

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

**SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA
EMERGENCIA DE ADULTOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL
PERIODO JUNIO-AGOSTO DE 2020**

AUTOR: DR. RENÉ JAVIER MUÑOZ SALAZAR

TUTOR: DR. ALEXIS EDUARDO NAVARRO PARADA

MÉRIDA, 2020

C.C.Reconocimiento

**SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA
EMERGENCIA DE ADULTOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL
PERIODO JUNIO-AGOSTO DE 2020**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MEDICO CIRUJANO DR.
RENE JAVIER MUÑOZ SALAZAR CEDULA DE IDENTIDAD 20.848.345 ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

AUTOR

René J. Muñoz S. Médico Cirujano, Residente de Postgrado, Unidad de Medicina Interna, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

TUTOR ACADÉMICO

Dr. Alexis Eduardo Navarro Parada. Médico Internista y Cardiólogo. Coordinador del Postgrado de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Sede Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Profesor Asistente de la Facultad de Medicina, Departamento de Medicina. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

CO-TUTOR

Dr. Ciro Antonio Angulo Lacruz. Médico Internista e Intensivista. Jefe de la Emergencia de Adultos Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Profesor Asistente de la Facultad de Medicina, Departamento de Medicina. Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia, por ser el gran apoyo durante todos estos años de estudios, por hacer todos los sacrificios necesarios para alcanzar esta meta, Los amo.

A Luis Javiera Rivera, cada pequeño logro ha sido un gran logro a tu lado. Por todo lo que aún falta por vivir.

Al servicio de Medicina Interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, todo su personal Profesoral, administrativo y asistencial quienes me dieron un segundo hogar durante estos 3 años.

A todo aquel que estuvo vigilante de mi condición clínica durante mi hospitalización por COVID 19.

Al personal de la Emergencia de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, quienes con su dedicación demuestran día a día el amor a los pacientes.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
ANTECEDENTES.....	10
MARCO TEÓRICO	14
DESARROLLO DEL BURNOUT.....	15
Variables Personales	16
Variables del contexto organizacional.....	18
Variables del contexto familiar, social y cultural:.....	21
Manifestaciones y consecuencias:.....	21
EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	23
COVID-19.....	26
AGENTE ETIOLÓGICO.....	26
TRASMISIÓN.....	26
FISIOPATOLOGÍA.....	28
MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	29
DIAGNOSTICO.....	30
EFECTOS EN LA SALUD MENTAL.....	30
MARCO METODOLÓGICO.....	32
Tipo y diseño de investigación.....	32
Universo y muestra	32
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	32
PROCEDIMIENTO	33
Recolección de los datos	33
INSTRUMENTO	34

SISTEMA DE VARIABLES.....	35
Variables Independiente.....	35
Variable Dependiente.....	35
Variables Explicativas:	35
ANALISIS ESTADISTICO	36
RESULTADOS	37
DISCUSION	54
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXO 1	65
ANEXO 2	66

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

RESUMEN

El síndrome de burnout se encuentra compuesto por 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal altos niveles en las 2 primeras y bajos en la última hacen el diagnóstico, en este estudio se evaluó la prevalencia de síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la emergencia de adultos del IAHULA durante la pandemia causada por la COVID-19 y a su vez Determinar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal y su relación con las variables sociodemográficas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de observacional, descriptivo de corte transversal donde se aplicó el MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS) y una planilla con datos sociodemográficos a través de encuesta física y digital a 120 trabajadores de salud del área de emergencia del IAHULA que incluyo persona Medico, enfermería y obreros. Una vez tabulados los datos cuantitativos se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión (mediana, valores máximos y mínimos); los datos cualitativos se presentaron con frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes). La asociación estadística de datos cualitativos se evaluó aplicando la prueba chi cuadrado, las diferencias estadísticas de datos cuantitativos se evaluaron a través de las pruebas no paramétricas de Mann Whitney o Kruskal Wallis. **Resultados:** de una muestra de 120 individuos se consiguió prevalencia de burnout en 12 participantes (10%) sin embargo no se encontró correlación entre la presencia del mismo y las variables sociodemográficas, pero si entre las dimensiones del síndrome de burnout y las variables sociodemográficas y el servicio de desempeño.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

ABSTRACT

The burnout syndrome is composed of 3 dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, high levels in the first 2 and low levels in the last make the diagnosis, in this study the prevalence of Burnout syndrome in health workers from the emergence of adults from IAHULA during the pandemic caused by COVID-19 and determine the levels of emotional fatigue, depersonalization and personal fulfillment and their relationship with sociodemographic variables. Materials and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out where the MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS) and a spreadsheet with sociodemographic data were applied through a physical and digital survey in 120 health workers in the area. IAHULA emergency staff that included medical staff, nurses and workers. Once the quantitative data were tabulated, they were presented with measures of central tendency and dispersion (median, maximum and minimum values); qualitative data were presented with absolute and relative frequencies (in percentages). The statistical association of qualitative data was evaluated by applying the chi square test, statistical differences of quantitative data were evaluated through the non-parametric tests of Mann Whitney or Kruskal Wallis. Results: from a sample of 120 individuals, the prevalence of burnout was achieved in 12 participants (10%), however, no correlation was found between its presence and the sociodemographic variables, but between the dimensions of the burnout syndrome and the sociodemographic variables and performance service.

Keywords: Burnout syndrome, Emotional exhaustion, depersonalization, personal realization.

INTRODUCCIÓN

El trabajo siempre ha ocupado un lugar importante en la vida y evolución de la humanidad, principalmente en lo que concierne al área de la salud, en las diferentes eras históricas. Es importante destacar el trabajo como categoría sociológica; como carácter fundador del ser social, así como actividad permanente, productiva e inmanente de la propia existencia humana y elemento impulsor para la dinámica de la vida en sociedad ⁽¹⁾. Cuando las condiciones de trabajo son desfavorables, insalubres, con jornadas de trabajo desgastante, puede llevar al trabajador, en este caso del sector salud, a manifestar innúmeras enfermedades y/o agravamiento relacionadas al trabajo, que casi siempre afectan la salud mental, generando en muchas oportunidades estrés prolongado. Cuando este tipo de estrés permanece por mucho tiempo puede desencadenar el Síndrome de Burnout, un tipo de respuesta prolongada a los estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo donde la Organización Mundial de la Salud lo declara como un problema de salud pública.

Desde el mes de marzo, se declara por parte de la Organización Mundial de la Salud pandemia de COVID-19 ⁽²⁾, donde Venezuela es uno de los países afectados. El Hospital Universitario de los Andes en la ciudad de Mérida, es declarado hospital piloto o centinela en la atención de pacientes ya sean sospechosos o confirmados con esta enfermedad. Existe un amplio consenso de que la pandemia de COVID-19 no solo afecta la salud física, sino también la salud mental y el bienestar. La situación actual está cambiando las prioridades para la población en general, pero también está desafiando la agenda de los profesionales de la salud, incluido diferentes representantes de diferentes especialidades siendo afectados unos más que otros. ⁽²⁾

Desde el punto de vista psicopatológico, la pandemia actual es considerada por los profesionales de la salud, como una forma relativamente nueva de estrés prolongado o trauma psicológico. Se ha comparado con otros problemas donde el personal de salud ha intervenido de manera directa ya sea en desastres naturales, como terremotos, tsunamis, o guerras, pero en estos casos, las emergencias han sido localizadas limitadas a un área específica y en momento dado, sin embargo, en una pandemia la “amenaza” suele estar en todas partes sin límites que involucra al individuo como un particular. ⁽³⁾⁽⁴⁾

El personal médico y sanitario al mismo tiempo que hace frente a los cambios emanados de esta pandemia ya sean sociales, y estresores emocionales deben enfrentarse al riesgo de exposición, cargas de trabajo extremas, dilemas morales, hábitos nutricionales deficientes, y un entorno completamente diferente al que conocían, donde estos cambios en conjunto han sido de manera acelerada, rápida, que puedan manifestar progresivamente el daño emocional y físico de dicho personal. ⁽⁴⁾

En vista de esto se hace necesario evaluar cuál es la prevalencia de síndrome de burnout en los trabajadores de salud de la emergencia de adultos del I.A.H.U.L.A durante el desarrollo de la pandemia de COVID-19 a 3 meses de iniciada la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El recurso humano y en especial el personal de salud, constituye un pilar fundamental e insustituible en la sociedad, por lo que se debe velar por el bienestar biopsicosocial ante la actual pandemia que involucra al Hospital Universitario de los Andes en sus respectivas áreas de emergencia. El desgaste profesional, es el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los clientes, que se genera por el desbordamiento del exceso de trabajo y el agotamiento de la capacidad reactiva del profesional al no disponer de los recursos adecuados, para amortizar el estrés que produce el entorno laboral, llevando al agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, actitudes negativas hacia el trabajo, la vida denominándose a esta serie de síntomas Síndrome de Burnout. (1)

El Síndrome de Burnout, es más acentuado y frecuente en los profesionales sanitarios que en cualquier otra profesión u ocupación. Cuando se presenta eventos como la muerte, el dolor, cuando no se logra restablecer la salud en los pacientes, desencadena por parte de los profesionales de salud en especial médicos y enfermeras impotencia, angustia y estrés, hechos resaltantes en la actual pandemia, siendo más detallados en algunos centros de salud que en otros, dependiendo de muchos factores necesarios. (1)(2)

En cuanto a la pandemia la verdad es que nadie estaba preparado para afrontar dicho acontecimiento que involucra lo social y lo sanitario además de otros factores y menos aun cuando el agente patógeno posee tanta virulencia influyendo directamente en las medidas sanitarias que han sido muy dinámicas y cambiantes. Es claro que todas estas disyuntivas generan en el personal de salud especialmente en el personal médico, curtido de experiencia en cómo afrontar y tratar diferentes vertientes terapéuticas que lo llevan al estrés emocional

y agotamiento físico, generando un nuevo título que ahora somos “médicos de COVID-19” y que el resto del personal que acompaña a los médicos también sufren cambios en su conducta que proporciona una expectativa negativa ante esta situación ⁽⁵⁾.

El personal sanitario cada uno en su rol, se encuentra atrapado entre el reto que constituye ayudar al enfermo y el riesgo de ser contagiado y perder la vida misma aunado a ello, las horas de trabajo, el material disponible en la institución para brindar dicha asistencia, pero en muchas ocasiones le duele reconocer la impotencia de la medicina en todos sus ámbitos ante la pandemia, ante la muerte. Sin embargo, este sacrificio en conjunto y esta entrega no siempre son bien recibidos y adecuadamente valorados lo cual puede coadyuvar en el desempeño psíquico del personal. No cabe duda que el personal de salud que trabaja en COVID-19, estudios iniciados en muchas instituciones asistenciales del mundo, tienen alto riesgo de presentar alteraciones en la salud mental debido a una cantidad de factores que en párrafos anteriores hemos mencionado, desencadenando alteraciones e ineficacia en la atención integral en los centros de salud en especial las áreas de emergencia involucradas, en la atención de dichos pacientes. ⁽³⁾

Si bien, afrontar la pandemia representa un reto enorme muchas veces imposible de medir, se requiere generar políticas sanitarias capaces de revertir y recuperar al personal de salud involucrado si ha presentado síntomas orgánicos, psicológicos o ambos que alteren el desempeño adecuado en sus labores de cada turno laboral ⁽⁶⁾. El ser humano tiene la posibilidad y capacidad de mitigar de disminuir el dolor y la solidaridad de cuidar el uno a los otros, muchas veces sin tener patrones o recomendaciones establecidas, sino que dependen de la experiencia no solo vividas sino estudiadas. Es capaz de tener empatía de

compartir sentimientos y ansiedades con tal de mejorar el entorno, el cual se convierte en un factor negativo y conlleva al deterioro mental y físico en este caso del personal de salud.

No es cuestión de calificar si el personal de salud se convierta en héroes, sacrificando su equilibrio mental, físico y social, para dar lo mejor ante las adversidades, sino entender que son seres humanos también vulnerables, ante la pandemia por COVID-19 y que su salud está en un altísimo riesgo, y ser tan vulnerables como los pacientes atendidos. Aquí es donde se involucra el altruismo, que a veces va más allá del propio interés individual, arriesgando todo por la recuperación del enfermo.⁽⁷⁾

Esta realidad en algunas circunstancias no escapa de observarse en el Instituto Hospital Universitario de los Andes, por lo cual deben ser medidas en toda su extensión, para crear políticas sanitarias adecuadas y puedan aminorar una serie de factores que afectan la salud mental del personal de salud que labora en las diferentes emergencias de dicha institución asistencial.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que ha existido algunos trabajos de investigación involucrando al personal sobre todo el de salud relacionados con Síndrome de Burnout, no existe ningún trabajo hasta los momentos que tomen en cuenta el Síndrome de Desgaste profesional y la pandemia COVID-19 en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en las diferentes áreas de emergencia y parte de allí la iniciativa de este trabajo a desarrollar.

El trabajo de investigación a desarrollar, y con la exhaustiva revisión bibliográfica de orientación en dicha investigación, se justifica en vista de poder determinar en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en las áreas de emergencia la prevalencia de Síndrome de Burnout relacionado con la pandemia COVID-19, y que hasta el momento no existe ningún estudio relacionado con estas dos características, calificando así que sea un estudio pionero, que servirá de base para otras investigaciones relacionadas no solo con enfermedades sistémicas orgánicas, sino también asociadas con Síndrome de Burnout.

Además de lo anteriormente descrito esta investigación servirá de apoyo a las autoridades relacionadas con el área de salud, en la aplicación de medidas y políticas sanitarias ante la posibilidad de presentar otra pandemia y que esta no afecte o genere en el personal de salud, deterioro físico y psicológico, ya sea en cuanto al horario laboral, material médico y demás implementos adecuados y acordes al problema, sin dejar a un lado lo económico, y la capacitación integral.

Ahora bien, desde el punto de vista metodológico se espera que sirva y sea útil como estudio piloto para estandarizar cada uno de las preguntas y objetivos que lleve el instrumento a utilizar, y las diferentes medidas a tomar llámense políticas o normas sanitaria

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante la pandemia COVID-19 en el periodo junio-agosto de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la escala Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) en los trabajadores de la salud de la emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Determinar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal presentes en trabajadores de la salud de la emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
- Caracterizar a los trabajadores de la salud de la emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes mediante las variables sociodemográficas recolectadas con el cuestionario sociodemográfico y laboral

ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout, es estudiado de manera formal desde 1974, siendo el pionero, Freudemberger, psiquiatra, quien trabajaba como asistente voluntario en la Clínica Libre de Nueva York, el cual describió por primera vez el Síndrome de Burnout.

A partir de allí, se vienen un sinfín de estudios, e investigaciones a desarrollar, ampliar el estudio de este síndrome, involucrando diferentes variables relacionadas con este tipo de patología y que los enfoques se dirijan en muchos casos a la parte motivacional, aspecto laboral en cuanto al confort, trastornos de la conducta, etc. Ante esta descripción se genera una búsqueda de algunos estudios como antecedentes relacionados con el tema a describir y permitir conocer, analizar y concluir sobre dichos estudios que serán resumidos en la tabla 1, sin embargo, se hace referencia a que no se encontró en la literatura actual estudios transversales sobre burnout realizados durante la pandemia de COVID-19

Tabla 1

Autores	Diseño	Resultados
Abida et al. (2020) ⁽²⁾	Revisión de la literatura	Puede agravarse el estrés ocupación llevando a Burnout durante COVID-19
Ramirez-Ortiz et al. ⁽³⁾	Revisión de la literatura	La actual pandemia emergente del COVID-19, implicará un aumento en la psicopatología de la población general, en especial de los trabajadores de la salud,
Sasangohar et al (2020) ⁽⁴⁾	Revisión de la literatura	La pandemia de COVID-19 expuso fallas en el sistema de salud por lo que deben crearse estrategias para prevenir el Burnout y mitigar el estrés especialmente entre los prestadores de cuidados en UCI durante una pandemia
D'Anello et al (2003) ⁽⁵⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal, Muestra de 150 médicos, solamente hubo voluntad de participación de 73, 21% estudiantes del último año de medicina, 52	los estudiantes que laboran en emergencia presentan menor satisfacción en el trabajo que los especialistas y los internistas

Autores	Diseño	Resultados
	médicos de 8 diferentes especialidades: 19 internistas, 5 psiquiatras, 8 radiólogos, 3 neumonólogos, 5 médicos cirujanos, 2 pediatras y 10 cardiólogos	
Flores et al (2002) ⁽⁸⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal. Muestra de 105 licenciados en enfermería, con funciones administrativas (12) y asistenciales (94) que se desempeñan en el área de Emergencia de Adultos, Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Quirófano, UCI y Servicios de Hospitalización	Los enfermeros de medicina interna presentan mayor agotamiento emocional que los de quirófano y emergencia obstétrica, mayor que UCI y menor realización personal que las de emergencia obstétrica, quirófano y pediatría. El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) es relativamente bajo entre las enfermeras que laboran en el I.A.H.U.L.A. Es necesario profundizar en los desencadenantes específicos del SDP en el área de Medicina Interna
Volcanes I, Rivas F. (2010) ⁽⁶⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal La población de estudio fueron 120 médicos de familia en los Distritos Sanitarios Metropolitano, El Vigía, Lagunillas, Mucuchíes y Tovar.	Se encontró un nivel bajo de burnout (4.9%) niveles medio y alto en Cansancio Emocional y Despersonalización y los valores medio y bajo en Realización Personal el síndrome de burnout no es una patología prevalente en los médicos de familia estudiados
Ramírez M, Angulo L (2017) ⁽⁷⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal. Universo de 108 enfermeros con muestra de 87 personas del I.A.H.U.L.A	(52,9%) de los individuos trabajan 12 horas, lo cual se cruza con poco descanso, ya que la mayoría de ellos (39,1%) descansa solamente 4 horas por día. 72,4% no consideran adecuado o reparador su descanso durante la jornada de trabajo 62,1% del personal de enfermería se sitúa en síndrome de Burnout medio y un 12,6% en alto. ratifica la presencia de este síndrome entre el personal de enfermería de la emergencia adulto del I.A.H.U.L.A en la actualidad. Se concluye que la

Autores	Diseño	Resultados
		resiliencia se comporta como un factor protector ante el síndrome de Burnout en el personal de enfermería estudiado, por lo que se sugiere su promoción.
Parra P. (2012) ⁽⁸⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal 215 médicos cursantes de postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes	se evidencia presencia de algunos síntomas clínicos del síndrome o en un nivel leve 142 de los 215 encuestados, y 7 de los 215 presentan síntomas clínicos evidentes del Síndrome que significa nivel moderado del síndrome El Síndrome de Burnout en forma moderada se presenta en los postgrados de pediatría, medicina interna, cardiología y ortopedia y traumatología. Los médicos cursantes de la facultad de medicina de la ULA están en riesgo de padecer síndrome de desgaste profesional y otras patologías psiquiátricas
Cabello L, D'Anello S (2004) ⁽⁹⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal Universo de 269 residentes con muestra de 187 residentes del I.A.H.U.L.A	27.8% de la muestra total presenta altos índices de agotamiento emocional y más del 30% presenta niveles moderados, siendo los residentes de primer año los más afectados El agotamiento emocional fue mayor en los residentes cursantes del primer año, los de menores ingresos y los que laboraban en guardias completas
Kurusis S (2015) ⁽¹⁰⁾	Observacional, Descriptivo y Transversal 24 residentes de postgrado de Cirugía Hospital Central de Maracay (HCM)	Nivel alto de Agotamiento emocional (50%) Realización Personal Nivel Medio 50%, Nivel bajo 16,67% Nivel de síndrome de burnout elevado en los residentes de cirugía del HCM
García J. (2018) ⁽¹¹⁾	Estudio observacional de corte transversal 272 Estudiantes de postgrado de las especialidades clínico quirúrgicas del I.A.H.U.L.A	184 (67,6%) presentó altos niveles de Agotamiento Emocional, 147 (54%) alto nivel en el componente de Despersonalización y 238 (87,5%) alto nivel de Realización personal. la muestra de 272 estudiantes de las diversas especialidades clínico quirúrgicas, el componente del Síndrome de Burnout (SB) con mayor frecuencia absoluta y relativa fue Realización personal, en segundo lugar, Agotamiento emocional y en tercer orden Despersonalización.

Autores	Diseño	Resultados
		Las especialidades Clínicas registraron mayor frecuencia absoluta y relativa en comparación con las Quirúrgicas. No se halló correlación alguna entre las variables sociodemográficas y los componentes que definen el SB
Parada M et al. (2005) ⁽¹²⁾	estudio de tipo descriptivo y diseño transversal, población de estudio estuvo conformada por 673 trabajadores de la enfermería. Muestra de 140 enfermeras de las áreas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos y emergencia obstétrica, pediátrica y de adulto	Los valores obtenidos en las distintas dimensiones del MBI fueron de $15,42 \pm 10,79$ en cansancio emocional; de $5,58 \pm 5,45$ en despersonalización y de $40,21 \pm 6,83$ en la de realización personal. Es decir, tenemos valores promedios en cansancio emocional y despersonalización bajos y altos en realización personal nivel bajo de burnout (6,73%), hemos visto que se trata de un colectivo con un riesgo alto; aseveración que se desprende de los niveles más elevados en la dimensión despersonalización. La investigación pone de manifiesto la escasa relación entre las variables de índole sociodemográfica y el síndrome de desgaste profesional, es decir, tienen un efecto pequeño sobre el síndrome.

MARCO TEÓRICO

El síndrome de Burnout, desgaste profesional u ocupacional o síndrome de “estar quemado” se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Manual de Clasificación Internacional de las enfermedades CIE 11 versión 2019 codificado como Q.D85 ⁽¹⁴⁾, como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha logrado ser manejado con éxito el cual se caracteriza por incluir tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) distancia mental o sentimientos negativos con respecto al trabajo; 3) eficacia profesional reducida (13). Previamente había sido codificado como Z73.0, en el grupo de categorías previstas para aquellas ocasiones en las que “otras circunstancias diferentes a enfermedades, lesiones u otros factores no clasificables entre los códigos A00-Y89 pueden ser registrados como “diagnósticos o problemas” lo que equivalía previamente a un no reconocimiento como una enfermedad por sí misma, siendo insuficiente para reflejar cuadros clínicos más acentuados

Fue descrito por primera vez en el año de 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger quien se desempeñaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, EE.UU.; observo en la mayoría de los voluntarios al año de trabajo una pérdida progresiva de energía que llegaba hasta el agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, actitud fría o cinismo, desmotivación e incluso agresividad ⁽¹⁵⁾ Para 1981, Maslach y Jackson establecen las tres dimensiones descritas en el concepto ⁽¹⁴⁾ y caracterizan a quienes lo sufren en personas cuyas profesiones son en la atención y ofrecimiento de servicios humanos: enfermeros, profesores, policías, cuidadores etc., sin embargo, en el año 1988 Pines y Aaronson enfocan que el mismo “no solo está solo restringido a profesionales de ayuda ya que es producido por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁷⁾ sino

incluso en personas que no son trabajadores⁽¹⁴⁾; lo que ha llevado a que sea un síndrome ampliamente estudiado en distintas profesiones incluyendo los servicios asistenciales como médicos, enfermeros, auxiliares.⁽¹⁵⁾

DESARROLLO DEL BURNOUT

Al admitirse que el Burnout es una respuesta a ciertos acontecimientos y que tiene un desarrollo secuencial de aparición de rasgos y síntomas que pueden variar según el individuo, ha llevado a que se desarrollen múltiples teorías y discrepancias entre autores al momento de definirlo de acuerdo al componente que se le dé más importancia, al síntoma inicial y a la secuencia completa. Por lo tanto, se han creado varios modelos procesuales que intentan explicar la génesis del Síndrome de Burnout, aunque ninguno ha sido totalmente aceptable y satisfactorios entre los cuales destacan: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980)](18), entre otros por lo cual se procederá a explicar brevemente algunos de ellos: Edelwich y Brodsky (1980) plantearon que el desarrollo del Síndrome de Burnout tiene 4 etapas: 1) entusiasmo ante un nuevo puesto laboral con las altas expectativas del mismo 2) Estancamiento como parte del incumplimiento de esas expectativas 3) Frustración 4) apatía, como consecuencia de la falta de recursos para afrontar la frustración conllevando esto a sentimientos de distanciamiento laboral, evitación e inhibición de la actividad laboral⁽¹⁸⁾

En 1982, Cherniss propone que el Síndrome aparece en un proceso de adaptación entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, describiendo 3 fases:

1. **Fase de estrés:** consiste en el desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos que posee el individuo para hacer frente a los mismos;
2. **Fase de agotamiento:** como la respuesta emocional inmediata del sujeto ante ese desequilibrio;
3. **Fase de afrontamiento defensivo.** implica cambios en la conducta y actitud caracterizándose el trato impersonal, frío y cínico ⁽¹⁸⁾

El modelo de Leiter y Maslach de 1988, plantea que se da a través de un proceso en el cual, por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales, se provoca cansancio emocional, que luego pasaría a la despersonalización como método de afrontamiento, conllevando a baja realización personal por la ineficacia al afrontar diferentes estresores laborales, siendo este modelo en el que se observan las 3 dimensiones que explican este síndrome, siendo las actualmente aceptadas actualmente en el concepto de la OMS ⁽¹⁸⁾

Gil Monte y Peiró en 1999, realizan un análisis de regresión estableciendo el Burnout como una respuesta al estrés laboral percibido, que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias para afrontar las demandas laborales no son efectivas; iniciado con el desarrollo conjunto de las dimensiones: baja realización personal, cansancio emocional y la despersonalización como afrontamiento a la experiencia crónica.

A la fecha de hoy no hay un origen específico o preciso de este síndrome, ni se conoce por que algunos individuos desarrollan el síndrome y otros no, pero se han determinado tres tipos de variables entre las cuales destacan:

Variables Personales: esta modulada por las características personales del individuo:

- **Rasgos de personalidad:** aquellos que se caracterizan por tener más desarrollada la sensibilidad hacia el contacto con personas y alta motivación a actividades grupales poseen mayores expectativas de que estas ocupaciones son una fuente de estabilidad de su personalidad, por lo tanto, su idealización facilita el cansancio emocional (Abraham 1987) (1). La baja autoestima, los sentimientos de inadecuación, la disforia, la pasividad y la ansiedad social también fueron evidenciadas por McCranie y Brandsma (1988), en su estudio prospectivo realizado en médicos. En 1993 Fontana y Aboseire y en 2002 Pérez Neto et al. Evidenciaron la ansiedad como un factor asociado a la despersonalización
- **Personalidad resistente:** Término atribuido a Kosaba et al. En 1981, considera esto como un rasgo modulador que reduce la probabilidad de estrés; estando este estilo de personalidad definido por tres características: compromiso, control y reto. (1)
- **Patrón de Conducta Tipo A:** predomina la respuesta excesiva dado por impulsividad, hostilidad, irritabilidad, impaciencia, compromiso excesivo de trabajo, conllevando a deterioros en la salud y déficit en su rendimiento. (1)
- **Estrategias de afrontamiento inadecuadas.** Este término se refiere a que algunas situaciones pueden ser de por sí estresantes, por lo que algunas personas forman sentimientos y emociones negativas en base a las creencias que tiene sobre esa situación. (1)
- **Locus de control:** formulado en 1966 por Rotter, establece dos tipos de locus, uno de control interno en el cual el individuo percibe que los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones, y uno de control externo en el cual los acontecimientos no dependen de su conducta sino del destino, casualidad, poder de los demás por lo que

en múltiples estudios (Revicki y May, 1983; McIntyre, 1984; Fuqua y Couture, 1986; Glogow, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989). Los individuos que tendían a un locus de control externo experimentaban mayor posibilidad de presentar el síndrome de burnout. (1)

Variables del contexto organizacional: desde 1977 Maslach y Leiter, plantearon el predominio decisivo de estas variables en el inicio, desarrollo y síndrome de burnout, por lo cual, posteriormente se ha demostrado las siguientes características:

- Whippen y Canellos (1991), encuentran en un estudio en oncólogos como uno de los factores principales la administración de cuidados paliativos.
- Gil Monte y Peiró (1997), establecen que el trabajo con pacientes complejos como ancianos, terminales o psiquiátricos facilitarían la aparición de burnout.
- Gala, et al. En el 2002, encontró que la cantidad de horas de trabajo, turnos rotatorios, tipo de enfermo y trato con los familiares de los pacientes, intervienen en el elevado índice de burnout.

Se describirán a continuación algunas variables relacionadas con el burnout

- **Estrés del Rol:** de acuerdo al papel que desarrolla en la organización laboral se generan expectativas, dentro de la cual se observan 3 componentes: 1) ambigüedad el rol y definición de objetivos esperados; 2) Conflicto de rol: producto de desempeñarse en múltiples funciones simultáneamente e incluso compatibles entre sí; 3) Sobrecarga del rol: evidenciado al tener que realizar esas funciones o tareas sin tiempo suficiente. Gil Monte y Peiró (1997), relacionaron estos estresores directamente, siendo la ambigüedad de rol predictor de la

realización personal y el conflicto de rol el de la dimensión cansancio emocional.

(1)

- **Clima laboral negativo:** siendo un concepto de difícil delimitación fue definido por Porter, et al. (1975), como las propiedades habituales o características de un ambiente de trabajo concreto; su naturaleza, según es percibida y sentida por aquellas personas que trabajan en él, por lo que un clima laboral negativo con interacciones mal conducidas, planteamientos directivos poco claros o un mal establecimiento de roles son dinámicas generadoras de dicho clima y predisponen a burnout. Ensiedel y Tully (1981). (1)
- **Satisfacción Laboral:** entendida como la actitud generalizada en el trabajo incluyendo creencias, emociones y reacciones; ha sido asociada en múltiples estudios en su relación con el burnout [44], destacando Bravo, Peiró y Rodríguez (1996), quienes han identificado variables como manejo de nuevas tecnologías, participación en toma de decisiones, posibilidades de ascensos; por otro lado Burke (1990), indica que la insatisfacción laboral está relacionada con el cansancio emocional y baja realización personal por lo que esta satisfacción laboral se extiende a la satisfacción vital global tal como lo expresan Lee y Ashoth (1996), demostrando así, correlaciones negativas entre la satisfacción vital y el síndrome de burnout, reflejado en mayor cansancio emocional. (1)
- **Realización de expectativas laborales:** los trabajos de Gann (1979); Meier (1983); Maslach y Jackson (1984); Ursprung (1986); Friedman (1991) y Cordes y Dougherty (1993) han puesto de manifiesto que, al no cumplirse las

expectativas planteadas hacia el trabajo por el individuo, aumenta la vulnerabilidad al burnout. (1)

- **Toma de decisiones y grado de autonomía:** en las organizaciones excesivamente normativas en las cuales se encuentran muy limitadas las tomas de decisiones, es más frecuente la aparición de burnout; Brissie et al. (1988), a su vez, entendiendo la autonomía en el trabajo como la libertad de acción para desarrollar el trabajo dentro de normas establecidas por la organización; la falta de la misma ha sido considerada como facilitador del burnout, viéndose afectada la dimensión de cansancio emocional Lee y Ashforth (1993). (1)
- **Apoyo social en el trabajo:** El apoyo social supone un importante amortiguador de las experiencias estresantes, por lo tanto, la relación con los compañeros de trabajo es un agente central en la salud personal y organizacional, sin embargo, las mismas no siempre son positivas y pasan a ser uno de los factores estresores más importante destacando la rivalidad, la falta de apoyo emocional o la falta de relaciones. Beehr (1985), determino que el estilo de supervisión, tipo de trato y la comunicación son determinantes en el grado de satisfacción y de estrés en los trabajadores; Ariazeta et al. (2001), determino la relación entre el apoyo social en el trabajo y las dimensiones del síndrome de burnout son un predictor significativo del cansancio emocional y despersonalización.
- **Otras variables del contexto laboral:** Los bajos sueldos, Siefert et al. (1991), la falta de recompensas tanto económicas como sociales, inseguridad económica, la adicción al trabajo y la inadecuación profesional (el perfil personal no se adapta al trabajo desempeñado) facilitan la aparición del burnout (1)

VARIABLES DEL CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL: la paternidad, maternidad y estabilidad afectiva mejoran el equilibrio para solucionar situaciones conflictivas, al igual que las relaciones familiares y/o de parejas positivas confieren cierta inmunidad y el burnout variando la aparición del síndrome, en función de la cultura del trabajador y que esta determina la forma de concebir el desempeño laboral (1)

Manifestaciones y consecuencias:

Estas estarán dadas de acuerdo a las dimensiones y fases que abarca este síndrome, las cuales son:

- **Agotamiento o cansancio emocional:** caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y fatiga tanto física como psíquica (19), en la cual hay pérdida de los recursos emocionales (20)
- **Despersonalización o deshumanización:** se refiere al desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles (21) y al intento de los prestadores de servicio de colocar distancia entre sí, el usuario e incluso de las personas que conforman su equipo de trabajo (20)
- **Falta de Realización Personal:** es el resultado de cuando las demandas exceden la capacidad del profesional para responder a las mismas de manera competente, conllevando a autoevaluación y percepción laboral negativa (1) (20)

Al considerarse el síndrome de burnout como un proceso, este mismo asume una serie de etapas con diferentes fases: (1) (20)

- 1) **Inicial de entusiasmo:** se experimenta gran energía, entusiasmo y expectativas positivas ante un nuevo puesto de trabajo, hay elevadas aspiraciones y carencia de la noción de peligro
- 2) **Estancamiento:** al no cumplirse las expectativas profesionales originales planteadas se desarrolló una percepción no equilibrada entre esfuerzo y recompensa, por lo tanto, un desequilibrio entre la demanda y los recursos.
- 3) **Frustración:** siendo el núcleo central del síndrome, se constituye por la desilusión o desmoralización, empezando a manifestarse los problemas emocionales, y físicos.
- 4) **Apatía:** suceden los cambios actitudinales y conductuales. siendo el más claro la despersonalización como mecanismo de afrontamiento defensivo
- 5) **Quemado:** colapso emocional cognitivo y físico con sus respectivas consecuencias

Estas fases pueden tener un carácter cíclico por lo que puede repetirse el ciclo en distintos ambientes y momentos laborales

Por lo antes descrito puede establecerse que las manifestaciones del síndrome de burnout abarcan distintos campos, entre los cuales destacan:

- **Físicas:** suelen aparecer en primer lugar y tienen múltiples manifestaciones en distintos sistemas, evidenciándose cefalea, dolores osteomusculares, alteraciones del sueño principalmente insomnio de conciliación, alteraciones gastrointestinales como alteración en el apetito, pérdida del peso, úlceras, diarrea, Cardiovasculares como hipertensión arterial, trastornos del ritmo cardiaco, palpitaciones, pérdida o disminución de la libido, dermatológicas como la dermatitis (1) (19) (20)
- **Mentales:** manifestadas principalmente como disforias, se pueden observar también sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, nerviosismo, depresión, distanciamiento

afectivo, inquietud psicomotora incapacidad para concentrarse, desorientación y baja autoestimas. (1)(19)(20)

- **Conductuales:** aumento en el consumo de sustancias como café, alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, así sedentarismo y malnutrición, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas (19)(20)
- **Sociales y Laborales:** ausentismo laboral, incumplimiento del horario de trabajo, abandono laboral, problemas en relaciones interpersonales distanciamiento afectivo con los contactos sociales, equipo de trabajo y cónyuges, deterioro en la prestación e servicio, bajo compromiso laboral (19)(20)

Es necesario realizar diferenciación entre el síndrome de burnout, depresión y estrés; en el caso de la depresión esta agrupa un conjunto de características y síntomas bajo un estado de ánimo generalizado, en cambio el burnout se aplica específicamente al ámbito laboral; por otro lado, al realizar una diferenciación entre estrés y burnout Moreno y Peñacoba (1999) argumentan lo siguiente “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”. (22)

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Desde la conceptualización realizada por Maslach se han desarrollado y validando distintos instrumentos en los cuales se intenta medir este síndrome:

- Maslach Burnout Inventory (MBI): desarrollado por Maslach y Jackson en 1986, es actualmente uno de los más usados en sus múltiples adaptaciones, consistiendo en un cuestionario autoadministrado conformado por 22 ítems en forma de afirmaciones acerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo; evalúa las tres dimensiones propuestas agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Existen 3 versiones del mismo los cuales son: El Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) o versión general, la cual es para profesionales no asistenciales, siendo de carácter más genérico, manteniendo la estructura de las tres dimensiones pero conteniendo solo 16 de los 22 ítems (6 ítems para realización personal y 5 y 5 ítems para agotamiento y despersonalización; por otro lado están las versiones MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), el cual está dirigido a profesionales asistenciales o de servicio a personas al igual constituido por las 3 dimensiones del MBI y será explicado más adelante, y el MBI-Educators Survey (MBI-ES), el cual es para profesionales de la educación donde el cambio más importante es el de la palabra paciente por alumno. (1) (20) (23)
- El staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) el cual fue diseñado para personal del área de salud, está compuesto por 20 ítems evaluando reacciones psicofisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales (23)
- Burnout Measure (BM) desarrollado por Pines, Aronson y Karfry en 1981, aplica para profesionales de servicio y ayuda, esta conformado por 21 ítems en su versión corta que miden la frecuencia de aparición del agotamiento en las áreas física, emocional y mental

- Shirom-Melamed Burnout Questionnaire desarrollado por Shirom & Melamed, en 2006, posee 22 ítems en cuatro escalas: fatiga física, cansancio cognitivo y debilidad y miden la frecuencia de dichos síntomas. (23)
- Teacher Burnout Scale de Seidman y Zager en 1987, con 21 ítems con las siguientes subescalas del instrumento: Satisfacción con la carrera, Apoyo administrativo percibido, Cómo enfrentar el estrés relacionado con el trabajo y Actitudes hacia los estudiantes.
- Holland Burnout Assessment Survey (HBAS), un cuestionario, que se conforma de 18 ítems que miden cuatro escalas: percepción positiva de la enseñanza, apoyo de los supervisores, compromiso con la enseñanza y conocimiento del burnout. (23)

Por ser el objeto de estudio de este trabajo el Síndrome de Burnout durante la pandemia causada por la COVID 19, se hará un breve resumen de los aspectos más relevantes de pandemia y de COVID 19

La OMS, declaró al coronavirus COVID-19 como una pandemia debido a su propagación mundial, sin embargo, es necesario conceptualizar el término o definición de pandemia y diferenciarlas de otros conceptos utilizados en el área de epidemiología y salud pública.

El concepto de epidemia, está dado por producirse una enfermedad contagiosa, de propagación rápida en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto. Por otro lado, una Enfermedad endémica es aquella que persiste de forma continuada o episódica en una zona determinada. La pandemia ha sido definida por afectar regiones geográficas extensas, por lo que, la OMS en el año 2009, propuso unos lineamientos que consideran ciertas condiciones para una posible pandemia las cuales son:

- 1) Que aparezca un virus nuevo, que no haya circulado previamente y por lo tanto no exista población inmune a él.
- 2) Que el virus sea capaz de producir casos graves de enfermedad.
- 3) Que el virus sea capaz de transmitirse de persona a persona y eficazmente.

COVID-19

Inicialmente denominada como 2019-nCoV por Novel Coronavirus-Infected Pneumonia y actualmente conocido por su acrónimo en inglés COVID-19 de Coronavirus Diseases 2019, hace referencia a la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 que inició un alto ritmo de propagación a finales de 2019 e inicio de 2020, siendo declarada por la OMS el día 11 de marzo de 2020 como pandemia, con millones de personas afectadas abarcando desde los enfermos y sus familias, las personas con condiciones médicas preexistentes físicas y/o mentales y trabajadores de la salud, especialmente médicos y enfermeras que trabajan directamente con los pacientes. (24)

AGENTE ETIOLÓGICO.

El SARS-CoV-2 es un virus de la subfamilia *Orthocoronavirinae* dentro de la familia *Coronaviridae* (orden *Nidovirales*) [54] (11). descubierto y aislado por primera vez en Wuhan China, tiene origen zoonótico, sin embargo, sin reservorio natural conocido; es la de que un virus de murciélago haya podido evolucionar hacia el SARS-CoV-2 a través de hospedadores intermediarios. Su genoma está formado por una sola cadena de ARN, y se clasifica como virus ARN monocatenario positivo. (25)

TRANSMISIÓN

Mecanismo de transmisión animal-humano: El modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos es desconocido, En estudios con otros tipos

de coronavirus se observó tropismo por diferentes órganos y sistemas produciendo principalmente cuadros respiratorios y gastrointestinales (25), lo cual puede sugerir transmisión a humanos a través de secreciones, En este momento no hay evidencia de transmisión desde los animales a los humanos ni parece que la enfermedad en animales tenga una gran contribución en la epidemia (25)

Mecanismo de transmisión humano-humano: se considera similar a la descrita para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias se considera similar a la descrita para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias, manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos (25) .la trasmisión a través de las heces es otra hipótesis para la cual no existe evidencia en esta pandemia hasta la fecha La transmisión vertical del SARS-CoV-2, en principio sería poco probable, dado que no es posible encontrar el virus en muestras de líquido amniótico, cordón umbilical y leche materna (25)

Transmisión en personal sanitario

En el inicio de la epidemia, se evidencio una alta transmisión intrahospitalaria en trabajadores sanitarios que luego fue descendiendo una vez se tomaron medidas de protección individual adecuadas El alto contagio entre el personal sanitario podría atribuirse a diferentes factores. En la fase inicial del conocimiento de la enfermedad, el desconocimiento de la transmisión de la infección a partir de casos asintomáticos pudo generar casos entre sanitarios indebidamente protegidos.

FISIOPATOLOGÍA

Esta mediado por distintos mecanismos fisiopatológicos entre los que destacan:

- 1) **Interacción con el sistema renina-angiotensina-aldosterona:** El SARS-CoV-2 penetra en la célula empleando como receptor a la enzima convertidora de angiotensina 2, presente fundamentalmente en el riñón, los pulmones y el corazón. (25) Se ha observado que los casos graves de COVID-19 presentan niveles de Angiotensina II muy elevados. Y el nivel de Angiotensina II se ha correlacionado con la carga viral de SARS-CoV-2 y el daño pulmonar. Este desequilibrio del sistema renina-angiotensina-aldosterona podría estar en relación con la inhibición de la enzima convertidora de angiotensina 2 por parte del virus.
- 2) **Interacción con el sistema inmunitario:** La infección por SARS-CoV-2 activa el sistema inmune innato generando una respuesta excesiva que podría estar relacionada con una mayor lesión pulmonar y peor evolución clínica. el virus se propaga produciendo daño tisular pulmonar, con la consecuente activación de macrófagos y granulocitos conduciendo a la liberación masiva de citoquinas proinflamatorias (25)
- 3) **Interacción con la coagulación y el sistema microvascular:** La activación excesiva del sistema inmune innato que causa tormentas de citoquinas ocasiona daño del sistema microvascular y activa el sistema de coagulación e inhibición de la fibrinólisis produciendo coagulación intravascular diseminada (CID), lo que conduce, a trastornos generalizados de la microcirculación que contribuyen a falla multiorgánica. La inflamación producida en el pulmón junto con la hipoxia de los casos con neumonía, causa la agregación plaquetaria y la trombosis, con un aumento de

consumo de las plaquetas. Todos estos factores contribuyen a desencadenar el estado de hipercoagulabilidad que se observa en los casos de COVID-19 (25)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

los síntomas y signos más frecuentes descritos por la OMS incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), odinofagia (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5 %), rinorrea (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%) (4). A su vez se han descrito otros síntomas y patologías en distintos sistemas:

- **Neurológicos:** mareo (17%), alteración del nivel de conciencia (7%), accidente cerebrovascular (2,8%), ataxia (0,5%), epilepsia (0,5%) y neuralgia (2,3%) (25)
También se han descritos casos de síndrome de Guillain-Barré
- **Cardiológicos:** puede presentarse con síntomas relacionados con falla cardíaca o daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios (25)
- **Oftalmológicos:** Ojo seco (20,9%), Visión borrosa (12,7%) y sensación de cuerpo extraño (11,8%) (25)
- **Otorrinolaringológicos:** los síntomas más frecuentes son dolor facial, obstrucción nasal, disfunción olfatoria y del gusto (137). La frecuencia con la que presentan la hiposmia-anosmia y la hipogeusia-disgeusia están descritas entre el 5% y el 65% de los casos, siendo en muchos casos el primer síntoma (25)
- **Dermatológicos:** se han observado manifestaciones muy variadas, desde erupciones tipo rash, erupciones urticarianas vesiculosas similares a varicela o púrpura. En los dedos de manos y pies lesiones acro-cianóticas parcheadas, de pequeño tamaño, a

veces confluentes y en ocasiones con ampollas apareciendo con más frecuencia en niños y adolescentes sin otros síntomas (25)

- **Hematológico:** se describen mayor incidencia de fenómenos trombóticos tales como ACV, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda. También se observa una mayor incidencia de sangrados (25)

DIAGNOSTICO.

Se realiza a través de la prueba de laboratorio PCR-RT, tomando muestra de mucosa de la rinofaringe o hisopado nasofaríngeo para obtener el material genético del virus. Acto seguido la muestra se purifica y se mezcla con la transcriptasa inversa y otros reactivos y así obtener el ADN. Se obtiene los siguientes resultados: presencia de fluorescencia en la PCR cuantitativa, ausencia de fluorescencias en la PCR cuantitativa. (25)

EFFECTOS EN LA SALUD MENTAL

Es de resaltar que ante la atención enfocada en las repercusiones físicas del COVID-19 desviando el foco de las consecuencias psicosociales las cuales pueden evolucionar a problemas de salud mental basándose en las epidemias del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) SARS-CoV en 2003 y el síndrome respiratorio del medio oriente (MERS-CoV, por sus siglas en inglés), donde se pudo evidenciar que los sobrevivientes del primer brote reportaron sintomatología psiquiátrica durante la fase de recuperación temprana, y en el MERS-CoV, alrededor del 40% de los afectados requirieron intervención psiquiátrica

Como menciona Huremovic D (3) (25,25) el aislamiento social, movilidad restringida y pobre contacto es un factor para presentar sintomatología psiquiátrica que abarcan desde

síntomas aislados hasta llegar a ansiedad, depresión, trastornos de la adaptación y trastorno de estrés postraumático

En el caso de los pacientes con enfermedad mental de base la interrupción en el tratamiento, dificultad de seguimiento, pobre control en la dosificación y baja disponibilidad de psicofármacos precipitan conductas imprudentes lo que se traduce en riesgo de violación de las medidas destinadas a controlar el brote (3)

Por otro lado se encuentra el personal de salud quienes ante las condiciones durante un brote tales como aislamiento social, separación de sus seres queridos, exposición directa a la enfermedad, miedo a contraer la infección durante el desempeño de sus funciones, dilemas éticos en relación a la asignación de recursos escasos, limitados o inadecuados; evidenciar la muerte masiva de pacientes y personal sanitario, escases de personal o de reemplazos han sido factores de riesgo establecidos para desarrollo de síndrome de Burnout durante el brote, y Posteriormente Síndrome de Estrés Postraumático. (3)

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio Observacional, descriptivo de corte transversal.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por el personal de salud activo que labora en las áreas de emergencia de adultos del I.A.H.U.L.A, en los cuales se incluye a los médicos residentes y especialistas, Personal de enfermería, obrero y técnico durante la pandemia de COVID-19 desde los meses de junio a agosto de 2020 que decidieron su participación voluntariamente.

Criterios de inclusión

- Desempeñar sus labores en el área de la Emergencia de Adultos del I.A.H.U.L.A durante los meses de junio a agosto de 2020.
- Personal médico que acude de forma constante al área de emergencia de Adultos del I.A.H.U.L.A como servicio tratante o interconsultante
- Laborar durante el periodo de pandemia causado por el COVID-19

Criterios de exclusión

- No encontrarse como personal activo del área de la Emergencia de Adultos del I.A.H.U.L.A durante los meses de junio a agosto de 2020
- No autorizar su participación en la investigación

PROCEDIMIENTO

Recolección de los datos

La recolección de datos se realizó de 2 formas:

1. Encuesta física:

- a. Se acudió al área de emergencia el I.A.H.U.L.A
- b. Se solicitó la colaboración del personal de salud para el llenado de los cuestionarios de forma autodiligenciada
- c. Se entregó los cuestionarios al personal de salud que aceptaron participar en el estudio
- d. El personal lleno los cuestionarios y fueron entregados al investigador
- e. La información fue registrada en una base de datos.

2. Encuesta digital:

- a. Se envió el enlace de Google Forms del cuestionario por medio telefónico
- b. Se solicitó la colaboración del personal de salud para el llenado de los cuestionarios
- c. El personal lleno los cuestionarios y luego fueron analizados de forma digital
- d. La información fue luego registrada en una base de datos.

INSTRUMENTO

En esta investigación se usó el MBI-HSS el cual es el más utilizado en personal de salud para medir el burnout, está validado, adaptado al español y estandarizado para la población venezolana (8), se completa en 10 a 15 minutos, consta de 22 ítems en una escala tipo Likert y se desglosa de la siguiente manera

- Escalas de frecuencia o intensidad: **0.** Nunca **1.** Pocas veces al año o menos 4 Pocas veces a la semana **2.** Una vez al mes o menos 5 Todos los días **3.** Unas pocas veces al mes o menos **4.** Una vez a la semana **5.** Algunas Veces a la Semana **6.** Diariamente
- La subescala Agotamiento Emocional (AE): consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) considerándose un valor bajo: 0-18 Intermedio: 19 a 26 Alto 27 a 54 (valor máximo: 54)
- La subescala Despersonalización (DP) está integrada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) un valor bajo está dado de 0 a 5, Intermedio: 6 a 9 y Alto de 10 a 30 (valor Máximo: 30)
- La Subescala Realización Personal (RP) está compuesta por 8 ítems los cuales se interpretan como Bajo de 0 a 33 Intermedio: 34 a 39 Alto > 40

puntuaciones altas en las Subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización y Puntuaciones bajas en Realización Personal Definen el Síndrome. Adicionalmente se aplicó un formato anónimo de recolección de datos que incluyen edad, sexo, estado civil, presencia o no de hijos, datos organizacionales como: área de trabajo, cargo, exposición a pacientes con COVID 19

SISTEMA DE VARIABLES

Variables Independiente

- Ser personal de salud en el área de la emergencia de adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante la pandemia de COVID 19

Variable Dependiente

- Prevalencia de síndrome de Burnout

Variables Explicativas:

- Edad
- Genero
- Estado Civil
- Profesión
- Grado de Instrucción.

www.bdigital.ula.ve

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos cuantitativos se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión (mediana, valores máximos y mínimos); los datos cualitativos se presentaron con frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes). La asociación estadística de datos cualitativos (análisis bivariados) se evaluó aplicando la prueba chi cuadrado, las diferencias estadísticas de datos cuantitativos se evaluaron a través de las pruebas no paramétricas de Mann Whitney o Kruskal Wallis. La significancia estadística se consideró para valores de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos y los gráficos se realizaron con los programas SPSS versión 21 (IBM Corporation, New York, US), Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, US) y GraphPad Prism versión 5 (GraphPad Software Inc, La Jolla, USA).

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Se recogió una muestra de sujetos voluntarios con un total de 120 individuos de un universo de número desconocido por no contarse con una base de datos en el departamento de recursos humanos que reflejara dicha información. De las encuestas 38 (31,7%) fueron recolectadas de manera física y 82 (68,3%) de manera digital; para la edad la mediana fue de 30 años con un valor mínimo de 23 y un valor máximo de 61, divididos en los siguientes grupos etarios: Menor o igual a 30 años 61 sujetos (50,8%), de 31 a 35 años 30 sujetos (25%), de 36 a 40 9 sujetos (7,5%) y mayor de 41 años 20 sujetos (16,7%), como se encuentra representado en la tabla 1. Por otro lado, en el género se puede apreciar que 59 individuos se correspondían con el género femenino (49,2%) y 61 (50,8%) al masculino.

Tabla 1. Edad y género de los Individuos evaluados

	Años
Edad	
<i>Mediana</i>	30
<i>Valor Mínimo</i>	23
<i>Valor Máximo</i>	61

	Total (n=120)
Edad	
<i>Menor o igual a 30</i>	61 (50,8%)
<i>31 a 35</i>	30 (25%)
<i>36 a 40</i>	9 (7,5%)
<i>Mayor de 41</i>	20 (16,7%)

Genero	
<i>Femenino</i>	59 (49,2%)
<i>Masculino</i>	61 (50,8%)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes).

En referencia a la nacionalidad, 102 individuos (85%) expresaron ser venezolanos y 18 (15%) ser extranjeros. Con respecto al estado civil, se observó que 74 individuos (61,7%) estaban solteros, 22 (18,3%) casados, 6 (5%) divorciados y 18 (15%) se encuentran en unión libre tal como se describe en la tabla 2. También se observa que, con respecto al grado de instrucción 4 individuos (3,3%) indicaron haber cursado bachillerato y 116 (96,7%) tienen un grado universitario. En cuanto la ocupación, 82 individuos (68,3%) se desempeñaban como médicos, 31 (25,8%) como enfermeros, 1 (0,8%) como personal de historias médicas y 6 (5%) como personal obrero.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los individuos evaluados.

	Total (n=120)
Nacionalidad	
<i>Venezolano</i>	102 (85%)
<i>Extranjero</i>	18 (15%)
Estado civil	
<i>Soltero</i>	74 (61,7%)
<i>Casado</i>	22 (18,3%)
<i>Divorciado</i>	6 (5%)
<i>Unión libre</i>	18 (15%)
Grado de instrucción	
<i>Bachillerato</i>	4 (3,3%)
<i>Universitario</i>	116 (96,7%)
Ocupación	
<i>Médico</i>	82 (68,3%)
<i>Enfermería</i>	31 (25,8%)
<i>Historias médicas</i>	1 (0,8%)
<i>Obrero</i>	6 (5%)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes).

En la tabla 3, se describe la frecuencia del área o servicio de desempeño de los individuos, se evidencio que 41 individuos (34,2%) pertenecían al servicio de Emergencia de Adultos, 33 individuos (27,5%) de Medicina Interna, 14 (11,7%) de Cirugía General, 10 (8,3%) de Neumonología, 8 (6,7%) de Cardiología, 6 (5,0%) de Neurocirugía, 3 (2,5%) de Ortopedia y Traumatología, 3 (2,5%) de Nefrología y 2 (1,7%) de Toxicología.

Tabla 3 Frecuencia del área o servicio de desempeño de los individuos evaluados

	Total (n=120)
Servicio	Frecuencia
<i>Medicina Interna</i>	33 (27,5%)
<i>Neumonología</i>	10 (8,3%)
<i>Cirugía General</i>	14 (11,7%)
<i>Ortopedia y Traumatología</i>	3 (2,5%)
<i>Nefrología</i>	3 (2,5%)
<i>Toxicología</i>	2 (1,7%)
<i>Cardiología</i>	8 (6,7%)
<i>Emergencia de Adultos</i>	41 (34,2%)
<i>Neurocirugía</i>	6 (5%)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes)

El personal obrero que participo estuvo representado por 1 portero (20%), 1 camillero (20%), 2 camareras (40%) y 1 Personal administrativo (20%), para un total de 5 individuos.

El personal médico estuvo conformado por 78 residentes (95,1%) y 4 especialistas (4,9%), para un total de 82 individuos (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de los individuos evaluados diferenciado por su ocupación.

		Total (n=82)
Personal Medico		Frecuencia
	<i>Residentes</i>	78 (95,1%)
	<i>Especialistas</i>	4 (4,9%)
		Total (n=5)
Personal Obrero		Frecuencia
	<i>Porteros</i>	1 (20%)
	<i>Camilleros</i>	1 (20%)
	<i>Camareras</i>	2 (40%)
	<i>Personal Administrativo</i>	1 (20%)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes)

En cuanto al desempeño en área COVID, 92 individuos (76,7%) refirieron trabajar en dicha área y 28 (23,3%) refirieron no desempeñarse en área COVID; por otro lado, 109 individuos (90,8%) refirieron contacto con casos confirmados por PCR-TR y 11 (9,2%) negaron el mismo.

Tabla 5. Áreas de desempeño de los individuos evaluados

		Total (n=120)
¿Se desempeña en área COVID?		
<i>Si</i>		92 (76,7%)
<i>No</i>		28 (23,3%)
Contacto con confirmados		
<i>Si</i>		109 (90,8%)
<i>No</i>		11 (9,2%)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes)

En la tabla 6, se pueden apreciar las características de los individuos agrupados por la presencia o no del síndrome de burnout de acuerdo al grupo etario y género. Se observa la

presencia de dicho síndrome de la siguiente manera: en el grupo etario menor de 30 años se ubican 8 individuos (66,7%), en el grupo de 31 a 35 años 3 individuos (25%), no hubo presencia de síndrome en el grupo de 36 a 40 años y 1 solo (8,3%) en el grupo mayor de 40 años, esto para un total de 12 individuos. En relación con los individuos que no presentaron el síndrome se observó: 53 sujetos (49,1%) en el grupo menor o igual a 30 años, 27 (25%) en el grupo de 31 a 35 años, 9 (8,3%) en el grupo de 36 a 40 años y 19 individuos (17,6%) en el grupo mayor de 41 años, con un valor de p de 0,529.

En el caso del género, se encontró presente el síndrome de burnout en 7 individuos del género masculino (58,3%) y 5 (41,7%) del género femenino; por otro lado, se encontró ausente en 52 sujetos del género masculino (48,1%) y 56 (51,9%) del género femenino, teniendo esta variación un valor de p de 0,503.

Tabla 6. Características de los individuos evaluados agrupados por la presencia o no del síndrome de Burnout.

	Síndrome de Burnout		Total (n=120)	Valor de p
	Presente (n=12)	Ausente (n=108)		
Edad				0,529
<i>Menor o igual a 30</i>	8 (66,7)	53 (49,1)	61 (50,8)	
<i>31 a 35</i>	3 (25)	27 (25)	30 (25)	
<i>36 a 40</i>	-	9 (8,3)	9 (7,5)	
<i>Mayor de 41</i>	1 (8,3)	19 (17,6)	20 (16,7)	
Género				0,503
<i>Masculino</i>	7 (58,3)	52 (48,1)	59 (49,2)	
<i>Femenino</i>	5 (41,7)	56 (51,9)	61 (50,8)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En relación a la nacionalidad, se evidencio presencia de burnout en 12 individuos venezolanos (100%) y no se reportó burnout en los extranjeros; de los venezolanos, no se reportó burnout en 90 individuos (83,3%), teniendo un valor de p de 0,125. En referencia al estado civil, se observaron 2 individuos (16,7%) con presencia de burnout en el grupo de Unión libre y 10 casos (83,3%) en el grupo de los solteros, no se observaron casos en casados (22 individuos que representan el 20,4%) o divorciados (6 individuos que representan el 5,6%); los individuos con burnout ausente del grupo de unión libre fueron de 16 (14,8%) y 64 (59,3%) en el grupo de los solteros. El valor de p para el cruce de estado civil con presencia de síndrome de burnout fue de 0,246 (Tabla 7).

Tabla 7. Características de los individuos evaluados agrupados por la presencia o no del síndrome de Burnout.

	Síndrome de Burnout		Total (n=120)	Valor de p
	Presente (n=12)	Ausente (n=108)		
Nacionalidad				0,125
<i>Venezolano</i>	12 (100%)	90 (83,3%)	102 (85%)	
<i>Extranjero</i>	-	18 (16,7%)	18 (15%)	
Estado civil				0,246
<i>Unión libre</i>	2 (16,7%)	16 (14,8%)	18 (15%)	
<i>Soltero</i>	10 (83,3%)	64 (59,3%)	74 (61,7%)	
<i>Casado</i>	-	22 (20,4%)	22 (18,3%)	
<i>Divorciado</i>	-	6 (5,6%)	6 (5%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En referencia al grado de instrucción, se observó que 100% de los casos de burnout se presentaron en individuos con grado de instrucción universitario; estando a su vez, ausente en los 4 individuos (3,7%) con grado de instrucción de bachillerato y en 104 individuos

(96,3%) con grado de instrucción universitario; siendo el valor de p fue de 0,498. En la ocupación, se evidencio presencia de burnout en 11 individuos del personal médico (91,7%) y 1 individuo del personal de enfermería (8,3%), no se encontró burnout en 71 médicos (65,7%), 30 enfermeros (27,8%), 1 trabajador de historias médicas (0,9%) y en 6 obreros (5,6%); siendo el valor de p para este cruce de 0,331 (tabla 8).

Tabla 8. Características de los individuos evaluados agrupados por la presencia o no del síndrome de Burnout.

	Síndrome de Burnout			Valor de p
	Presente (n=12)	Ausente (n=108)	Total (n=120)	
Grado de instrucción				0,498
<i>Bachillerato</i>	-	4 (3,7%)	4 (3,3%)	
<i>Universitario</i>	12 (100%)	104 (96,35)	116 (96,7%)	
Ocupación				0,331
<i>Médico</i>	11 (91,7%)	71 (65,7%)	82 (68,3%)	
<i>Enfermería</i>	1 (8,3%)	30 (27,8%)	31 (25,8%)	
<i>Historias médicas</i>	-	1 (0,9%)	1 (0,8%)	
<i>Obrero</i>	-	6 (5,6%)	6 (5%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En la tabla 9 se observa las áreas de desempeño de los individuos agrupados por la presencia o no del síndrome de burnout, evidenciándose la presencia del mismo de la siguiente manera: Emergencia de adultos 2 Individuos (16,7%), Medicina Interna 4 (33,3%), Cirugía general 2 (16,7%), Cardiología 1 (8,3%) y Neurocirugía (8,3%). La ausencia de burnout se reflejó de la siguiente manera: 39 individuos para la emergencia de adultos (36,1%), 29 en Medicina interna (26,9%), 12 en Cirugía general (11,1%), 8 Neumonología (7,4%), 7 en cardiología

(6,5%), Neurocirugía 5 (4,6%), 3 en Ortopedia y traumatología (2,8%), Nefrología 3 (2,8%), Toxicología 2 (1,9%); con un valor de p de 0,857.

Tabla 9. Áreas de desempeño de los individuos evaluados agrupados por la presencia o no del síndrome de Burnout.

	Síndrome de Burnout		Total (n=120)	Valor de p
	Presente (n=12)	Ausente (n=108)		
Servicio				0,857
<i>Emergencia de adultos</i>	2 (16,7%)	39 (36,1%)	41 (34,2%)	
<i>Medicina interna</i>	4 (33,3%)	29 (26,9%)	33 (27,5%)	
<i>Cirugía general</i>	2 (16,7%)	12 (11,1%)	14 (11,7%)	
<i>Neumonología</i>	2 (16,7%)	8 (7,4%)	10 (8,3%)	
<i>Cardiología</i>	1 (8,3%)	7 (6,5%)	8 (6,7%)	
<i>Neurocirugía</i>	1 (8,3%)	5 (4,6%)	6 (5%)	
<i>Ortopedia y traumatología</i>	-	3 (2,8%)	3 (2,5%)	
<i>Nefrología</i>	-	3 (2,8%)	3 (2,5%)	
<i>Toxicología</i>	-	2 (1,9%)	2 (1,7%)	
¿Se desempeña en área COVID?				0,388
<i>Si</i>	8 (66,7%)	84 (77,8%)	92 (76,7%)	
<i>No</i>	4 (33,3%)	24 (22,2%)	28 (23,3%)	
Contacto con confirmados				0,916
<i>Si</i>	11 (91,7%)	98 (90,7%)	109 (90,8%)	
<i>No</i>	1 (8,3%)	10 (9,3%)	11 (9,2%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Se observa, con respecto al desempeño en área COVID, que 8 individuos que refirieron laborar en la misma (66,7%) presentaron burnout, mientras que 4 individuos que no se desempeñan en dicha área presentaron burnout; se encontró ausente el burnout en 84 individuos que laboran en área COVID (77,8%) y 24 individuos que no laboran en área COVID (22,2%), el valor de p fue de 0,388. (tabla 9)

En cuanto al contacto con casos confirmados, 11 individuos que refirieron contacto presentaron síndrome de burnout (91,7%) y 1 solo individuo que negó contacto con caso confirmado presentó síndrome de burnout (8,3%). 98 individuos (90,7%) en contacto con casos confirmados y 10 sin contacto con casos confirmados (9,3%) no presentaron burnout, siendo el valor de p fue de 0,916 (tabla 9)

La tabla 10 muestra la ocupación de los individuos con relación al burnout, donde se observa 1 solo individuo de enfermería con burnout presente, en el personal médico se observa 10 (90,9%) residentes y 1 especialista (9,1%) con burnout presente, el resto de personal no presenta burnout, para esta relación el valor de p fue de 0,486.

Tabla 10. Ocupación de los individuos evaluados agrupados por la presencia o no del síndrome de Burnout.

	Síndrome de Burnout		Total (n=120)	Valor de p
	Presente (n=12)	Ausente (n=108)		
Personal de Enfermería	1 (3,2%)	30 (96,8%)	31	
Historias Médicas		1 (100%)	1	
Personal obrero			6	
<i>Portero</i>		1 (20%)		
<i>Camillero</i>		1 (20%)		
<i>Camarera</i>		2 (40%)		
<i>Personal administrativo</i>		1 (20%)		
Médico				0,486
<i>Residente</i>	10 (90,9%)	68 (95,8%)	78 (95,1%)	
<i>Especialista</i>	1 (9,1%)	3 (4,2%)	4 (4,9%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Tomando en cuenta que el personal que resulto diagnosticado con burnout estuvo conformado netamente por personal médico y de enfermería, se procedió a relacionarlos con las 3 dimensiones que lo conforman y a su vez con 3 rangos: bajo, medio y alto, tal como se aprecia en la tabla 11, se encontró significancia estadística entre el agotamiento emocional ($p=0,021$) y la despersonalización ($p=0,002$) en relación a la ocupación de médico en comparación al personal de enfermería de la emergencia de adultos del IAHULA.

Tabla 11. Síndrome de Burnout y sus dominios en personal médico y de enfermería.

	Ocupación			Valor de p
	Enfermera (n=31)	Médico (n=82)	Total (n=113)	
Burnout				0,117
<i>Ausente</i>	30 (96,8%)	71 (86,6%)	101 (89,4%)	
<i>Presente</i>	1 (3,2%)	11 (13,4%)	12 (10,6%)	
Agotamiento Emocional				0,021
<i>Alto</i>	4 (12,9%)	33 (40,2%)	37 (32,7%)	
<i>Intermedio</i>	11 (35,5%)	18 (22%)	29 (25,7%)	
<i>Bajo</i>	16 (51,6%)	31 (37,8%)	47 (41,6%)	
Despersonalización				0,002
<i>Alto</i>	2 (6,4%)	26 (31,7%)	28 (24,7%)	
<i>Intermedio</i>	7 ((22,6%)	26 (31,7%)	33 (29,2%)	
<i>Bajo</i>	22 (71%)	30 (36,6%)	52 (46,1%)	
Realización Personal				0,355
<i>Bajo</i>	18 (58,1%)	37 (45,1%)	55 (48,6%)	
<i>Intermedio</i>	5 (16,1%)	23 (28%)	28 (24,8%)	
<i>Alto</i>	8 (25,8%)	22 (26,9%)	30 (26,6%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En la tabla 12 se realizó un análisis bivariado entre los dominios de agotamiento personal, despersonalización y realización personal y cada una de las características sociodemográficas de los individuos. Se observó significancia estadística entre género y agotamiento emocional ($p=0,092$); la edad y agotamiento emocional ($p=0,018$), el estado civil y el agotamiento emocional ($0,050$), grado de instrucción y agotamiento emocional ($p=0,067$), entre la ocupación y la despersonalización ($p=0,050$), entre el servicio y agotamiento emocional ($p=0,004$) y despersonalización ($p=0,050$), el resto de asociaciones no tuvo significancia estadística.

Tabla 12. Análisis bivariado de la relación entre los dominios de la escala de Burnout y las diferentes características de los individuos.

	Dominios de la escala		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Género	0,092	0,279	0,645
Edad	0,018	0,140	0,429
Nacionalidad	0,737	0,913	0,871
Estado civil	0,050	0,579	0,664
Grado de instrucción	0,067	0,417	0,464
Ocupación	0,85	0,010	0,342
Personal obrero	0,151	0,151	0,441
Médico	0,808	0,720	0,75
Servicio	0,004	0,050	0,177
Desempeño en área COVID	0,320	0,302	0,868
Contacto con pacientes confirmados	0,374	0,871	0,480

Se muestran los valores de p. La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En relación al agotamiento emocional, 38 individuos (31,6%) reportaron un nivel alto, 32 (26,7%) un nivel intermedio, y 50 (41,7%) un nivel bajo, al relacionarlo con la edad se observa que en el grupo menor o igual a 30 años reportó un nivel alto de agotamiento emocional en 24 individuos que representa el 63,2%, en comparación con los demás grupos etarios, en el grupo de 31 a 35 años 9 individuos (23,7%) reportaron niveles altos, en el de 36 a 40 años: 2 individuos (5,3%), y en el mayor o igual a 41: 3 individuos, lo cual fue estadísticamente significativo con un valor de p de 0,016 (tabla 12).

Por otro lado, se observa que el servicio de medicina interna presentó niveles alto de agotamiento emocional con 11 individuos (28,9%), y el servicio de Emergencia de adultos el nivel intermedio con 15 individuos (46,9%) y nivel bajo con 20 individuos (39,2%) seguido por medicina interna con 17 individuos para un 33,3%, siendo esto estadísticamente significativo con un valor de p de 0,004.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 13. Análisis de la relación entre el agotamiento emocional y la edad o área de desempeño de los sujetos estudiados.

	Agotamiento emocional			Valor de p
	Alto (n=38)	Intermedio (n=32)	Bajo (n=50)	
Edad				0,018
<i>Menor o igual a 30</i>	24 (63,2%)	12 (37,5%)	25 (50%)	
<i>31 a 35</i>	9 (23,7%)	10 (31,3%)	11 (22%)	
<i>36 a 40</i>	2 (5,3%)	6 (18,8%)	1 (2%)	
<i>Mayor o igual a 41</i>	3 (7,8%)	4 (12,5%)	13 (26%)	
Servicio				0,004
<i>Medicina interna</i>	11 (28,9%)	5 (15,6%)	17 (33,3%)	
<i>Emergencia de adultos</i>	6 (15,8%)	15 (46,9%)	20 (39,2%)	
<i>Neumonología</i>	6 (15,8%)	1 (3,1%)	3 (5,9%)	
<i>Cirugía general</i>	5 (13,2%)	3 (9,4%)	6 (11,8%)	
<i>Cardiología</i>	5 (13,2%)	2 (6,3%)	1 (2%)	
<i>Ortopedia y traumatología</i>	1 (2,6%)	-	2 (3,9%)	
<i>Nefrología</i>	-	3 (9,4%)	-	
<i>Toxicología</i>	-	2 (6,3%)	-	
<i>Neurocirugía</i>	4 (10,5%)	1 (3,1%)	1 (2%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

La tabla 14 hace referencia a la relación entre la despersonalización y la edad o servicio, apreciándose que 29 sujetos (24,2%) presentaron un nivel alto de despersonalización, 33 (27,5%) un nivel intermedio, y 58 (48,3%) un nivel bajo; al relacionarlo con la edad se observa que el grupo etario con mayor nivel de despersonalización fue el de menor o igual a 30 años con 17 individuos (58,6%), lo cual también aplico para el nivel bajo con 24 sujetos (41,4%), obteniendo un valor de p de 0,140. En tanto a la relación entre despersonalización

y el servicio en que se desempeñan laboralmente, se observó el mayor número de casos en el servicio de Medicina Interna con 9 (31,1%), seguido por los servicios de Neumonología, Cirugía General y Emergencia de Adultos con 4 sujetos (13,8%) cada uno; el mayor número de casos con nivel bajo de despersonalización, se encontró en el servicio de Emergencia de adultos con 28 individuos (48,3%), presentando significancia estadística con un valor de p de 0,050.

Tabla 14. Análisis de la relación entre la despersonalización y la edad o área de desempeño de los sujetos estudiados.

	Despersonalización			Valor de p
	Alto (n=29)	Intermedio (n=33)	Bajo (n=58)	
Edad				0,140
Menor o igual a 30	17 (58,6%)	20 (60,6%)	24 (41,4%)	
31 a 35	9 (31,1%)	8 (24,2%)	13 (22,4%)	
36 a 40	1 (3,4%)	2 (6,1%)	6 (10,3%)	
Mayor o igual a 41	2 (6,9%)	3 (9,1%)	15 (25,9%)	
Servicio				0,050
Medicina interna	9 (31,1%)	8 (24,2%)	16 (27,6%)	
Neumonología	4 (13,8%)	3 (9,1%)	3 (5,2%)	
Cirugía general	4 (13,8%)	5 (15,2%)	5 (8,6%)	
Nefrología	3 (10,4%)	-	-	
Emergencia de adultos	4 (13,8%)	9 (27,3%)	28 (48,3%)	
Cardiología	2 (6,9%)	3 (9,1%)	3 (5,2%)	
Ortopedia y traumatología	1 (3,4%)	1 (3,0%)	1 (1,7%)	
Toxicología	1 (3,4%)	-	1 (1,7%)	
Neurocirugía	1 (3,4%)	4 (12,1%)	1 (1,7%)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En cuanto a la dimensión realización personal, se observó un total de 33 casos (27,5%) con nivel alto, 28 (23,3%) con nivel intermedio y 59 (49,2%) con nivel bajo de realización, con

respecto a la edad se observó que el grupo menor o igual a 30 años presentó el mayor número de individuos 16 (48,5%); el mayor porcentaje con realización baja se encontró en el grupo etario menor o igual a 30 con 27 casos (45,8%), seguido del grupo de 31 a 35 años. Por otro lado, en la relación entre los servicios y la realización personal, la emergencia de adultos reportó la siguiente distribución: 13 (39,4%) para alto, 5 (17,9%) intermedio y 23 (39%) para baja realización personal, seguido del servicio de medicina interna con 10 (30,4%) para nivel alto, 9 (32,1) para nivel intermedio y 14 (23,7%) con nivel bajo. No hubo significancia estadística y los valores de p fueron de 0,43 para la edad y 0,177 para el servicio (tabla 15).

Tabla 15. Análisis de la relación entre la realización personal y la edad o área de desempeño de los sujetos estudiados.

	Realización personal			Valor de p
	Alto (n=33)	Intermedio (n=28)	Bajo (n=59)	
Edad				0,43
<i>Menor o igual a 30</i>	16 (48,5%)	18 (64,3%)	27 (45,8%)	
<i>31 a 35</i>	7 (21,2%)	7 (25%)	16 (27,1%)	
<i>36 a 40</i>	2 (6,1%)	2 (7,1%)	5 (8,5%)	
<i>Mayor o igual a 41</i>	8 (24,2%)	1 (3,6%)	11 (18,6%)	
Servicio				0,177
<i>Emergencia de adultos</i>	13 (39,4%)	5 (17,9%)	23 (39%)	
<i>Medicina interna</i>	10 (30,4%)	9 (32,1%)	14 (23,7%)	
<i>Cirugía general</i>	3 (9,1%)	4 (14,3%)	7 (11,8%)	
<i>Neumonología</i>	1 (3%)	4 (14,3%)	5 (8,5%)	
<i>Neurocirugía</i>	1 (3%)	-	5 (8,5%)	
<i>Ortopedia y traumatología</i>	1 (3%)	-	2 (3,4%)	
<i>Toxicología</i>	-	-	2 (3,4%)	
<i>Cardiología</i>	3 (9,1%)	4 (14,3%)	1 (1,7%)	
<i>Nefrología</i>	1 (3%)	2 (7,1%)	-	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

En la tabla 16, se observa un análisis descriptivo entre la ocupación, edad, servicio y las 3 dimensiones que conforman el síndrome de burnout, se incluyó en la ocupación solo al personal donde se observaron casos de burnout, en el resto de las variables se tomó a la población completa. Se aprecia significancia estadística en relación a la ocupación y el agotamiento emocional y la despersonalización con un valor de p de 0,022 y 0,0001 respectivamente; también se encontró significancia estadística en la correlación entre la despersonalización y el servicio con un valor de p de 0,029. Se calculó mediana y la significancia estadística a través de pruebas no paramétricas ya que la distribución de la población fue no Gaussiana.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 16. Análisis descriptivo de la relación entre los dominios de la escala de Burnout y la edad o área de desempeño de los sujetos estudiados.

	n	Dominios de la escala		
		Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Ocupación		p= 0,022	p= 0,0001	p= 0,667
<i>Enfermería</i>	31	18 (1 - 44)	3 (0 - 13)	30 (2 - 48)
<i>Médico</i>	82	23 (4 - 50)	8 (0 - 30)	34 (1 - 48)
<i>Total</i>	113	21 (1 - 50)	6 (0 - 30)	34 (1 - 48)
Edad		p= 0,291	p= 0,023	p= 0,826
<i>Menor o igual a 30</i>	61	23 (1 - 46)	7 (0 - 26)	34 (1 - 47)
<i>31 a 35</i>	30	20 (5 - 50)	6 (0 - 30)	33 (5 - 48)
<i>36 a 40</i>	9	23 (15 - 39)	4 (0 - 11)	32 (11 - 42)
<i>Mayor a 40</i>	20	15 (5 - 47)	2 (0 - 17)	33 (2 - 48)
<i>Total</i>	120	21 (1 - 50)	6 (0 - 30)	34 (1 - 48)
Servicio		p= 0,364	p= 0,029	p= 0,659
<i>Medicina interna</i>	33	20 (4 - 47)	6 (0 - 24)	35 (4 - 48)
<i>Neumonología</i>	10	30 (13 - 39)	8 (2 - 15)	32 (6 - 44)
<i>Cirugía general</i>	14	22 (5 - 44)	8 (0 - 17)	34 (1 - 46)
<i>Ortopedia y traumatología</i>	3	18 (13 - 50)	8 (3 - 30)	11 (6 - 44)
<i>Nefrología</i>	3	20 (20 - 23)	10 (10 - 10)	34 (34 - 43)
<i>Toxicología</i>	2	22 (21 - 23)	8 (4 - 11)	25 (17 - 32)
<i>Cardiología</i>	8	29 (12 - 46)	9 (0 - 26)	37 (24 - 42)
<i>Emergencia de adultos</i>	41	20 (1 - 44)	3 (0 - 19)	30 (2 - 48)
<i>Neurocirugía</i>	6	28 (18 - 43)	8 (0 - 17)	31 (22 - 41)
<i>Total</i>	120	21 (1 - 50)	6 (0 - 30)	34 (1 - 48)

Se muestra la mediana y el rango intercuartilico. La significancia estadística se evaluó con la prueba de Kruskal Wallis. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

DISCUSION

De los 120 trabajadores de salud encuestados, el 49,2% se corresponde al género masculino y el 50,8% al género femenino, teniendo similitud con los estudios de García (12) donde se observó que el género femenino correspondía al 57%, y el de Parra (7), con 60%, ambos estudios se realizaron al personal de enfermería y a los médicos residentes del IAHULA respectivamente. No hay presencia de significancia estadística para la correlación entre el género y la presencia de síndrome de burnout, concordando con lo encontrado por García (12).

Se observa que los trabajadores de salud de la emergencia de adultos del IAHULA, al distribuirse en grupos etarios, el 50,8% pertenece al grupo de menor o igual 30 años, teniendo la población una mediana de 30 años; seguido por el grupo de 31 a 35 años con 25%; conservando este hallazgo similitud a los estudios de Ramírez y Angulo (9) ,quienes obtuvieron un promedio de $33,26 \pm 8,385$ años y de García (12) con 45% de la muestra perteneciente al grupo etario de 29 a 33,4 años y de Parada M, et al. (13) con 43,27% menores a 40 años.

En relación a la edad, el 66,7% de los casos de síndrome de burnout se encuentra en el grupo etario menor o igual a 30 años, sin correlación alguna entre edad y la presencia de burnout, sin embargo, si existe relación con significancia estadística, entre la edad y dimensiones del burnout, como el agotamiento emocional y la despersonalización, no mostrando dicha significancia con la realización personal; estos hallazgos que difieren del estudio de García (12) donde no hubo ninguna correlación entre la edad ni las dimensiones que componen el síndrome de burnout.

En lo que respecta a la nacionalidad, los sujetos evaluados de la emergencia de adultos del IAHULA están conformados por 102 (85%) de venezolanos y 18 (15%) de extranjeros, no ahondándose en la procedencia exacta de los mismos; estos resultados son similares a los estudios de Parra (7), con 83,72% venezolanos y 16,28% de extranjeros; y a los de García (12) con 228 (82,7%) venezolanos y 44 Extranjeros (17,3%); no se observó correlación entre la presencia de Burnout y la nacionalidad en este estudio, ni entre la nacionalidad y las 3 dimensiones que conforman el síndrome de burnout, hallazgo que se evidencio igualmente el estudio de García (12).

Con respecto al estado civil, el 61,7 % (74 individuos) refiere estar soltero lo cual también, se observa en el estudio de Parra (7) con 128 médicos solteros (59%), Ramírez y Angulo (9) con 54% enfermeros solteros de la emergencia de adultos del IAHULA; se observa también que, de los 12 participantes con diagnóstico de síndrome de burnout de este estudio, el 83,3% (10) refiere ser solteros, sin embargo, no hay correlación entre la presencia del síndrome y el estado civil. Por otro lado, si se evidencia correlación entre el estado civil y el agotamiento emocional, concordando con lo citado por García (12) según Mingote y Cols.

En relación al grado de instrucción, se observa que 12 (100%) de los diagnosticados con síndrome de burnout, es decir 96,7% del total, refieren tener título universitario, en los otros estudios consultados no se observa este parámetro, ya que solamente se trabajó con personal médico y personal de enfermería (licenciatura y técnico superior universitario). No se observa correlación significativa entre el grado de instrucción y la prevalencia de síndrome de burnout, sin embargo, si hay correlación entre el agotamiento emocional y el grado de instrucción.

Por otro lado, el 68,3% (82) del personal de salud evaluado corresponde a los médicos, tanto residentes como especialistas, el 25,8% al personal de enfermería (31%); de los cuales tienen diagnóstico de síndrome de burnout, 11 médicos (91,7%) y 1 enfermero (8,3%); en las investigaciones consultadas no se estudiaron ambos elementos a la vez.; en este estudio no se observa correlación entre la ocupación y la presencia de síndrome de burnout, pero si correlación entre la ocupación y el agotamiento emocional y la despersonalización. No hay correlación alguna entre desempeñarse como médico especialista o como médico residente y la presencia de burnout, difiriendo por lo descrito por D'Anello (8) (18) en donde se observa que el grupo de residentes presenta mayores índices de estrés.

El 34,2%, es decir 41 individuos, correspondían al servicio de Emergencia de Adultos y 33 individuos (27,5%) al servicio de Medicina Interna, los cuales son los principales en desempeñarse en el área preparada por las autoridades del IAHULA como aislamiento para los pacientes diagnosticados con COVID 19, ya sea como área de cuidados básicos e intermedias, como de pacientes críticos; seguidos por el servicio de Neumonología quien tiene un papel de interconsultantes de las áreas nombradas, y manejo del área de triaje respiratorio donde se evalúa a la población general; dado que la configuración general de la emergencia, es prácticamente virtual la separación entre el área COVID y no COVID, ya que se encuentra altamente comunicada lo que implica que servicios interconsultantes entren en área COVID, lo cual se pudo apreciar al realizar la corrección de las encuestas, ya que muchos servicios que no laboraban en área de aislamiento refirieron así hacerlo.

Se observa que, de los 12 casos diagnosticados con síndrome de burnout, 2 pertenecen a la emergencia de adultos, siendo 1 especialista y 1 enfermero; con el mayor porcentaje siendo de los residentes el servicio de medicina interna con 33%; en los estudios revisados no se

realizó a división de la población por servicios, sino por departamentos (clínico, quirúrgico, obstétrico o pediátrico); lo cual no permite comparar. No se encuentra correlación entre el servicio y la presencia o no de síndrome de burnout, no obstante si se encuentra relación significativa entre el servicio y el agotamiento emocional, y despersonalización.

En este sentido, los servicios con mayor agotamiento emocional correspondieron a 11 residentes de medicina interna (28,9%) 6 trabajadores de la emergencia de adultos (15,8%) y 6 residentes de neumología (15,8%), esto concuerda con lo observado en el estudio de García (2018) donde el servicio de Medicina Interna tuvo a 29 residentes (34,5%), y Neumonología 4 residentes (13,8%). Por otra parte, este hallazgo en el personal de la emergencia de adultos se asemeja con la investigación de D'Anello (8) (18) y Parada (13) con 17 individuos y 16,35%; pero difiere del de Ramírez y Angulo (9) donde solo 4 (4,6%) presentaban agotamiento emocional alto.

A su vez, se observan los mayores niveles de despersonalización en Medicina Interna, con 9 residentes (31,1%), Neumonología, Emergencia de Adultos y Cirugía General con 4 individuos cada uno, para un 13,8% en cada caso; resultados que difieren del estudio de García (12) con 20 residentes de medicina interna (20,8%), Neumonología 3 residentes (3,1%) observando un incremento del agotamiento personal en relación al año 2017-2018. La despersonalización porcentualmente se observó mayor, en comparación al estudio de Ramírez y Angulo (9) quienes solo tenían un caso para un 1,1%; y menor, que en el estudio de Parada (13), donde se encontraron altos niveles en 23 individuos correspondientes a un 22,1%.

Para la realización personal, en este estudio la mayor cantidad de casos con nivel alto se observan en el servicio de emergencia de adultos con 13 individuos (39,4%) y medicina

interna con 10 residentes (30,4%), sin embargo, estos mismos servicios son en los que se observaron la mayor cantidad de casos con niveles bajos de realización personal en 23 (39%) y 14 (23,7%) respectivamente.

No se encontró, al momento de estudio, revisión bibliográfica con la cual se pueda realizar comparación al respecto del desempeño en área COVID y su relación con la presencia de síndrome de burnout; se observa que en aquellos que se realizó diagnóstico de burnout 8 (66,7%) se desempeñan en área COVID y 4 (33,3%) no; y no hay significancia estadística en esta diferencia.

Tampoco se encuentran referencias bibliografías para la relación entre la presencia de burnout y el contacto con pacientes confirmados por PCR-RT; en este estudio se evidencia que 11 de los casos diagnosticados con burnout refirieron haber tenido contacto, para lo cual no existe correlación estadística.

Por último, el total de casos diagnosticados de burnout, conformados por agotamiento emocional y despersonalización alta y realización personal baja, fue de 12 casos; actualmente este valor corresponde al 10% de la muestra total lo cual se correlaciona con los estudios de Parada (13), quien describe 14 trabajadores (13,5%), Ramírez y Angulo (9) quienes describen 11 individuos (12,6%); pero difiere de los resultados de Flores quien describe a 7 médicos (3,26%).

CONCLUSIONES

De los 120 trabajadores de la emergencia de adultos del IAHULA incluidos en este trabajo, solo 12 cumplen con las 3 dimensiones que conforman el síndrome de burnout: agotamiento emocional y despersonalización alta y realización personal baja; esto corresponde al 10% de la muestra estudiada, y se asemeja a los resultados de varios estudios realizados en dicha área con anterioridad, lo que nos permite inferir que se mantiene la misma prevalencia en la actualidad que en otros periodos de tiempo, a pesar de la emergencia sanitaria suscitada por la pandemia por COVID 19.

No se encontró correlación significativa entre las variables sociodemográficas y la presencia de síndrome de burnout, sin embargo, si se encontró significancia estadística entre edad, genero, grado de instrucción, servicio de desempeño y agotamiento emocional, lo cual permite expresar que, en la población estudiada, ser más joven, del género femenino y desempeñarse en el servicio de medicina interna representan mayor agotamiento emocional. También se observó correlación entre despersonalización, ocupación y servicio en que se labora, reflejándose que desempeñarse como médico y en el servicio de medicina interna representa un factor de riesgo para presentar mayor despersonalización. No hubo significancia estadística entre ninguna variable y la realización personal, pudiendo estar los factores que influyen en el sentimiento de realización personal, por fuera de las variables estudiadas.

Ser parte del servicio de Medicina Interna representa un factor de riesgo para 2 de las 3 dimensiones de síndrome de burnout, estando la tercera sometida a factores no establecidos dentro de este estudio; esta situación llama la atención y requiere mayor investigación, para poder definir qué elementos de la labor realizada por los médicos residentes pertenecientes

al servicio de medicina interna del IAHULA, influyen más sobre dichas dimensiones; para así poder establecer estrategias óptimas para evitar la aparición del síndrome de burnout, y a su vez las consecuencias negativas de este en la atención óptima de salud a la población merideña.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFIA

1. Rubio Jimenez JC. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria Badajoz: Universidad de Extremadura; 2003.
2. Abida S, Sharma R, Mahbub H, Sudip B, Neetu P. Burnout Among Healthcare Providers During COVID-19 Pandemic: Challenges and Evidence-based Interventions. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 5. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. Ramirez J, Castro D, Lerma C, Yela F, Escobar F. Consecuencias de la pandemia covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Revista Colombiana de Anestesiología. 2020 Septiembre.
4. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. ANESTHESIA & ANALGESIA. 2020 Abril.
5. Volcanes I, Rivas F. Síndrome de Burnout en médicos de familia del estado Mérida, Venezuela. Año 2007. MedULA. 2010; 19(29-35).
6. Ministerio de Sanidad de España. Ministerio de Sanidad de España. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 18. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>.

7. Parra Urdaneta PM. Síndrome de Desgaste profesional (Burnout) en médicos cursantes de postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes Mérida: Universidad de Los Andes; 2012.
8. D'Anello S, Marcano E, Guerra JC. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2003; 9(1-4).
9. Ramirez M, Angulo L. Síndrome de Burnout y Resiliencia en el personal de enfermería de la emergencia adulto, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Segundo Trimestre 2017. GICOS. 2017; 2(12-25).
10. Cabello R L, D'Anello K S. Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de Los Andes. MedULA, Revista de Facultad de Medicina. 2004; 10(1-4).
11. Kurusis S. Burnout en médicos residentes del postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay. Revista Electronica de Investigación y Postgrado. 2015; 4(1-24).
12. García Gómez JF. Síndrome de Burnout en los estudiantes de especialidades clínicas quirúrgicas del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en el estado Mérida Mérida; 2018.
13. Parada ME, Moreno R, Mejías M Z, Rivas F A, Rivas F F, Cerrada S , et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto

Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005.
Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005 Enero-Junio; 23(1).

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 11. Once ed.; 2019.
15. Barraza Macías A. Estrés Académico y Burnout Estudiantil. Análisis de su relación en alumnos de licenciatura. Psicogente. 2009 Diciembre; 12 (22)(272-283).
16. Shanalfelt T. Burnout in anesthesiology: a call action. Anesthesiology. 2011 Enero; 114(1-2).
17. Ayuso Marente JA. Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. Revista Iberoamericana de Educación. ;((ISSN: 1681-5653)).
18. D'Anello K S. Investigación en estrés y Síndrome de Desgaste Profesional (burnout) en profesionales de la salud. In Esqueda L, Escalante G, D'Anello K S, Barreal Y, D'Orazio AK. Aportes a la Psicología Social de la Salud. Primera ed. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2011. p. 339.
19. Anabella MP. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010;(112).
20. Gómez T. El agotamiento del profesional sociosanitario. Revista de Actualidad Sociosanitaria. 2003 Enero;(2).

21. Dávila JE, Romero PC. Relación Entre El Síndrome Del Burnout Y La Percepción Sobre el Clima Organizacional En Médicos del Area de Emergencia Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2010.
22. Chirinos H, Fuenmayor H, Galea S, Sanchez E. Propuesta De Estrategias Organizacionales Para El Manejo Del Síndrome De Burnout En Los Profesionales De Salud Que Laboran En Las Clínicas Pdvsa, Distrito Oriente. Maturín. Estado Monagas, Año 2008.: CARIBBEAN INTERNATIONAL UNIVERSITY NETHERLANDS ANTILLES; 2008.
23. Quiceno JM, Vinaccia S. BURNOUT: “SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT). Acta Colombiana de Psicología. 2008; 10(2).
24. Torres EF, El-Sahili González LF, Gutierrez V. Análisis Del Burnout Y Sus Escalas De Medición. Praxis Investigativa. 2019 Enero-Junio; 11(20).
25. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry. 2020.
26. Terrones Rodriguez JF, Cisneros Perez V, Arreola Rocha JdJ. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54 (2)(242-8).

ANEXO 1

**SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA EMERGENCIA DE ADULTOS DEL INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

El presente estudio tiene como finalidad establecer la prevalencia de Síndrome de Burnout en el Personal de salud De La Emergencia De Adultos Del Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes. Esta información será manejada de forma anónima.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Marque con Una X la respuesta en la casilla correspondiente

1. Edad: _____ Años
2. Género: Masculino: _____ Femenino: _____
3. Nacionalidad: venezolano _____ Extranjero _____
4. Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Unión Libre _____ Viudo _____
5. Grado de Instrucción: Básica _____ Bachillerato _____ Universitario _____
6. Ocupación: Personal Obrero _____ En caso de especifique _____ Técnico _____
Enfermería: _____ Historias Médicas: _____ Otro: _____
Personal Médico: Interno: _____ Residente: _____ Especialista: _____ Servicio/Postgrado: _____

7. ¿Se desempeña en área COVID?: Si: _____ No: _____
8. ¿Ha tenido contacto con pacientes Confirmados por PCR TR?: Si: _____ No: _____

ANEXO 2

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL: MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES

INSTRUCCIONES

A continuación, usted encontrara una serie de frases numerada. Responder **a todas** es muy importante. No hay respuestas verdaderas o falsas, buenas o malas. Solamente hay respuestas sinceras. Trate de responder de la manera más **SINCERA** posible.

Lea Cuidadosamente cada enunciado y marque las casillas **con una (X)** a la frecuencia correspondiente con sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. GRACIAS

	0. Nunca/ Ninguna vez	1. Casi Nunca/ Pocas veces al año	2. Algunas Veces/ Una vez al mes o menos	3. Regularmente/ pocas veces al mes	4. Bastantes Veces/ Una vez por semana	5. Casi Siempre/ Pocas veces a la semana	6. Siempre/ Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Creo que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy energético.							
13. Me siento frustrado con mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado.							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

www.bdigital.ula.ve