: “un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente”. Se encuentra caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de deterioro de energía o agotamiento, 2) distanciamiento mental del trabajo o sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo y 3) eficacia profesional reducida.

En el estudio realizado por Fernet Buran, en 2021, se evaluó el nivel de burnout en una población y los resultados fueron los siguiente, 58.2% de los médicos estaban preocupados de cometer mala praxis en la época de pandemia, 82.1% se estaban interiorizando en aspectos médicos legales y el 25.4% refieren que estuvieron expuesto a situaciones de violencia durante el trabajo. En los estudios citados el burnout causado por la pandemia predispuso a temor por conflictos legales por malapraxis además de

temor por la seguridad de los pacientes ⁽²⁾ En estudios recientes,, existe información que durante la pandemia hubo un decremento en la motivación profesional y la satisfacción personal así como los pensamientos suicidas entre los profesionales ^(2,11)

El burnout se refiere específicamente a un fenómeno del contexto ocupacional y no debe ser aplicado para describir experiencias en otras áreas de la vida. Aunque el burnout no es una enfermedad como tal, es bien sabido que sus consecuencias o efectos sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo. Pero también deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico ⁽¹²⁻¹³⁾, así como otros efectos en el desempeño laboral del personal de salud, que se extendió al ausentismo, errores médicos y más días de recuperación de pacientes, entre muchas otras disfunciones adicionales. ⁽⁸⁾

La mayor incidencia de este síndrome se da en profesionales que ejercen una función asistencial o social, por lo que el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones en la sociedad en general. ⁽¹¹⁾

Este síndrome tiene una elevada incidencia que puede llegar a poner en peligro la salud de los pacientes, por disminución del desempeño laboral de los profesionales de la salud. Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como «Enfermedad de riesgo laboral que causa detrimento del bienestar mental»

El síndrome de burnout, presentado por Freudenberg en 1974, es la condición de agotamiento en la energía del individuo debido a fallas, desgaste laboral sobrecarga de trabajo y deseos insatisfechos. ⁽²⁾

El término Burnout se comienza a utilizar desde 1977 desde que la Dra. Cristina Maslach lo expone ante la Asociación Americana de Psicólogos, donde describió el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual pero también afectaría a aspectos organizativos ⁽²⁾.

El agotamiento es la reacción de estrés específica, personal e íntima de un individuo al lugar de trabajo, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y reducción de la autoeficacia ⁽²⁾.

El estrés severo y persistente resulta como un fenómeno negativo al exceder la capacidad del individuo. Este a menudo se percibe a sí mismo principalmente en el contexto de los éxitos relacionados con el ámbito profesional, determinando así el nivel de su autoestima. Cuando esto no sucede el nivel de emociones negativas y frustración en relación con el entorno de trabajo aumenta. El estrés en el entorno de la profesión médica puede dar lugar a los síntomas del síndrome de agotamiento ocupacional. ⁽¹³⁾

Maslach en relación con este tema, realizó una investigación sobre personas que trabajan en profesiones estresantes (incluidos psiquiatras, psicólogos clínicos, personal penitenciario y trabajadores sociales), definiendo el agotamiento profesional como una respuesta al estrés directamente relacionado con el trabajo.

Por este motivo se asumió inicialmente que el síndrome de Burnout contiene dos componentes:

- La despersonalización y
- El agotamiento emocional.

En el curso de investigaciones posteriores se agregó otro elemento:

- El sentimiento de falta de logros personales. Maslach y Jackson enfatizaron en que el agotamiento ocurre especialmente en individuos que trabajan con otros, y la medicina se encuentra entre los campos que constituyen el mayor riesgo de sufrir este padecimiento.

Hay que tener cuidado en hacer el diagnóstico diferencial entre el síndrome de Burnout y la depresión ya que ambos conceptos poseen ciertas similitudes como: la fatiga, las dificultades para concentrarse o relajarse en el trabajo y ciertos sentimientos de agotamiento emocional asociados.

Aquellas investigaciones concluyeron que el Burnout se desarrolla más comúnmente en contextos del trabajo y situaciones específicas relacionadas con el ambiente laboral, no interfiriendo necesariamente en otras áreas de funcionamiento de una persona, mientras que la depresión se enmarca en contextos muchos más generales, afectando las actividades y funcionamiento global de los individuos

Las causas del burnout se evalúan teniendo en cuenta dos aspectos; los personales y los organizativos. Estas últimas, incluyen causas tales como la calidad del trabajo, tipo de institución, duración del trabajo semanal, carga horaria de trabajo, estrés laboral,

relaciones interpersonales disfuncionales, todas estas son situaciones a las que se enfrentan los profesionales. Algunas razones, como la empatía con los pacientes/familiares, responsabilizándose en caso de incertidumbre, y la necesidad de seguir las innovaciones, puede causar estrés y tensión. ⁽¹⁴⁾

El síndrome de Burnout es un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de las personas.

También se puede definir como “una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, como un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo”.

Recientemente la OMS lo definió como: “un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente”.

De acuerdo con las líneas teóricas que han tratado de determinar los límites conceptuales de este fenómeno, se pueden identificar dos perspectivas:

- La clínica
- La psicosocial

En el lado clínico, el foco de atención está centrado en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental.

Por lado psicosocial el foco de atención está en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de los individuos partícipes de esos contextos de servicio.

Se estima que el síndrome de Burnout no es un proceso estático, sino que es dinámico como parte de un proceso mayor de estrés laboral, preferentemente en profesionales de servicios de salud, pero no exclusivamente en ellos.

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli (1993) intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares entre las que destacan:

- 1- Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos como la fatiga, la depresión, siendo el principal el cansancio emocional.

2- Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna afección psicológica con anterioridad.

3- Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

4- Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima⁽¹⁴⁾.

En particular el síndrome de Burnout o desgaste emocional es un efecto psicológico negativo generado por condiciones de trabajo adversas y se encuentra caracterizado por tres dimensiones:

- 1) Sentimientos de deterioro de energía o agotamiento
- 2) Distanciamiento mental del trabajo o sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo
- 3) Eficacia profesional reducida.

El Burnout se refiere específicamente a un fenómeno del contexto ocupacional y no debe ser aplicado para describir experiencias en otras áreas de la vida ⁽¹⁴⁾.

Teóricamente, esto coincide con el modelo circunflejo de afecto o bienestar psicológico de Russell, donde se representa el conjunto de relaciones mutuas de sentimientos o afectos en un espacio de orden circular formado por dos dimensiones bipolares:

- a) alta -baja activación (eje de energía)
- b) agradabilidad - desagradabilidad (eje del placer), lo que posibilita cuatro efectos psicológicos posibles.

El burnout se ubica en el cuadrante de la combinación de baja activación o energía, y bajo placer o agradabilidad, lo que puede ser de utilidad práctica para un rápido tamizaje.

Pero la extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica que se inicia en el mismo momento en que Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización.

Así, Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por:

1. Cansancio emocional (CE)
2. Despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y
3. Dificultad para el logro/realización personal (RP).

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

La despersonalización también entendida como "cinismo", es un estado en el que las personas se alejan de lo que es trabajar, lo que representa el contexto interpersonal de agotamiento. Se trata de una auto preservación, como técnica en respuesta a la sobrecarga emocional (la distancia es una respuesta a la angustia).

Los sentimientos de ineficacia y falta de logro personal aluden a una evaluación subjetiva hecha por el individuo, por lo general influenciado por la despersonalización. Por lo general ocurre cuando los individuos trabajan con altos estándares de atención y rendimiento, que no son capaces de cumplir en la que estamos excluidos del proceso de toma de decisiones, lo que puede aumentar esta sensación negativa.

A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Esta escala (MBI) se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. ⁽¹⁶⁾

Hasta el momento, la escala (MBI) ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las profesiones no asistenciales y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo". (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Para Golvarg (1996) existen tres grados de burnout laboral que determinan la especificidad de las acciones de abordaje y la reversibilidad de los síntomas padecidos:

1. Ocasional y de breve duración
2. Cansancio físico y emocional de duración y repercusión media

3. Síntomas crónicos de depresión ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

La valoración de nivel del burnout se calcula a través de los percentilos. La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios ⁽¹⁶⁾

A partir del comienzo de la pandemia, la carga laboral para los distintos estamentos del personal de salud se vio aumentada, sufriendo situaciones de incertidumbre debido a lo desconocido del fenómeno. ⁽¹⁶⁾

El impacto de la pandemia de COVID-19 en el bienestar y la salud mental de los trabajadores de la salud ha sido dramático ⁽⁵⁾. La misma desencadenó varias alarmas, como el aumento de la carga de trabajo, miedo a ser infectado y volverse potenciales propagadores de la enfermedad dentro de las propias familias, ajustes frecuentes de protocolos clínicos y aumento de las demandas emocionales en la prestación de cuidados de pacientes críticos. ⁽⁶⁻¹⁴⁾. Esta difícil situación ha amplificado los factores estresantes dentro de cada sistema de salud en todo el mundo y los niveles de agotamiento entre los trabajadores en respuesta a demandas cada vez más agobiantes, que se han documentado como alarmantes ^(1, 10, 12 11,13,14). Una revisión reciente de la literatura describió que más de uno de cada cuatro presentaron ansiedad, depresión y agotamiento ⁽⁸⁾.

Además, parece que las enfermeras, los profesionales de primera línea, personal médico más joven y trabajadores en áreas con tasas de infección más altas reportaron niveles más altos de burnout ⁽¹³⁾.

Asimismo, una mayor tasa de problemas de sueño y angustia por los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19 ha sido detectado como asociado a angustia ⁽⁸⁾.

La literatura ha descrito que durante otras epidemias de enfermedades infecciosas, como, síndrome respiratorio agudo (SRAS) y el Medio Síndrome respiratorio del Este

(MERS), un importante número de trabajadores de la salud sufrieron angustia emocional que conllevó al agotamiento ^(9, 10), pero la diferencia en esta la pandemia por COVID 19 fueron los desafíos que trajo a todos los centros de salud, como la presión masiva ejercida sobre los hospitales y alarmantes características epidemiológicas dada la alta interconexión con la vida diaria de los profesionales de la salud ⁽¹²⁾.

En consecuencia, esta situación mundial puede exponer potencialmente a muchos trabajadores de la salud a una situación sin precedentes. Por ejemplo, el personal sanitario que no estaba involucrado en cuidados intensivos antes de la pandemia de COVID-19, se les solicitó que cumplieran funciones que habitualmente no cumplían, como ser estar en un Triage respiratorio, (tarea que no habían realizado nunca, o lo habían hecho en otra situación muchos años atrás) trabajar bajo presiones severas sin suficiente entrenamiento o experiencia para afrontarlo. En el estudio de Max DenningID, donde se evaluaron, 2364 (67 %) de los encuestados tenían un alto riesgo de agotamiento. Antes del inicio de Los estudios de Covid-19 informaron tasas de agotamiento en el Reino Unido del 31,5 % y del 42 % para los médicos y enfermeras, respectivamente. En Singapur, las cifras fueron similares con 33% y 51% de enfermeras y médicos que presentaban síntomas de burnout, respectivamente. Las mayores tasas observadas en este estudio sugieren que la pandemia de Covid-19, o los cambios como resultado de la pandemia, pueden haber llevado a una mayor tasa de agotamiento entre el personal ^(13,19)

Hasta el momento, se han realizado varios estudios y revisiones sobre los niveles de burnout en los trabajadores de la salud durante la Pandemia COVID 19. Aunque varios estudios han demostrado variaciones con respecto al sexo (diferencias en cuanto a la agotamiento emocional y despersonalización) aún faltan estudios que aborden específicamente las distintas variables que influyeron en la diferencia de afección en el grupo de profesionales de la salud involucrado.

En el estudio italiano antes mencionado, se encontró que el sexo femenino presentaba mayor agotamiento emocional que los trabajadores de salud masculinos, mientras que en los hombres se describió mayor índice de despersonalización. Dado que, a principios de la década del 2000, fue asociado socialmente como un tema de género, los estudios confirmaron que ambos sexos experimentaron agotamiento, pero de manera diferente, mientras que el personal masculino tendía a alcanzar altos niveles de agotamiento a través de la despersonalización, las trabajadoras alcanzaron altos niveles de

agotamiento emocional. Los resultados confirmaron investigaciones previas y están abiertos a varias reflexiones como enfocarse en forma significativa en una planificación de apoyo psicosocial para los mismos. ⁽¹⁷⁾

En la literatura reciente, hay información que durante la Pandemia de COVID-19, la motivación y satisfacción de los profesionales médicos disminuyó e incluso se encontraron pensamientos suicidas en aumento, pudiendo predisponer al desarrollo de enfermedades constitutivas. También se afirma que estas situaciones estresantes pueden repercutir negativamente en la atención médica.

Aunque no existe una asociación directa entre pandemia y deterioro del rendimiento laboral habitual, se entiende que el agotamiento causado en estas condiciones puede ser un factor importante. Por lo cual, en presencia de tales circunstancias, las implicancias medicolegales deben también ser examinadas.

El factor que estableció la asociación más fuerte con un valor elevado obtenido en la escala de Maslach en un estudio fue el miedo de los médicos de haber cometido un error en el pasado. En acuerdo con estos resultados, un estudio previo entre profesionales emergentólogos, identificaron el miedo a cometer errores en la medicación como un factor de riesgo significativo para sus logros personales, mientras que, en un estudio a nivel nacional en Estados Unidos, los principales errores médicos fueron independientemente asociado con el agotamiento. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Es interesante que el miedo al error médico se basaba en la percepción de los médicos porque el porcentaje de médicos que fueron acusados oficialmente de mala praxis fue similar entre los dos grupos. ⁽²⁾

En España, se realizó un estudio que analizó la delimitación conceptual del síndrome de burnout en el trabajo, como forma de estrés laboral, y las dimensiones relevantes para su evaluación desde el punto de vista clínico, organizacional y forense. ⁽²¹⁾

Se analizaron las implicaciones legales del burnout desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales y sobre las limitaciones que impone en la capacidad laboral y las repercusiones forenses que ha generado en España. Para ello, se elabora un análisis sistemático de 160 resoluciones judiciales (85 de ellas relevantes) relacionadas con el burnout y dictadas por tribunales españoles desde finales de los años 90. ^(18,19)

Se concluye que el síndrome ha generado un volumen constante de jurisprudencia en la jurisdicción laboral, alcanzando la categoría de accidente de trabajo y diversos grados de incapacidad laboral. Los datos analizados sugieren la importancia de una adecuada evaluación de este fenómeno, dadas sus repercusiones, tanto desde el plano de prevención, como pericial o forense.⁽¹⁹⁾

Aunque son muy escasos los estudios centrados específicamente en la relevancia forense del burnout, la dimensión de ese fenómeno como psicopatología asociada al contexto laboral, hace que le sea aplicable un marco legislativo amplio, especialmente en la vertiente preventiva.⁽¹⁹⁾

En cuanto al proceso y desarrollo del fenómeno del burnout, se pudo diferenciar entre las profesiones asistenciales y las que no lo eran. En el primer caso, especialmente en los profesionales que prestan ayuda a otras personas (médicos, enfermeras, maestros, policías), éstos se vieron sometidos continuamente a demandas con alta implicación emocional, que, en combinación con otros estresores organizacionales, pueden llegar a producir en ellos sentimientos de baja autoestima, baja eficacia e ideas de fracaso respecto a su competencia. Como se apuntaba anteriormente, la correcta evaluación del burnout no sólo tiene importantes implicancias para el ámbito forense o pericial, sino también para el ámbito de la prevención de riesgos laborales, al tratarse de un riesgo psicosocial. Se ha determinado que en los Estados Unidos estas entidades conllevan ausentismo y bajo rendimiento laboral cuyo costo asciende a 150.000 millones de dólares anuales.⁽¹⁹⁾

Una de las afecciones más frecuentes es el síndrome de burnout que se ve favorecido por las largas horas de trabajo, los bajos ingresos, la baja en la autoestima, la complejidad de los pacientes que se deben tratar, conflictos interpersonales, insatisfacción por el trabajo realizado y supervisión insuficiente del trabajo.⁽²⁰⁾

DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinar la diferencia en la incidencia de síndrome de burnout en el personal de salud durante la pandemia COVID 19 en comparación con el período postpandemia inmediato. Evaluar si se vio incrementado el Síndrome de burnout durante la pandemia con respecto al período posterior a ésta

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVOS GENERAL: determinar la incidencia del Síndrome de Burnout del personal médico durante la pandemia, (período de marzo a noviembre de 2020) comparado con el período postpandemia inmediato. (junio-julio 2022) en profesionales de la salud de la región del AMBA (CABA y conurbano bonaerense)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar variaciones demográficas, de situación laboral, y factores asociados a la diferencia de frecuencia del síndrome de burnout en las dos poblaciones estudiada
- Determinar diferencia en la frecuencia, entre los diferentes componentes del síndrome de burnout, en cuanto a variables epidemiológicas y de situación laboral que cumplían las dos poblaciones al momento de la evaluación

TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA.

Es un estudio observacional transversal. Se utilizó un formulario confeccionado en Google drive con el MBI de Maslach y Jackson. (anexo 1) El mismo fue anónimo. Se incluyeron 156 encuestas a médicos activos de distintas especialidades que cumplían distintas funciones dentro de la actividad asistencial (médicos de guardia de entidades privadas y públicas, médicos de internación expuestos y no expuestos a pacientes COVID y médicos de consultorio) durante la pandemia (marzo a noviembre 2020) y 215 participantes posterior a la pandemia de iguales características (período junio/julio 2022).

En base a los datos recolectados se efectuó la correlación de los datos con sus respectivos gráficos y un posterior análisis cualitativo que se rea el marco teórico.

- Número de Participantes
- Sexo
- Edad (<30 hasta >60)
- Años de Ejercicio de la Profesión
- Especialidad (que se clasificaron para el análisis en pertenecientes a área crítica o no)

- Trabajo en área crítica (Si o No)
- Lugar de Trabajo (Actividad Pública, Privada o Ambas)
- Distribución del Burnout según el MBI

VARIABLES

Las variables para analizar fueron: sexo, edad, y síndrome de burnout. Para la evaluación del síndrome de burnout se utilizó cuestionario validado de Maslach Bournout Inventory (MBI) en su traducción oficial al castellano que valora tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización, (DP) y Realización Personal (RP), contando con 22 ítems entre los dos períodos a estudiar.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento conformado por 22 ítems que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el burnout que según indican estas autoras son:

- 1- Cansancio Emocional (CE);
- 2- Despersonalización (DP);
- 3- Baja Realización Personal en el Trabajo (RPT).

Este formulario volcó sus datos en una tabla de hoja de cálculos de google que fue exportada a un formato de Excel para el análisis posterior.

La encuesta se envió por las redes sociales entre el personal de salud allegado al autor de este trabajo, trabajadores de diferentes centros de salud, que en forma voluntaria y desinteresada colaboraron con su tiempo para el desarrollo de la encuesta a quienes expreso mi más profundo agradecimiento.

La misma se efectuó con la opción de ser tanto anónima o con el registro voluntario del mail para poder recibir el resultado de la encuesta una vez terminada la misma.

Se recibieron 156 formularios completos que fueron volcados en el análisis posterior y se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación en los siguientes gráficos

Los cálculos estadísticos se harán a través de la plataforma de Infostat 7.0

RESULTADOS

Se evaluaron trescientos setenta y cinco encuestas, de las cuales ciento cincuenta y seis fueron realizadas entre profesionales de la salud durante la época de pandemia y doscientos quince fueron obtenidas un año posterior a la finalización de la pandemia. Las características epidemiológicas de las mismas se muestran en la tabla 1 (Anexo)

Teniendo en cuenta las tres variables que considera el Burnout el primero a estudiar “El Cansancio Emocional” (CE) no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo dentro de la pandemia y el posterior, con una prueba de T entre ambos de 2.14/2.03 con un p no significativa (p:0.16) (Ver tabla 2, 3 y 4 y gráficos 1), lo que coincidió con la literatura internacional. En un metaanálisis realizado en 2020, por el grupo de Rachel Schwartz, se evaluó la morbilidad psiquiátrica que presentaron en los profesionales de salud en pandemias previas y la ocurrida con el COVID 19. Se revisaron 96 artículos donde se observó que los estudios de pandemias previas al COVID 19, demostraron un alto nivel de estrés en los trabajadores de la salud, de hasta dos años posteriores a ocurridas estas. La pandemia por COVID presentó resultados que superaron los niveles obtenidos en las pandemias previas. Según los resultados obtenidos por este grupo la pandemia por COVID presentó cambios psicológicos sin precedentes, amenazas al bienestar de los profesionales de la salud, y teniendo en cuenta las experiencias de la pandemias previas concluyeron que deberían contemplar las probabilidades de tener cierto grado de burnout a largo plazo en esta población y enfatiza sobre la necesidad de que se tengan en cuenta estos factores para desarrollar políticas de salud que hagan frente a esta situación ⁽²¹⁾

Cuando se evaluó el área de trabajo de los encuestados, se observó una diferencia a mayor compromiso de burnout de los profesionales que trabajaban en áreas crítica tanto en pandemia como en postpandemia con un valor de 3.22/3.72 (p: >004) Se observó en el Figura 2 las diferencias que se marchaban con respecto a la población de trabajadores en áreas críticas como en las que no. Esto, fue coincidente, con la literatura. En el trabajo de Tejero Acevedo, concluyó también que los profesionales que se desarrollaron en áreas críticas fueron los que mayor nivel de burnout obtuvieron ⁽¹⁸⁾. Entre los profesionales que trabajaban en áreas críticas estos se vieron sometidos en todo momento a demandas con alta implicancia emocional, que, en combinación con otros estresores organizacionales, pudieron llegar a producir en ellos sentimientos de baja autoestima, baja eficacia e ideas de fracaso respecto a la competencia En el trabajo

de Max Denning y col., demostraron que los roles clínicos confirieron mayor riesgo de agotamiento en comparación con funciones no clínicas. Esto puede explicarse por la naturaleza de estos roles. Éstas particularidades podrían haberse debido a la adaptación a un nuevo método de trabajo, mayores demandas de servicio, períodos usando equipo de protección personal, sintiéndose "impotente" para manejar los pacientes y el temor de infectarse o de infectar a otro. Se observaron hallazgos similares en Toronto durante la epidemia de SARS, donde los trabajadores sanitarios que trataban a pacientes con SARS tenían niveles más altos de agotamiento que aquellos que no ⁽¹³⁾

En una investigación realizada en España y América Latina se obtuvo como resultado que la prevalencia del burnout en el personal de salud fue: del 14,9% en España, del 14,4% en Argentina, del 7,9% en Uruguay, del 4,2% en México, del 4% en Ecuador, del 4,3% en Perú, del 5,9% en Colombia, del 4,5% en Guatemala y del 2,5% en El Salvador ⁽²²⁾

En cuanto a las diferencias de sexo, se vio nuevamente una preponderancia en el sexo masculino con respecto al femenino en las dos etapas de estudio que se evaluaron, con un $p < 0.02$. Si se observa la figura 3, se evidencia gráficamente esta diferencia. Como en la muestra del estudio de Buran Ferrat, que estudiaron 67 pacientes, donde también se comprueba que había un aumento del porcentaje de mujeres en la población estudiada, con un 61.2% femeninos. Entre otros análisis que realizaron, observaron que las mujeres tenían mayor preocupación por problemas relacionados con mala praxis, pero por otro lado, encontraron una tasa significativamente alta del 42.3% para esta preocupación en la muestra en general, sin diferencia del género. Se notó mayor prevalencia del temor de mala praxis en 68.3% que fue una tasa cercana a nivel significativo. Esta condición se interpretó como un médico con un vínculo familiar tiene la preocupación de evitar la mala praxis médica por la responsabilidad del rol de socio/padre ⁽²⁾. Como se comentó anteriormente en el estudio italiano, realizado por Alice Silvia Brera donde se estudió las diferencias entre ambos sexos con respecto al burnout durante la pandemia, reveló que los factores estresantes en los trabajadores de la salud masculinos y femeninos tendían a asociarse con el agotamiento de manera diferente. Ambos sexos mostraron alarmantes niveles de burnout, si bien los pesos del agotamiento emocional y la despersonalización actuaron de diferente manera entre los sexos. Este grupo, encontró que la población femenina estudiada tuvo mayor impacto

en el ítem de cansancio emocional mientras los hombres se detectó mayores niveles cuando se valoró el grado de despersonalización ⁽¹⁷⁾

Cuando lo que se evaluó fue el lugar de trabajo, público, privado o ambos fue significativamente mayor el nivel de Cansancio Emocional en el grupo de los profesionales que trabajaban en ambas áreas combinadas (Figura 4 y 5). Cuando se calcula en base a los porcentajes de los grupos, se comprueba que los participantes que trabajan en ambas áreas duplican a los que por separado trabajan y público y/o privados. Esto sería probablemente, a la mayor exigencia laboral a que fueron sometidos los profesionales y el temor a perder las fuentes de trabajo probablemente, y la percepción de realización personal persistió baja, debido al no reconocimiento de los profesionales por la sociedad y las entidades gubernamentales

Cuando se tomó en cuenta el rango etario de los que participaron tanto en pandemia como en postpandemia el rango etario que participó principalmente profesionales de salud entre 40 y 50 años, con una p significativa ($p < 0.04$) y el Cansancio emocional se vio más marcado en la postpandemia clasificada como medio (Figura 6)

En el caso de calcular, los años de profesión que tenían los pacientes con respecto al cansancio emocional en ambos grupos se observó que fue mayor en ambos grupos (pandemia vs postpandemia) fue mayor en el grupo de más de 20 años de recibidos con un valor de 2.9 con una p significativa ($p < 0.03$) (Figura 7)

Al evaluar otro de los puntos tenidos en cuenta en el Burnout que fue la “Realización Personal” (RP), no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, sin significación estadística (Figura 8)

Cuando se valoró la RP según el área de trabajo de ambos grupos se evidenció que había mayor compromiso de la realización personal en los grupos que trabajaron en área Crítica (tanto en pandemia como en postpandemia) En el grupo “pandemia” la media fue de 39.67 (DS: 8.14) en los de área crítica contra una media de 12.33 (DS: 2.31) con un $p:0.01$. En el grupo postpandemia ocurrió algo similar, teniendo el grupo de área crítica una media de 43.67 (DS: 5.03) y no críticos 29.33 (DS: 3.51) con una p significativa de 0.004. En ambos grupos evidencia que la RP hubiera excedido la presencia de la pandemia persistiendo los mismos niveles de realización personal en los dos períodos, probablemente debido a situaciones nombradas precedentemente (Gráfico 9)

Cuando se valoró el sexo como variable, se observó que el sexo femenino fue el más afectado tanto en pandemia como en postpandemia y aún más si se evalúan los números en postpandemia con respecto al masculino. En pandemia la media fue de 20 vs 12 (DS: 4.36) con un p : 0.01 y en postpandemia 44.33 vs 29.33 con una p : 0.005

En cuanto al lugar de trabajo, público, privado o ambos fue significativamente mayor el nivel de RP, como habíamos visto en CE en el grupo de los profesionales que trabajaban en ambas áreas combinadas evidencian mayor compromiso (Figura 11). Llama la atención que cuando se comparó en postpandemia los tres grupos presentaron valores similares, aplanándose la diferencias previamente vistas y no hubo diferencia significativas entre los tres grupos

Al evaluar la diferencia entre el rango etario, lo que se observó es que en la época de Pandemia la población más afectada en los tres grupos (bajo, medio y alto) fue en el grupo entre los 30 a 40 años, cuando la valoración se hizo postpandemia esto varió a que el grupo más afectado fue el de 40 a 50 años, en los tres grupos. (figura 12)

Cuando lo que se evaluó fueron los años de recibido, no se ven diferencias significativas entre los diferentes grupos salvo en el nivel alto de RP que los de más de 10 años en conjunto duplicaron ampliamente con los de menos de 10 años de recibido (figura 13)

Al valorar como variable fue la Despersonalización (DE) entre los grupos estudiados, no se vieron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que sí se pudo observar fue que el ítem de DE fue alto en ambos grupos (casi doble del nivel bajo y medio) (Figura 14)

La DE se valoró teniendo en cuenta el sexos, el femenino, fue mayor en todos casos en la postpandemia con valores casi del doble en todos los niveles de la evaluación (bajo, medio y alto) (figura 15) con respecto a la pandemia

Como en los dos ítems que fueron estudiados, la población que trabaja en ambas áreas, privada y estatal en forma conjunta fue la más afectada, pero no presenta diferencias estadísticamente significativas entre pandemia (p : 0.09) y postpandemia (p : 0.06) pero sí habría una tendencia a que los que trabajan en ambos sistemas a estar en más expuestos a sufrir de burnout (figura 16)

Según el rango etario, tampoco hubo diferencias entre las poblaciones estudiadas, dado que las poblaciones más afectadas fue el rango entre los 30 a 50 años sin diferencias significativas entre las dos poblaciones estudiadas (figura 17)

En el último ítem que evaluamos, según el número de años de ejercicios, la despersonalización, fue mayor el compromiso (nivel más alto) entre los que tenían más de 10 años en conjunto (que es más del doble con respecto a los de menos de 10 años de recibidos)

DISCUSIÓN

El impacto global que la pandemia COVID 19, provocó en la salud mental de la población, donde la Organización de las Naciones Unidas advirtió un aumento en el número y severidad de este tipo de problemas y que dichos problemas están en riesgo de ser ignorados o subdiagnosticados. La OMS por su parte, confirmó que provocará un aumento en el número y severidad en los problemas de la salud mental en los profesionales de la salud que son particularmente vulnerables por las altas cargas de trabajo, el riesgo de infección y las decisiones de vida o muerte que tuvieron que tomar, más allá del riesgo personal y familiar que corrieron ante el desconocimiento de la noxa que provocó la pandemia y las consecuencias mediatas e inmediatas que pudiera ocasionar ⁽¹⁸⁾

Previo a la pandemia COVID 19, ya se sabía que los profesionales de la Salud estaban expuestos a diversos estresores psicosociales por sus tareas habituales, como la alta demanda de trabajo, el bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, violencia laboral, falta de equipos y materiales, horarios y jornadas prolongadas. Con la aparición de la pandemia todos estos factores se exacerbaron ⁽¹⁸⁾

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señaló que los principales factores estresores durante la pandemia para el personal de salud fueron: el temor por el bienestar propio o de la familia y compañeros, falta de equipo de protección personal, aislamiento, falta de apoyo social, confusión muchas veces en los protocolos de protección de seguridad (por el desconocimiento que reinaba en ese momento). La misma OIT señaló que las reacciones comunes a estos factores se tradujeron en estrés negativo, estado de ánimo bajo, baja motivación, mayor fatiga y repercusiones en la depresión, ansiedad y otros efectos graves en la salud mental. ⁽¹⁸⁾

Aunque el burnout no es una enfermedad como tal, sus consecuencias o efectos sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, pero también

deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico, así como otros efectos en el desempeño laboral de personal de salud, que se extienden al ausentismo, errores médicos y más días de recuperación de pacientes, entre muchas otras disfunciones adicionales ^(14,20)

Las pandemias anteriores han visto una alta morbilidad psiquiátrica entre los trabajadores de la salud. Proteger la salud mental de los médicos después de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) requiere un enfoque basado en desarrollar e implementar un apoyo integral de salud mental para los médicos. En una revisión narrativa de 96 artículos que abordan la salud mental clínica en COVID-19 y pandemias anteriores, surgieron 7 temas: 1) la necesidad de capacitación en resiliencia y reducción del estrés; 2) cubrir las necesidades básicas de los médicos (comida, bebida, descanso adecuado, alojamiento apropiado para la cuarentena, transporte, cuidado de niños, equipo de protección personal); 3) la importancia de la formación especializada para los cambios de roles laborales inducidos por la pandemia; 4) reconocimiento y comunicación clara por parte del liderazgo; 5) reconocimiento y estrategias para enfrentar el daño moral; 6) la necesidad de intervenciones de apoyo social y de pares; y 7) normalización y provisión de programas de apoyo a la salud mental. Además de la revisión de la literatura, los autores recopilaron pautas de práctica y recursos de organizaciones de atención médica y sociedades profesionales de todo el mundo para sintetizar una lista de recursos considerados de alto rendimiento. Los estudios de pandemias anteriores demuestran una mayor angustia en los trabajadores de la salud años después del evento. La pandemia de COVID-19 presenta desafíos únicos que superan los de pandemias anteriores, lo que sugiere un costo significativo de salud mental para los médicos. Se necesitan infraestructuras individuales, organizacionales y sociales proactivas a largo plazo para el apoyo de salud mental de los médicos para mitigar los costos psicológicos de brindar atención durante la pandemia de COVID-19 ⁽²¹⁾

Los resultados del estudio de Rachel Schwartz et al., confirmaron el efecto adverso de los factores estresantes laborales relacionados con la epidemia en la predicción de los síntomas de agotamiento, depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud durante el período posterior. Ha ilustrado los importantes efectos protectores del apoyo social y el apoyo organizacional para amortiguar el efecto negativo de los factores estresantes relacionados con el trabajo. Los líderes de estas situaciones (personal de Ministerio, responsables en áreas de medicina privada y todos aquellos que se encuentren en

funciones organizativas) deben ser conscientes de las condiciones psicológicas en los trabajadores de la salud bajo el impacto que implicó la pandemia, como ser la prevención y control de infecciones por COVID-19, tomar medidas para reducir los factores estresantes relacionados con la epidemia y brindar apoyo externo para **reducir la ansiedad, la depresión y el agotamiento entre los trabajadores de la salud** ⁽²⁵⁾

El estudio de Ferrat mostró que el bienestar de los trabajadores de la salud es tan importante, como el manejo de la pandemia en sí, y debe ser seguido de cerca en aquellos más expuestos a la atención de la pandemia. Se demostró que fueron afectados mentalmente durante ese período debido a las responsabilidades que se vieron sometidos. Del análisis realizado, surgió que los ejecutivos de las instituciones de salud deben seguir de cerca a los profesionales, valorar el grado de agotamiento de los profesionales y tratar individualmente sus preocupaciones y problemas. En estos períodos cuando las condiciones de trabajo son severas y hasta hostiles los profesionales no deben sentirse indefensos en todo lo que implica su salud física y mental y sus temores por asuntos legales. El apoyo a través de programas de contención, deberían ser organizados en todo momento para aliviar las preocupaciones médicas y legales, pero en esta de pandemia específicamente debería haberse intensificado, de lo contrario, podría haber ocurrido mala praxis debido a la actitud defensiva de los médicos. Las autoridades gubernamentales a cargo del sector Salud deberían incrementar actividades para crear conciencia en la sociedad. Por ejemplo, elaborar campañas para evitar la violencia que se genera para con el personal de la salud, asegurar la provisión de equipos de protección médica. Por otro lado, los profesionales no tendrían que tener ninguna preocupación acerca del cuidado de su familia o cualquier problema financiero. De lo contrario, podría ocurrir mala praxis cuando el médico ante la fatiga emocional y el estado de ansiedad puede realizar una medicina defensiva por preocupaciones legales o por los efectos del agotamiento

Queda claro, que el personal sanitario fue la parte más débil en la cadena de atención durante la pandemia, no solo porque las estadísticas de contagio apuntan que hasta el 20% de los pacientes infectados fueron personal de salud, sino porque estos trabajadores al estar en primera línea, estuvieron enfrentados a una amplia variedad de demandas psicosociales que los expuso a una alta vulnerabilidad al estrés y alteraciones mentales en general, deteriorando su calidad de vida, su entorno y su capacidad funcional. Esto conforma claramente un círculo vicioso entre riesgos biológicos y psicosociales, con impacto a su persona, su trabajo y la sociedad en general

Las estrategias a tener en cuenta serían como primer punto, el diagnóstico de la situación y en función de esto el monitoreo y evaluación del síndrome de burnout en los profesionales de la salud, así como sus posibles factores asociados. Como venimos diciendo precedentemente y los trabajos de la literatura coinciden, se ubican como factores predisponentes, las privaciones de sueño, motivados por las exigencias que se vivieron durante la pandemia, el riesgo biológico ocupacional intrínseco, la respuesta tardía de las autoridades, procesos ineficientes e los impactos económicos que se vivieron, la cuarentena obligada a la que tuvieron que someterse los trabajadores de la salud. Sin embargo, un estudio ha mostrado que los estresores vinculados al burnout de mayor importancia fueron la falta de equipo de protección personal, el miedo al contagio de COVID-19 y el miedo de contagiar a los familiares ⁽²⁶⁾.

Otros estresores que se encontraron fueron el antecedente de que padecieran enfermedades crónicas, haber tenido COVID.19, haber tenido colegas o familiares contagiados, percibir mayor temor y daños secundarios al contagio y el número de semanas que los profesionales estaban atendiendo pacientes con COVID 19. ⁽²⁶⁾

Por todo lo referido anteriormente, es muchos lo que aprendimos de esta pandemia, más allá de la patología en sí, sino también a la situación que nos enfrentamos en dicho período, donde se puso de manifiesto las carencias de los Sistemas de Saludo en todo el mundo, y cómo estaban expuestos los profesionales en dichas circunstancias,

CONCLUSIÓN:

Evaluando los resultados del trabajo en su conjunto fue sorprendente que tanto los valores altos de burnout en sus diferentes componentes (CE, Despersonalización como Realización Personal) no evidenciaron una clara mejoría comparando el período de pandemia con respecto al período postpandemia como pudiera haberse esperado, tomando en cuenta que uno de los factores determinantes en dicha etapa era el temor al contagio y a las complicaciones que esta enfermedad desconocida generaba a la población global.

Los resultados muestran de además de la pandemia hay otros factores que han influido en estos resultados en la población médica.

Es verdad que como vimos durante la pandemia, el trabajo fue extenuante, sin límites de horarios, con temores por lo desconocido, sin saber exactamente de qué entidad nosológica se trataba, las consecuencias y los alcances de esta.

Pero, por otro lado, en la post pandemia, las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina no mejoraron, el esfuerzo realizado durante dicho período no fue reconocido, (ni económico, ni en otras formas), lo que en algunos casos llevó al empeoramiento del sentimiento de autopercepción de los profesionales.

El período post COVID también trajo aparejado consigo cambios políticos, transformaciones sociales, económicas y geopolíticas.

La industria de la salud sufrió en forma directa los impactos de la pandemia, el deber seguir enfrentando problemas en el sector privado, la recesión y el desempleo hicieron que los planes de salud perdieran beneficiarios y enfrentaron problemas de índole financiero.

En el sector público, el problema fue aún mayor, el sistema sufrió una mayor sobrecarga, con interrupciones en la atención de rutina, con la absorción de pacientes con planes de salud privado, una reducción de los recursos y capacidad económica de los gobiernos empobrecidos secundarios a los efectos colaterales de la pandemia

La conjunción de estos elementos, (tanto los que tuvieron que atravesar durante la pandemia, como los que se tuvieron que enfrentar posterior a la misma), han provocado mayor sensación de desvalorización y menoscabo entre los trabajadores de salud, lo que han reducido aún más la calidad de las condiciones de trabajo, las circunstancias en las que se desarrollan y las pobres posibilidades de crecimiento también colaboraron para que los parámetros de burnout no hayan variado entre los dos períodos. Estos datos, además de la bibliografía revisada, pueden ilustrar al especialista en salud laboral sobre las implicaciones forenses del burnout y las áreas en las que, como perito, el experto puede informar y auxiliar al jurista en su abordaje del fenómeno. Datos como los analizados sugieren también la importancia de la participación del psicólogo, médico o prevencionista en la evaluación e intervención ante un fenómeno de tanta repercusión laboral, sanitaria y legal. ⁽¹⁹⁾

El personal de salud requiere protección psicológica específica debido a que como quedó expuesto en todo lo dicho precedentemente es vulnerable, ya que se manifestó la característica de anteponer las necesidades de los otros a las propias durante la

pandemia. Para mitigar los costos psicológicos de proveer atención durante la pandemia y recuperarse se requiere el compromiso institucional integral y se necesita de una infraestructura social para el bienestar de los médicos, especialmente en los que estuvieron expuestos directamente a los pacientes infectados. Este apoyo debe centrarse en la resiliencia y entrenamiento de reducción de estrés, asegúrese de que los médicos puedan satisfacer las necesidades

Una estrategia integral de prevención de burnout y alteraciones mentales en general debe adoptar medidas a cuatro niveles: aquellas basadas en la creación de políticas, guías y programas gubernamentales nacionales, medidas de corte organizacional o institucional, medidas grupales y medidas individuales. Todas estas medidas deben estar alineadas y deben incluir el monitoreo continuo, aprovechando la tecnología, y con intervenciones específicas basadas en la evidencia.⁽¹⁸⁾

Considero que una de la enseñanza que tendríamos que aprovechar de esta experiencia es a fomentar desde las bases, las asociaciones profesionales que nos agrupan, organizaciones no gubernamentales, y los entes gubernamentales la creación de políticas que apunten al bienestar de los trabajadores de la salud, mejorando sus condiciones laborales, su reconocimiento profesional, además de un aumento del rédito económico acorde a la carga horaria y función. Esto mejoraría el bienestar económico que redundará en la percepción del personal con respecto al reconocimiento de la sociedad por ellos

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Yara Shoman , Emna El May , et al. Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9188. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179188>
- 2.- Ferat Buran Zeynep Altın Burnout among physicians working in a pandemic hospital during the COVID-19 pandemic. *Legal Medicine* 51 (2021) 101881
- 3.-Ley17132:<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-1713-19429/actualizacion>
- 4.Ley 6035
<http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley6035.html#:~:text=%2D%20PRINCIPIO%20GENERAL.,se%20establezcan%20por%20v%C3%ADa%20reglamentaria.>
- 5.- Código de ética ama libro II del ejercicio profesional capítulo 4 de los derechos y deberes del equipo de salud<https://www.ama-med.org.ar › files › Capitulo 4>
- 6.- Suner-Soler, R.; Grau-Martin, A.; Font-Mayolas, S.; Gras, M.E.; Bertran, C.; Sullman, M.J.M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2013, 20, 305–313.
- 7.- Juárez-García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS.* 2020; 53(4): 432-439. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- 8.- W.H. Organization, WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - March 11, 2020 [Available from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020>].
- 9.- Las normas de la OIT y la COVID-19 (coronavirus) Disposiciones fundamentales de las normas internacionales del trabajo pertinentes en el contexto del brote de COVID-19 NORMAS 29 de mayo de 2020 – Versión 2.1
- 10.- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- 11.- A.M. Khalafallah, S. Lam, A. Gami, D.L. Dornbos III, W. Sivakumar, J.N. Johnson, D. Mukherjee, Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic, *Clin. Neurol. Neurosurg.* 198 (2020) 106193,
- 12- Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based crosssectional survey. *Psychiatry Res.* 2020; doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

- 13- Max DenningID, Ee Teng GohID, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study PLOS ONE <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666> April 16, 2021
- 14- Arias Galicia F, Juárez García A. (2012) Agotamiento profesional y estrés: hallazgos desde México y otros países latinoamericanos. México: Miguel Ángel Porrúa
- 15.- Carlos Riego, 2012 Inventario “burnout” de Maslach (MBI) ficha técnica psicometría aplicada 1 Especialidad Laboral – Universidad Nacional de Asunción
- 16: Martínez Pérez, Anabella (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. Vivat Academia, (112),42-80.
- 17 Alice Silvia Brera, et al; Burnout syndrome and its determinants among healthcare workers during the first wave of the Covid-19 outbreak in Italy: a cross-sectional study to identify sex-related differences; Med Lav 2021; 112, 4: 306-319
- 18- Arturo Juárez García. Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID 19: Un semáforo naranja en la salud mental- Salud UIS 2020; 53(4): 432-439
- 19.-Roberto Tejero Acevedo, David González Trijueque, Sabino Delgado Marina El burnout como forma de estrés laboral y su dimensión forense. Revista Cubana de Salud y Trabajo 52 2013;14(1):51-66
- 20.-Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS ONE. 2017; doi: 10.1371/journal.pone.0185781
- 21.- Rachel Schwartz, 2020 Addressing Postpandemic Clinician Mental Health A Narrative Review and Conceptual Framework Annals.Int Med 21 August 2020.
- 22.- Arayago R, González A, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. RevSalus UC. 2016;20:13---21
- 23.- Tsigas E, Panagopoulou E, Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. Burn Res. Epub ahead of print 2017. doi: 10.1016/j.burn.2017.02.002
- 24.- Zaldúa, Graciela 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. Buenos Aires: EUDEBA
- 25.- Ting Zhou et al. Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: a perspective from the job demands-resources model BMC Health Serv Res . 2022 Mar 2;22(1):284
- 26.- Bradley M, Chahar P. Burnout of healthcare providers during COVID-19. Cleve Clin J Med. Epub ahead of print el 9 de julio de 2020

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO GOOGLE

<https://docs.google.com/forms/d/1kagNSGy-qER0HY3ZCkAXSJV78U1iYgbecBugQ-tG6ll/edit?ts=6285849d>

CUESTIONARIO - BURNOUT POSTPANDEMIA

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Su función es medir el desgaste profesional
Gracias por su colaboración

 alejandradmartinez@gmail.com (no se comparten)
[Cambiar cuenta](#) 

*Obligatorio

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados
0= Nunca. 1= Algunas veces al año 2 = Una vez al mes o menos. 3= Pocas veces al mes o menos. 4= Una vez a la semana. 5= Pocas veces a la semana. 6= Todos los días.

Especialidad a la que dedica mayor tiempo *

Tu respuesta _____

Trabaja en área crítica (Urgencias - Quirófano-Terapia-etc) *

No
 Sí

Lugar de Trabajo *

Htal Público
 Solo actividad Privada
 Ambos

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Características	Pandemia	Postpandemia
RANGOS DE EDAD		
>60	10.3%%	15%
>50- <60	21.2 %	22.3%
>40- <50	21.8%	34.5%
>30 <40	41.7%	25.9
<30	5.1%	2.3%
SEXO FEM %	39.1%	60.5 %
TRABAJO EN ÁREA CRÍTICA		
SI	76%	60%
NO	24%	40%
LUGAR DE TRABAJO		
PÚBLICO	21.8%	19.5 %
PRIVADO	24.4%	26.8%
AMBOS	53.8%	55.9%
AÑOS DE PROFESIÓN		
<10 años	39.1%	18.2%
10-20 años	29.5%	39.5 %
>20 años	31.4%	42.3 %

Tabla 2: Diferencia estadística entre los dos grupos cuando se evaluó el cansancio emocional

VARIABLE	MEDIA	DE	P
PANDEMIA	52.00	42.00	0.1652
POSTPANDEMIA	73.00	62.35	0.178

Tabla 3: RESPECTO AL CANSANCIO EMOCIONAL PANDEMIA

CANSANCIO EMOCIONAL	NÚM	%	RIESGO DE BURNOUT
BAJO	34	21.7%	BAJO
MEDIO	22	14.10	MEDIO
ALTO	100	64.20	ALTO

Tabla 4: RESPECTO AL CANSANCIO EMOCIONAL POSTPANDEMIA

CANSANCIO EMOCIONAL	NÚMERO	PORCENTAJE	RIESGO BURNOUT	DE
BAJO	37	17%	BAJO	
MEDIO	37	17%	MEDIO	
ALTO	145	66%	ALTO	

VALORACIÓN DEL CANSANCIO EMOCIONAL

Figura 1: CANSANCIO EMOCIONAL COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS

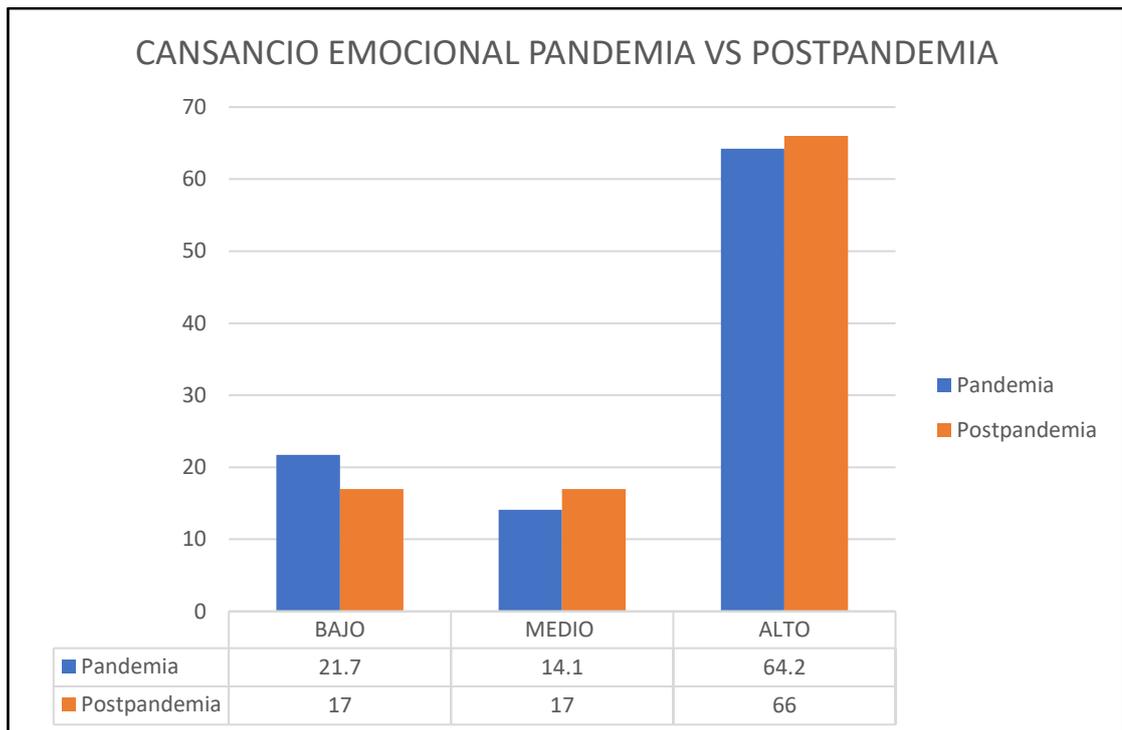


FIGURA 2: EVALUACIÓN SEGÚN ÁREA DE TRABAJO (CRÍTICOS VS NO CRÍTICOS)

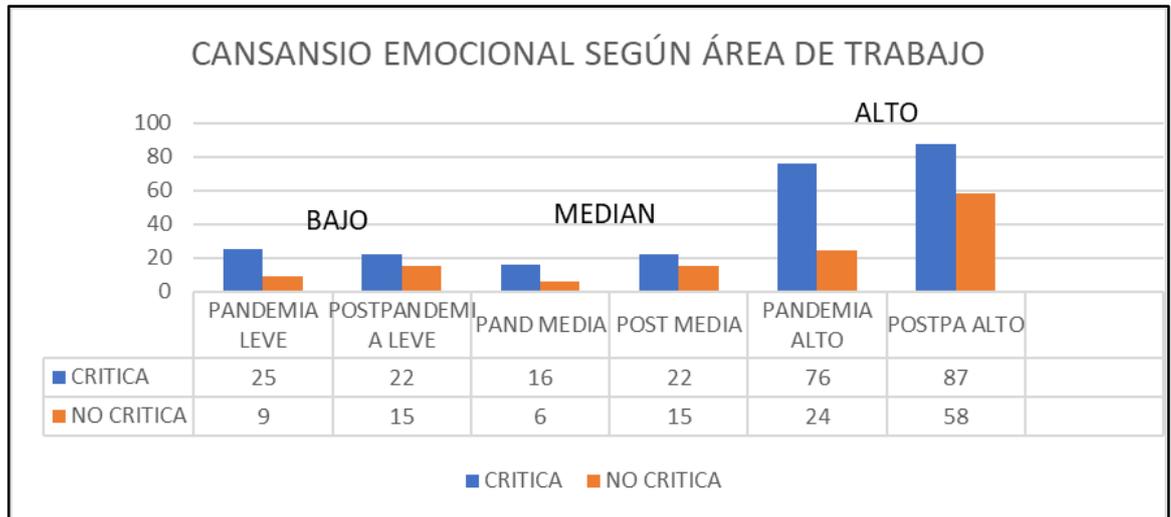


FIGURA 3: COMPROMISO DE CE SEGÚN SEXO

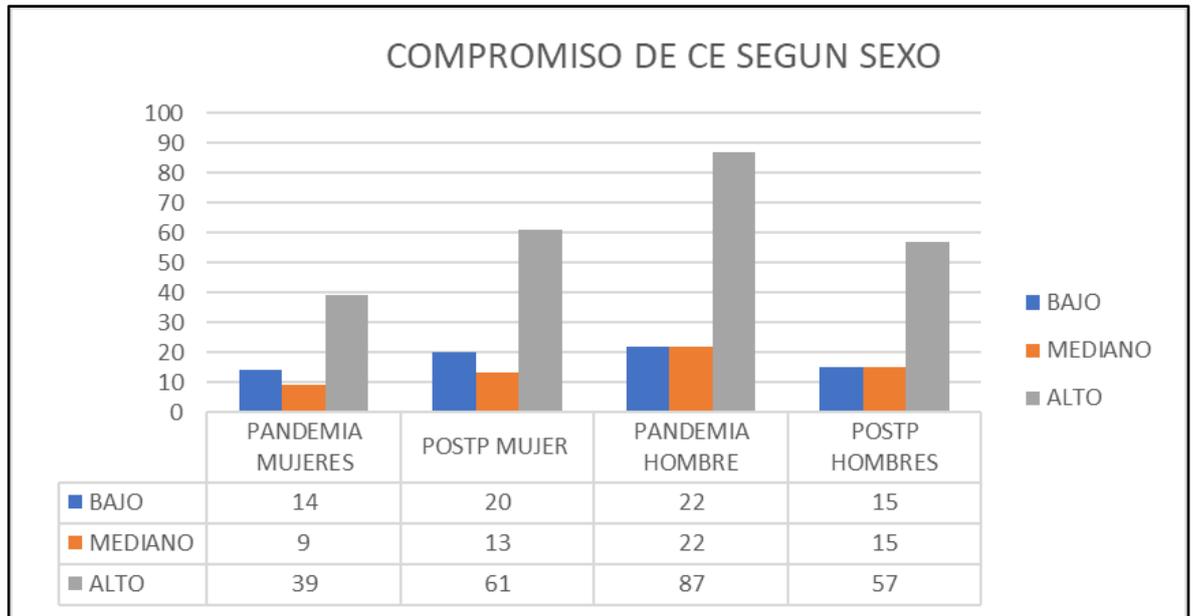


FIGURA 4: COMPROMISO DE CE SEGÚN EL ÁREA DE TRABAJO

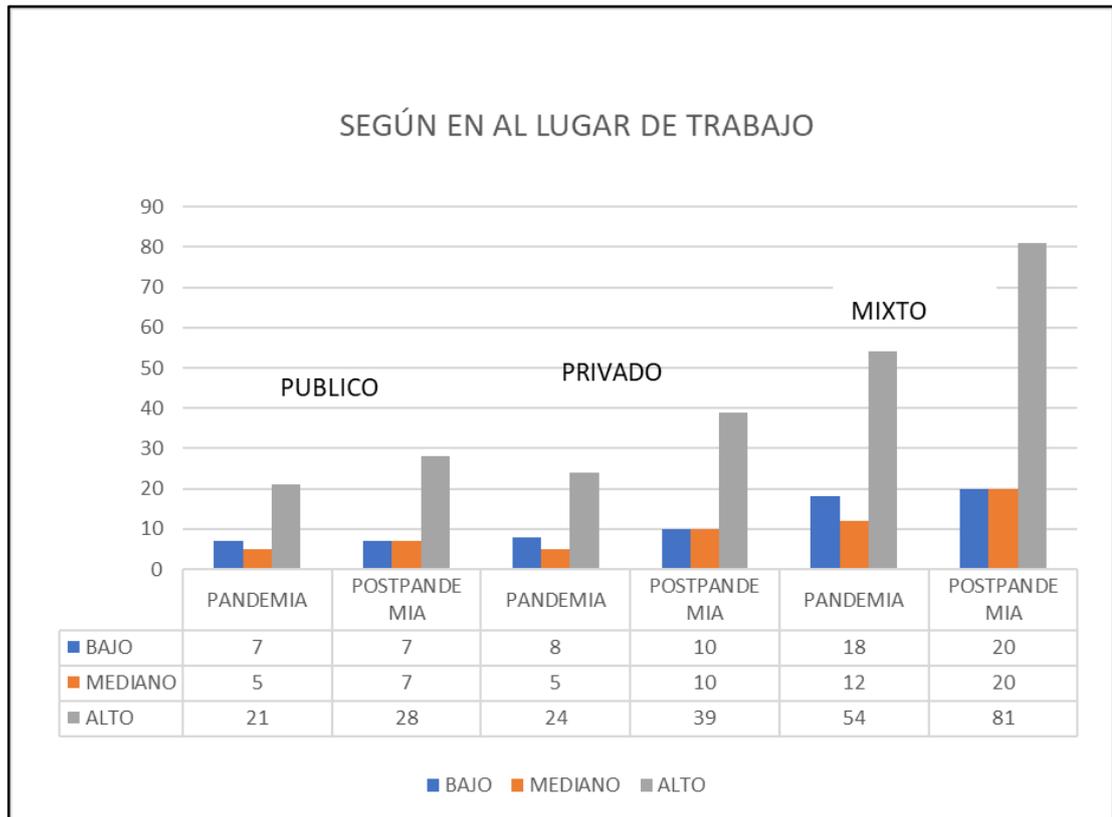


FIGURA 5: SEGÚN EN EL MEDIO DONDE TRABAJABAN

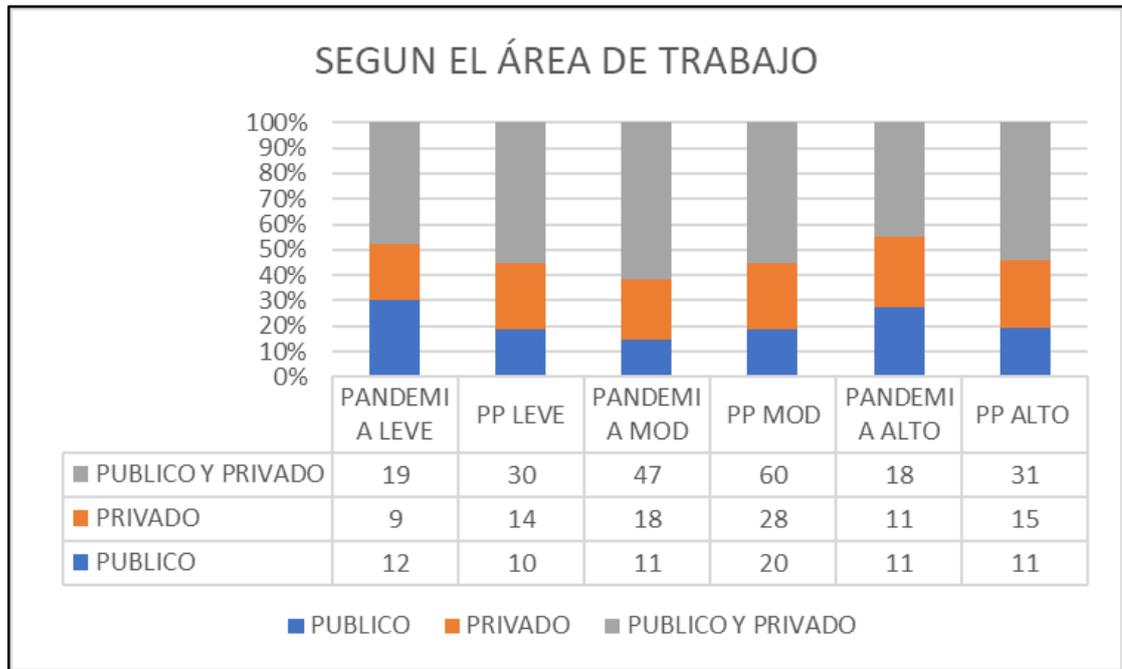


FIGURA 6: SEGÚN EL RANGO ETARIO QUE SE CONSIDERARON EN LAS ENCUESTAS ENTRE AMBOS GRUPOS

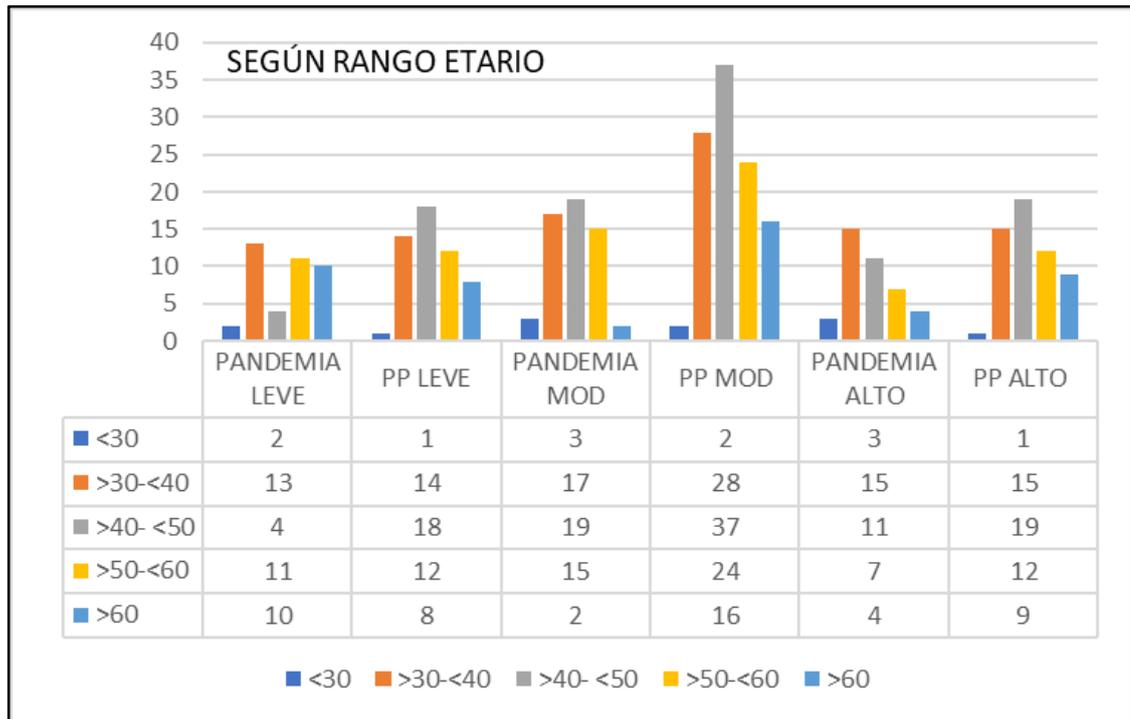
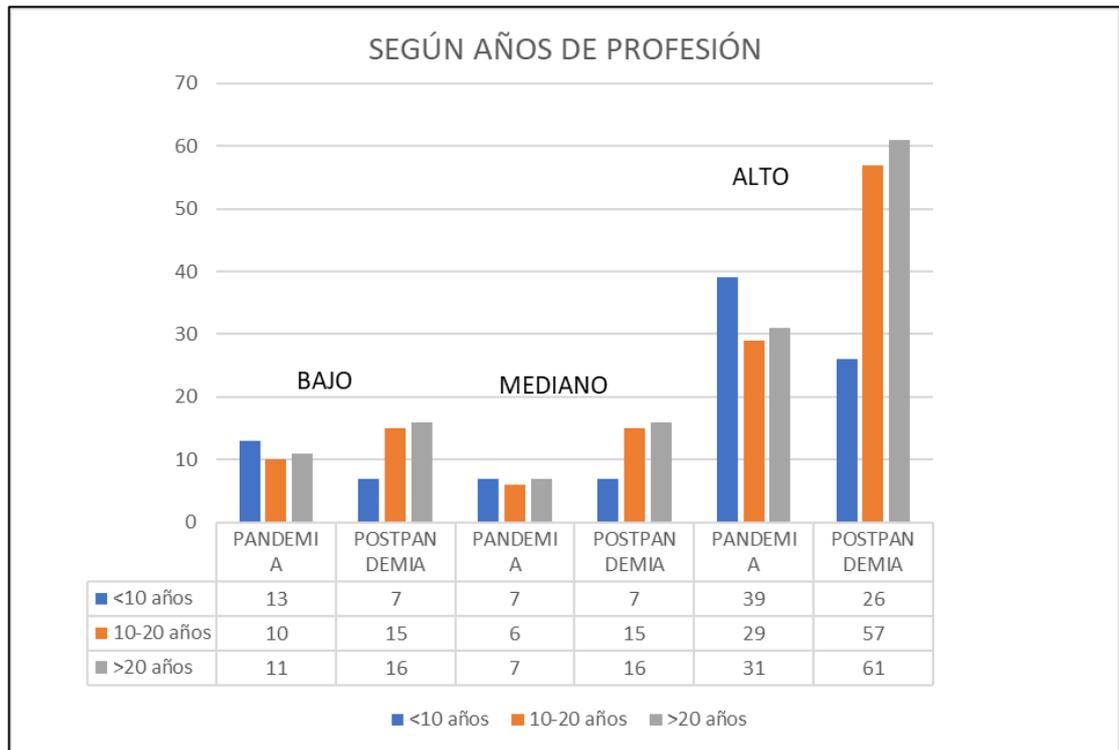


FIGURA 7: SEGÚN AÑOS DE PROFESIÓN



REALIZACIÓN PERSONAL

GRÁFICO 8: REALIZACIÓN PERSONAL COMPARANDO AMBOS GRUPOS: PANDEMIA VS POSTPANDEMIA

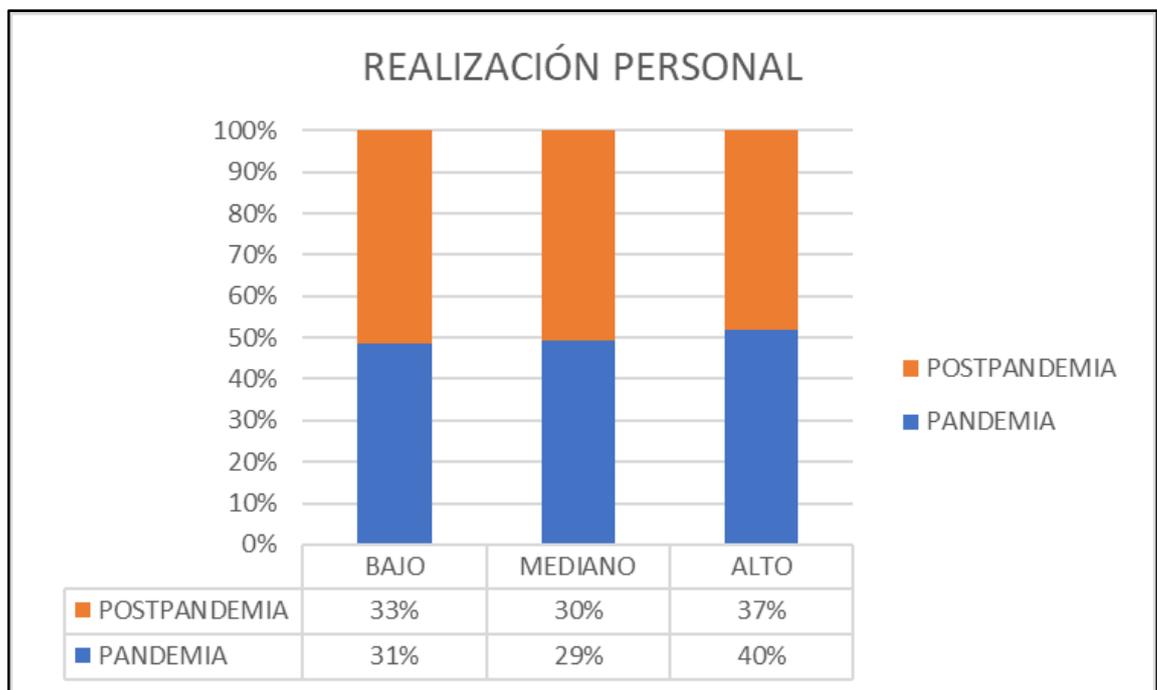


FIGURA 9: REALIZACIÓN PERSONAL VALORANDO EL ÁREA DE TRABAJO DE LOS GRUPOS PANDEMIA VS POSTPANDEMIA

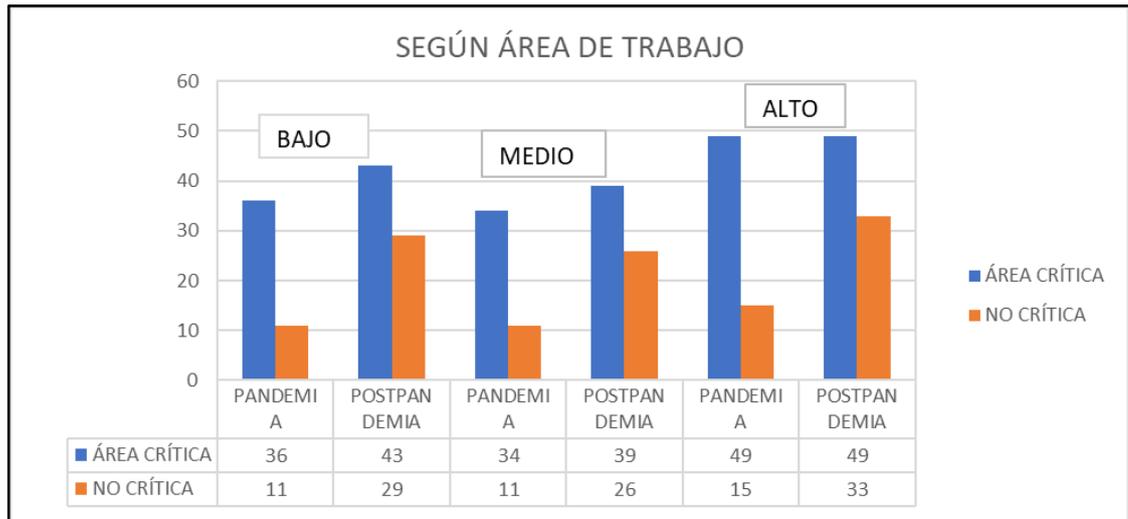


FIGURA 10: REALIZACIÓN PERSONAL SEGÚN EL SEXO

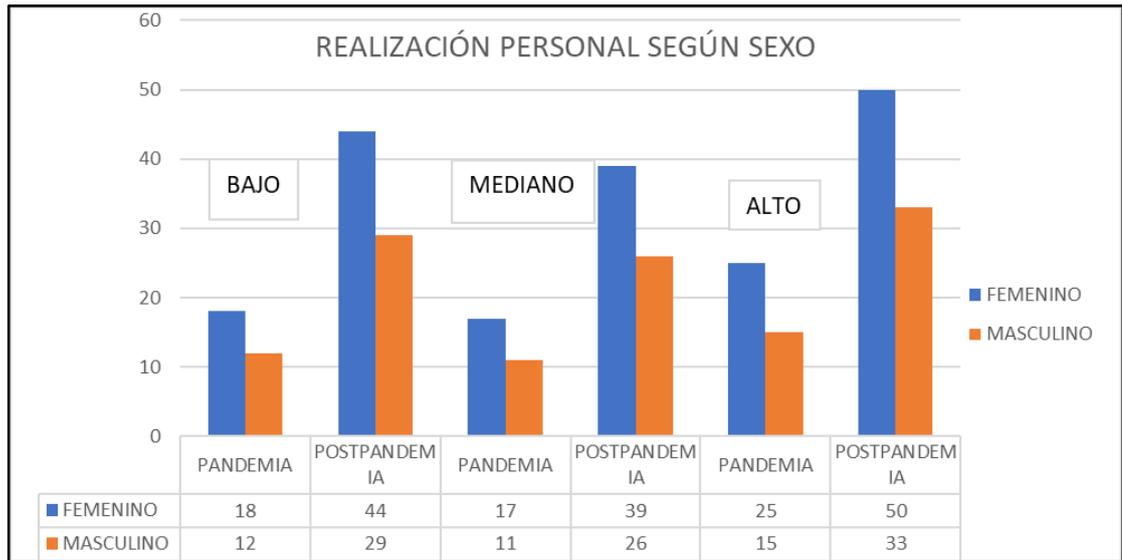


FIGURA 11: REALIZACIÓN PERSONAL SEGÚN EL ÁREA DONDE SE TRABAJAN

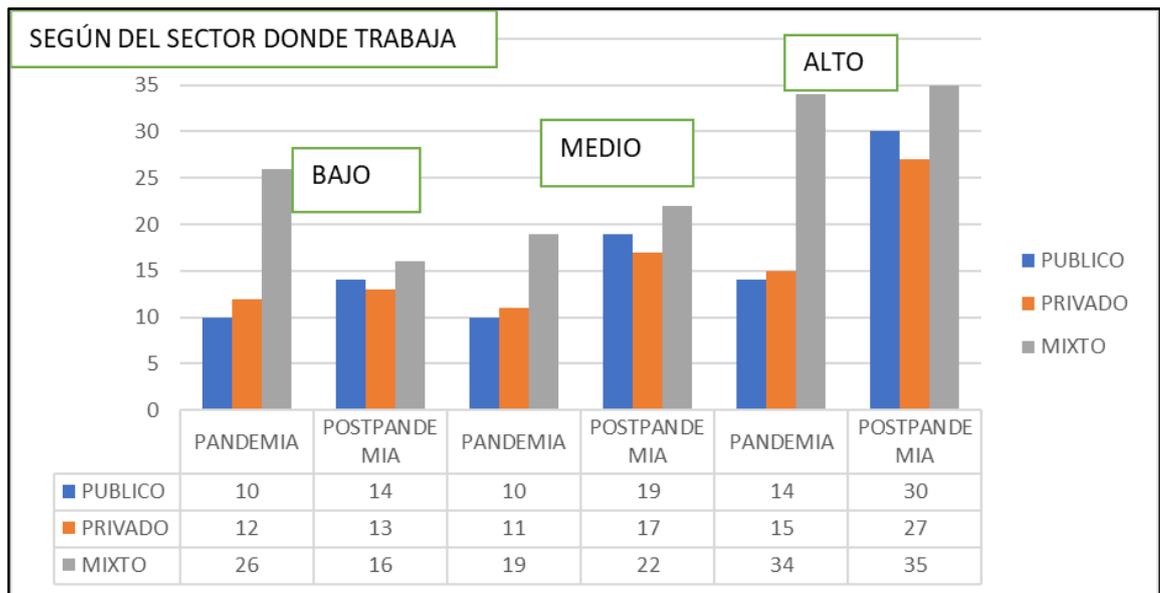


FIGURA 12: SEGÚN EL RANGO ETARIO

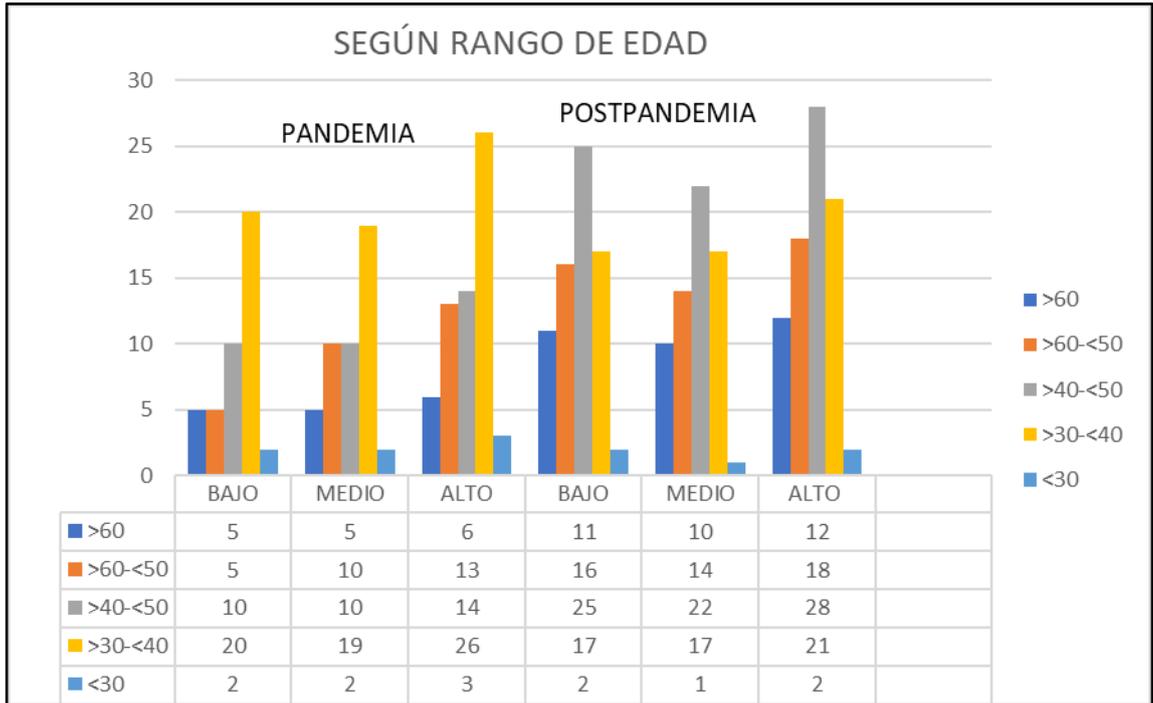
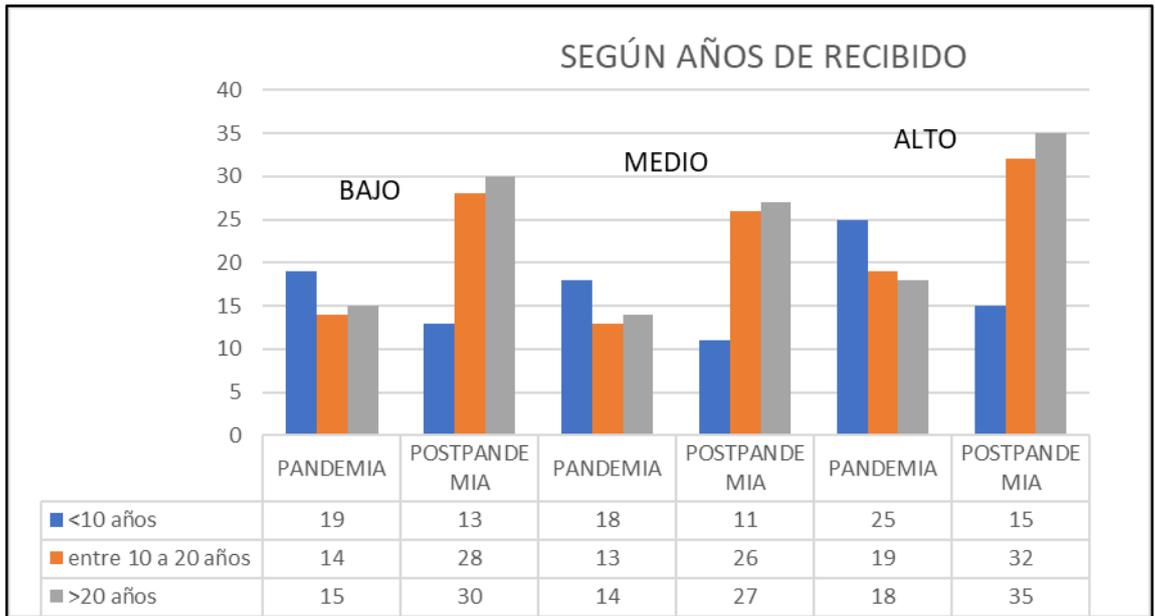


Figura 13: según los años de recibido de los profesionales encuestados



DESPERSONALIZACIÓN

FIGURA 14: COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS CON RESPECTO A LA DESPERSONALIZACIÓN

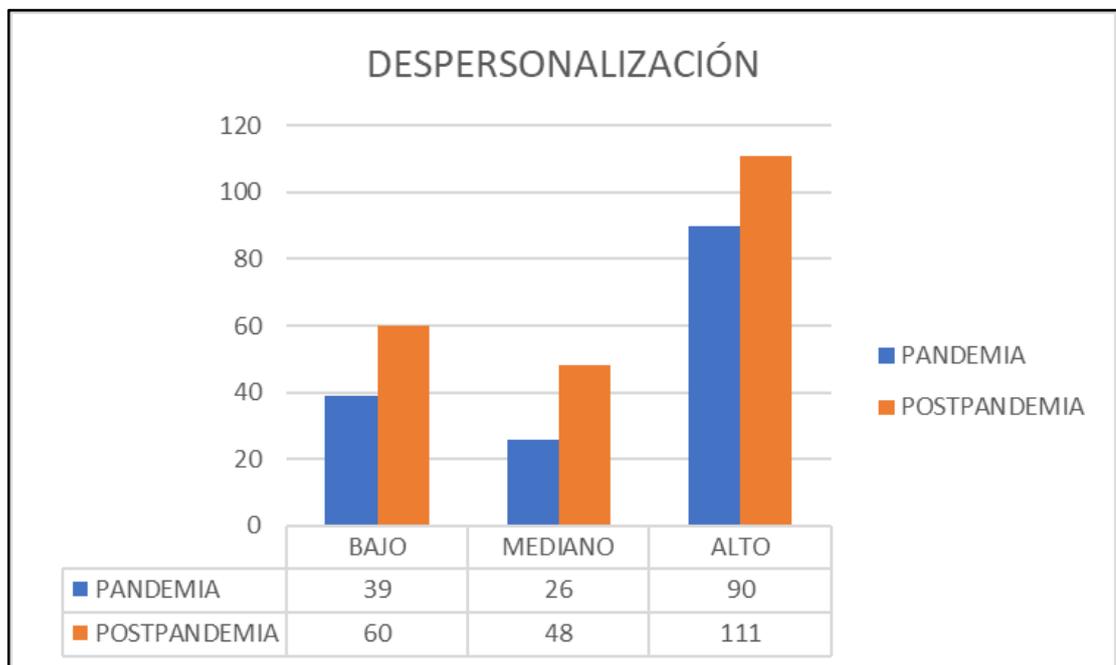


FIGURA 15: SEGÚN SEXO FEMENINO

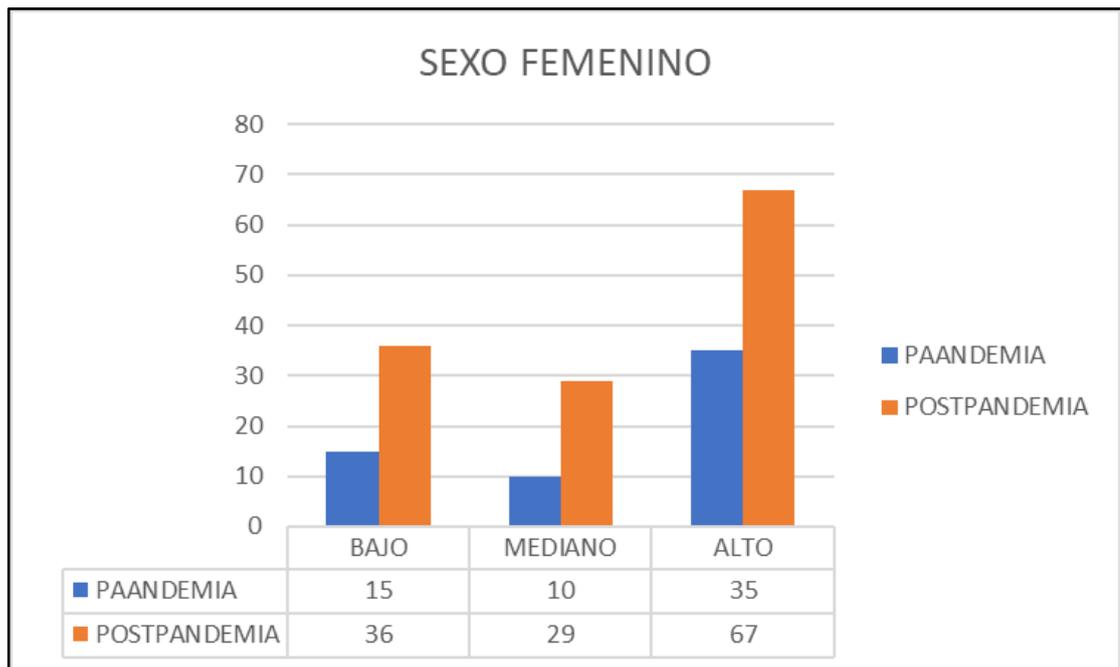


FIGURA 16: SEGÚN EL LUGAR DONDE TRABAJA

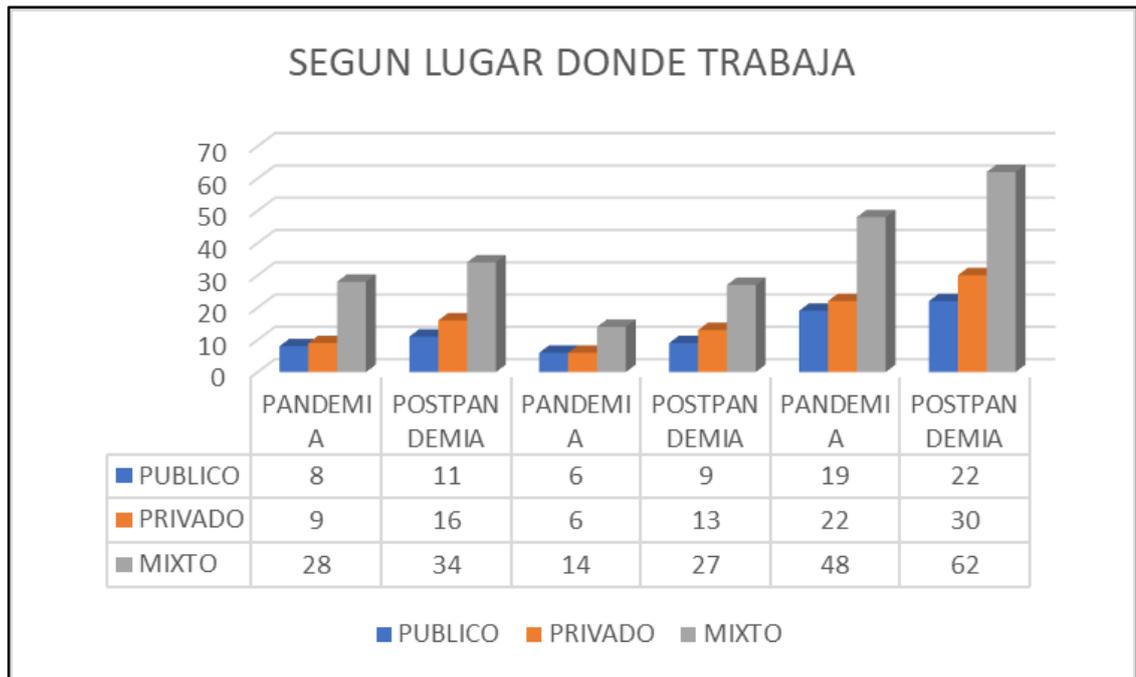


FIGURA 17: SEGÚN RANGO ETARIO

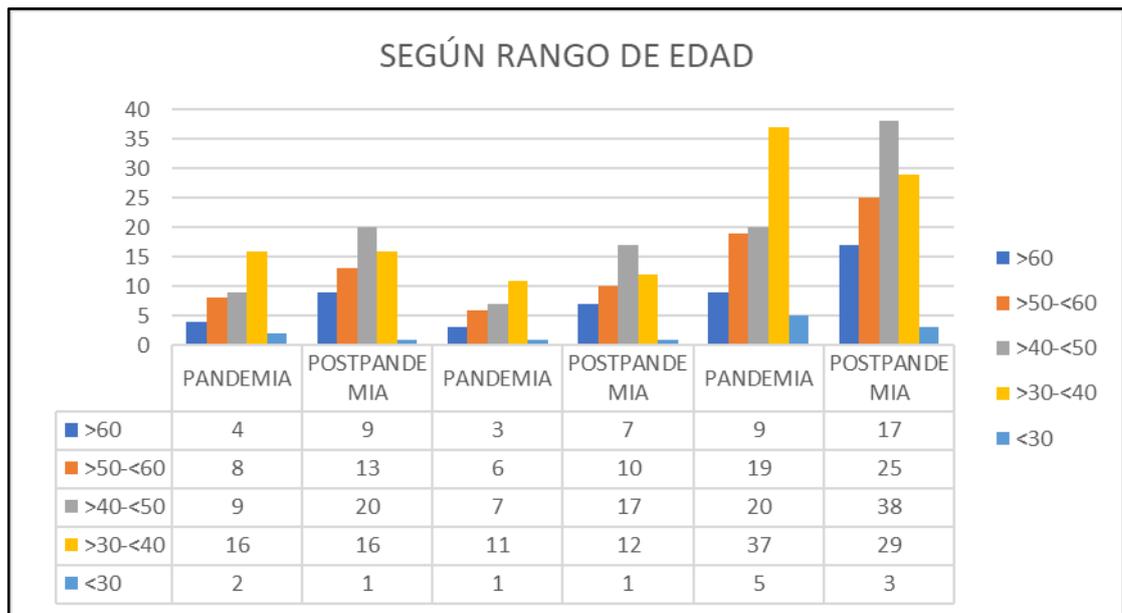


FIGURA 18: SEGÚN LOS AÑOS DE EGRESADOS

