

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Tesis de grado

ESTRÉS Y BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD

Tesista

Marcelo Maximiliano Martínez

Tutora

Lic. Valeria Pedrón

Octubre 2022

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract	4
1. Introducción	5
2. Estado del arte	6
3. Estrés: Conceptualización y teorías.....	10
3.1. Modelos basados en el estímulo (Aproximación desde la ingeniería).....	12
3.2. Modelos basados en la respuesta (aproximación fisiológica).....	14
3.3. Modelos interaccionales y transaccionales (aproximación psicológica).....	15
4. El síndrome de Burnout	20
4.1. Fases del síndrome de Burnout.....	23
4.2. Consecuencias del SB	24
4.2.1. A nivel individual	25
4.2.2. A nivel organizacional.....	27
4.3. Factores asociados al Síndrome de Burnout.....	27
4.4. Posibles estrategias de prevención e intervención.....	29
4.4.1. Estrategias de intervención a nivel individual.....	30
4.4.2. Estrategias de intervención a nivel social	31
4.4.3. Estrategias de intervención a nivel organizacional	32
5. Objetivos	33
5.1. Objetivo general.....	33
5.2. Objetivos específicos.....	33
6. Materiales y métodos	33
6.1. Instrumentos	34
6.2. Procedimiento.....	35
7. Resultados.....	35
8. Conclusiones	44
9. Bibliografía	47

Resumen

El presente trabajo está referido a la coyuntura actual de la pandemia que viene azotando al mundo desde 2019. Estamos cursando el tercer año de esta situación, con todas las modificaciones que ello implicó para nuestra vida cotidiana y nuestra salud física y mental. Sobre todo, para el personal de salud que fueron quienes estuvieron y siguen estando en la primera fila de lucha contra este virus, en lo que se puede inferir como el epicentro de las fuentes de estrés, lidiando con la enfermedad, los protocolos, los pacientes, las muertes, su propia vida laboral y familiar, etc.

En esta investigación se describe de manera minuciosa todo lo referente al estrés y sus diferentes modelos teóricos entendiendo que la exposición a posibles fuentes de estrés de forma crónica conlleva el peligro de adquirir el Síndrome de Burnout. Es por ello, por lo que luego se establecen las bases teóricas del mismo, sus diferentes fases, los posibles factores de riesgo, sus consecuencias y las posibles estrategias conocidas de intervención y prevención para poder indagar sobre su posible existencia en un caso práctico.

En su parte final se expone todo lo referente a la investigación del caso, realizando un estudio en el personal que trabaja en un sanatorio de la ciudad de Buenos Aires para poder medir la existencia o no de SB en ellos, la presencia del síndrome se evaluó mediante el cuestionario MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos, considerando como prevalencia de Burnout niveles altos (bajo en el caso de RP), en al menos una de las dimensiones del instrumento. Pudimos observar que el 28,85% presenta niveles altos de Agotamiento Emocional, un 19,2% puntúa alto en Despersonalización y un 61,5% presenta una baja Realización Personal. Además, el 71,15% de los trabajadores presenta un puntaje elevado en alguna de las escalas, de ellos el 42,31% lo hace en una sola, el 19,23% en dos y el 9,62% en las tres escalas siendo estos los casos que se consideran más gravemente afectados.

Palabras clave: Estrés, Burnout, Trabajadores de la salud, Pandemia, Prevención e intervención.

Abstract

This paper refers to the current situation of the pandemic that has been sweeping the world since 2019. We are in the third year of this situation, with all the changes that it has implied for our daily lives and our physical and mental health. Above all, for the health personnel who were and continue to be in the front line of the fight against this virus, in what can be inferred as the epicenter of the sources of stress, dealing with the disease, protocols, patients, deaths, their own work and family life, etc.

In this research, everything related to stress and its different theoretical models is described in detail with the understanding that exposure to possible sources of stress in a chronic way carries the danger of acquiring Burnout Syndrome. For this reason, the theoretical bases of this syndrome, its distinct phases, the possible risk factors, its consequences and the possible known strategies of intervention and prevention are established to be able to investigate its possible existence in a practical case.

The final part of the paper explains everything related to the investigation of the case, carrying out a study on the personnel working in a sanatorium in the city of Buenos Aires in order to measure the existence or not of BS in them, the presence of the syndrome was evaluated by means of the MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire, aimed at human services professionals, considering as prevalence of Burnout high levels (low in the case of RP), in at least one of the dimensions of the instrument. We were able to observe that 28.85% presented high levels of Emotional Exhaustion, 19.2% scored high in Depersonalization and 61.5% presented low Personal Accomplishment. In addition, 71.15% of the workers had a high score on one of the scales, 42.31% of them on only one, 19.23% on two and 9.62% on all three scales, these being the cases considered to be the most severely affected.

Key words: *Stress, Burnout, Health care workers, Pandemic, Prevention and intervention.*

1. Introducción

Durante las últimas décadas hemos vivenciado modificaciones en el ámbito laboral que afectan al modo en el cual vivimos en la actualidad. Desde comienzos del siglo XXI tanto los contextos como las actividades laborales, las relaciones que surgen de los mismos, los mercados y la propia organización laboral continúan transformándose profundamente, produciendo así nuevos riesgos psicosociales y también diferentes modos de desarrollarse tanto de forma personal como social.

Al meternos de lleno en la propia coyuntura actual no podemos obviar el hecho de que vivimos momentos de incertidumbre tanto a nivel social general, como específicamente en el área científica, enfrentándonos a nuevos retos a partir de una primera experiencia como lo es una pandemia a nivel mundial. No se puede desconocer las modificaciones a las que se ha visto sometida la vida cotidiana, en sus diferentes aspectos (social, laboral, vincular, etc.) a partir de que se notificara, el 31 de diciembre de 2019, a la oficina de la OMS en China el primer caso de neumonía de causa desconocida, ocurrida en la ciudad de Wuhan. (OMS, 2019)

Desde ese día el virus del COVID-19 se ha propagado teniendo un crecimiento exponencial en lo que respecta a contagios, extendiéndose rápidamente en una escala global que hasta hoy en día no se ha podido controlar y que ha afectado a todos los continentes provocando millones de contagios por día e innumerables muertes por todo el globo, llevando al colapso a los servicios sanitarios de diferentes países alrededor del planeta. (WHO, 2021)

Específicamente en nuestro país, la crisis sanitaria arribó en un momento de fragilidad económica y social, a poco más de cien días de que asumiera un nuevo gobierno. Nuestro contexto estaba signado por un alto nivel inflacionario, la renegociación de la deuda pública y acusaba un piso de recesión dentro del mercado laboral con una tasa de desempleo por encima de los dos dígitos (Ernst, Mourelo, Pizzicannella, Rojo & Romero, 2020), sin contar con la precarización laboral y de pobreza y demás índices que no vienen al caso nombrar en este trabajo. Las diferentes medidas tomadas por el gobierno tanto de distanciamiento (en pos de cuidar la salud) como de posibilidad de

realizar actividades laborales recrudesció la situación del mercado laboral dejando un panorama preocupante para los trabajadores en general.

Bajo este contexto quienes no han cesado en sus actividades, sino que han visto multiplicadas sus tareas, con mayor cantidad de trabajo, aumento en la carga horaria, con gran incremento del número de pacientes, sumado a la cantidad de nuevos protocolos que han tenido que llevar a cabo, son los trabajadores de la salud. Podríamos pensar que todos estos factores hacen que el personal sanitario sea más propenso (que la población en general) a sufrir más problemas relacionados con el estrés como consecuencia de la pandemia de COVID-19. (Da Silva & Neto, 2021).

Por ende, es la intención de este trabajo relevar información acerca de la existencia o no de SB en nuestros trabajadores del sistema de salud, tomando como referencia un caso actual. Diferentes estudios muestran que uno de los grupos más afectados por el estrés en su trabajo diario es el de los profesionales de enfermería (Cogollo & Bustamante, 2010; Romero, Mesa & Galindo, 2008), pero a pesar de esto entendemos que todo trabajador del área de salud ha visto multiplicadas las posibles fuentes de estrés existentes en su ámbito, sea cual fuere el puesto que desempeña, todo aquel que ha llevado a cabo su labor dentro de las áreas dedicadas a la atención de este virus puede ser igualmente susceptibles.

2. Estado del arte

La pandemia de COVID-19 ha disparado una gran cantidad de estudios que intentaron evaluar los factores de riesgo psicosociales en los trabajadores de la salud alrededor de todo el globo. Entendiendo que son estos quienes han enfrentado, desde el comienzo hasta la actualidad, en la primera línea al virus volviéndose más propensos, que la población en general, a sufrir problemas relacionados con el estrés como consecuencia. (Da Silva & Neto, 2021).

Dos meses después del inicio de la pandemia en Rumania, Dimitriu y otros (2020) realizaron un estudio con una muestra de médicos residentes, con edades entre 24 y 35 años. Se les aplicó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y se obtuvo como resultado una prevalencia de burnout en el 76% de los encuestados. Los autores

determinaron así una alta prevalencia del síndrome, planteando que la amenaza que supone el COVID-19 es un importante factor de estrés para el personal médico.

En otro estudio realizado en Alemania, Zerbini y colaboradores (2020) aplicaron a 75 enfermeras, 45 de ellas trabajando en primera línea contra el COVID-19 y 30 en ambientes habituales, las subescalas de depresión, ansiedad y estrés del Patient Health Questionnaire (PHQ) y la escala MBI. Los autores encontraron que aquellas enfermeras que trabajaban en contacto con el COVID-19 presentaban niveles más altos de estrés, agotamiento emocional y estado de ánimo depresivo; así como niveles más bajos de realización personal en comparación con aquellas que trabajan en los ambientes habituales.

Zhang y otros (2020) por otra parte, en su estudio realizado en China aplicaron una adaptación por la pandemia de COVID-19 del cuestionario de "impactos psicológicos del SARS" que habían desarrollado anteriormente, incluyendo factores estresantes (31 artículos), estrategias de afrontamiento (17 artículos) y medidas de apoyo efectivas (16 artículos), mientras que el Burnout se midió a través de la escala MBI. Participaron un total de 107 profesionales de enfermería que trabajaban en primera línea frente al COVID-19, los mismos contaban con una edad media de 30,28 años, se observó la presencia de burnout leve en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización en un 78,5% y un 92,5% respectivamente. Además, se pudo observar la presencia de burnout severo en la dimensión de baja realización personal en un 48,6%. Los autores notaron que aquellos profesionales con más horas de trabajo en las unidades de COVID-19 presentaban un mayor agotamiento emocional y despersonalización. En cuanto a la edad, aquellos de menor edad experimentaron un mayor agotamiento emocional y una menor realización personal.

En otro estudio realizado por Liu y otros (2020), también en China, se aplicó la escala de MBI y un cuestionario de estilos de afrontamiento a 880 profesionales de la salud. Se observó la presencia de burnout en el 73,98% de los casos. Obtuvieron valores altos en la dimensión de agotamiento emocional un 9,09%, en despersonalización un 50,57% y en baja realización personal un 56,59%. Por otra parte, lograron observar que trabajar en un área con alto riesgo de infección por COVID-19 y contar con estilos negativos de afrontamiento puede afectar a las tres dimensiones de burnout. Asimismo, observaron que realizar su trabajo en turnos nocturnos y el hecho de haber tenido síntomas compatibles con el COVID-19 podía aumentar el agotamiento emocional y la

despersonalización. Encontraron además que una mayor intensidad de trabajo correlaciona significativamente con un mayor agotamiento emocional y contar con mayor formación profesional superior puede disminuir la realización personal al realizar una misma tarea.

En Cuba, se realizó también un estudio sobre profesionales de enfermería, pertenecientes al Servicio de Cuidados Intensivos de adultos en un hospital de la provincia de Guantánamo, aplicando el MBI hallaron agotamiento emocional en el 75% de los profesionales, 56,2 % con nivel alto y un predominio del sexo femenino 84,3 %. Durán Rodríguez y otros (2021).

Entre los países que resultaron más afectados por la pandemia se encuentra Italia, donde Barelo y colaboradores (2020) realizaron un estudio buscando describir los niveles de Burnout y los síntomas físicos de los profesionales de la salud directamente involucrados en el cuidado de pacientes con COVID-19 en el pico de contagios en ese país, comparándolos a su vez por género y por rol ocupacional. Encontraron que un gran porcentaje de profesionales puntuaba alto en al menos una de las dimensiones del MBI: el 33,3% mostró una puntuación alta de agotamiento emocional y el 25% informó niveles altos de despersonalización, mientras que solo alrededor del 15 % reportaron bajos niveles de realización personal. El 45% de la muestra experimentó, con alta frecuencia, al menos un síntoma físico en las 4 semanas anteriores a ser encuestados. En particular, la mayoría de ellos respondieron haber experimentado con mucha frecuencia una mayor irritabilidad, cambios en los hábitos alimentarios, dificultad para conciliar el sueño y tensión muscular.

Lai y colaboradores (2020) a su vez realizaron un estudio transversal en varias regiones de China, con una muestra de 1257 trabajadores de la salud de 34 hospitales diferentes que se encontraban equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19. Con el fin de evaluar síntomas que pusieran en riesgo la salud mental de los mismos utilizaron la versión china de 9 ítems del Patient Health Questionnaire (PHQ), la versión de 7 ítems del Generalized Anxiety Disorder scale (GADs), el cuestionario de 7 ítems del Insomnia Severity Index (ISI), y la escala Impact of Event Scale–Revised (IES-R). Los autores afirman haber encontrado que una proporción considerable de trabajadores respondieron haber experimentado síntomas de depresión (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34%) y angustia (71,5%). Esto se daba especialmente en mujeres, en quienes realizaban trabajos de enfermería, en aquellos pertenecientes a Wuhan y en trabajadores

de atención médica de primera línea directamente involucrados en el diagnóstico y tratamiento a pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19, los mencionados fueron quienes informaron grados más severos de todas las mediciones de síntomas de salud mental que otros trabajadores de atención médica

En Singapur, tres meses después de que el COVID-19 fuera declarado una pandemia mundial, Tan y otros (2020) realizaron un estudio que incluía una muestra de médicos, enfermeras, profesionales de la salud, personal administrativo y de apoyo en 4 hospitales públicos y 1 servicio de atención primaria, a los cuales se les aplicó el inventario MBI. Los autores recibieron 3075 respuestas, encontrando que el 79,7 % y el 75,3 % de los encuestados alcanzaron los umbrales de Burnout en Despersonalización y Agotamiento Emocional, respectivamente. Tan y colaboradores (2020) concluyeron que todos los niveles de la fuerza laboral de atención en salud son susceptibles a altos niveles de Burnout durante esta pandemia. Propusieron además que las estrategias para abordar y mejorar la salud mental deben apuntar a todos los niveles de la fuerza laboral de atención de la salud, incluido el personal de primera línea y no de primera línea frente a una pandemia prolongada.

En Arabia Saudita, Alsulimani y colaboradores (2021) buscaron estimar la prevalencia del síndrome entre trabajadores de la salud que trabajaron durante la pandemia de COVID-19, y explorar a su vez los factores individuales y los factores relacionados con el trabajo asociados con el Burnout en esta población. Participaron del estudio un total de 646 trabajadores que contaban con una edad media de 34,1 años, de los cuales el 71% eran mujeres, a los cuales se les aplicó el Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Encontraron una prevalencia de Burnout en el 75 % de los encuestados. Encontraron además factores que se correlacionaban significativamente con el SB tales como la edad, el cargo, los años de experiencia, el aumento de las horas de trabajo durante la pandemia, el promedio de horas de sueño por día, la exposición a pacientes con COVID-19, la cantidad de veces que se testeó y la percepción de ser presionados para tratar con pacientes diagnosticados con la enfermedad.

Como podemos observar la prevalencia del Síndrome de Burnout ha alcanzado niveles elevados en los trabajadores de la salud alrededor del mundo entero, se ha evidenciado en diferentes estudios y se han visibilizado diversos factores que podrían relacionarse con el mismo, lo cual ha demostrado la importancia de relevar la presencia del SB en

aquellos que prestan servicios de atención a pacientes durante esta pandemia para poder abordar esta problemática.

3. Estrés: Conceptualización y teorías

El concepto de estrés etimológicamente deriva del griego *stringere*, que significa provocar tensión. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como STRESS, STRESSE, STREST y STRAISSE.

Bucci y Luna (2012) refieren que los primeros indicios acerca del concepto estrés se pueden encontrar en los aportes de Robert Hooke, Thomas Young, George Beard y Claude Bernard quienes lo asociaron con: la ley de elasticidad en el campo de la ingeniería, como “una respuesta dentro del objeto, inherente a su estructura y provocada por una fuerza externa” en el campo de la física, o en relación con la “neurastenia” como fatiga de origen nervioso y la ruptura del equilibrio interno del organismo en el orden clínico, respectivamente.

El estrés como término es también utilizado por Selye (1956), quién definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud, como: “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” y “el estado que se produce por un síndrome específico que consiste en todos los cambios no específicos que se inducen dentro de un sistema fisiológico”.

En su forma básica Selye (1973) plantea que el estrés es una reacción adaptativa no específica del organismo y que dependiendo de cómo este evalúe a los estresores existentes en su ambiente se dará la medida de dicha respuesta, es en principio un mecanismo de protección por el que el organismo trata de responder de forma adecuada a dicha situación. Si el estresor asociado ha sido cognitivamente evaluado como positivo o retador se lo denominará eustress; por el contrario, si los estresores asociados a respuestas de estrés son evaluados de manera negativa se estaría hablando de distress. El objetivo de desarrollar estos dos tipos de estrés para Selye era demostrar que el estrés puede ayudarnos a cumplir nuestros objetivos y estimular la productividad positiva; sin embargo, dado una cierta cantidad de intensidad y duración de la excitación, el estrés puede convertirse en paralizante y conduce a la agitación emocional, el agotamiento y la enfermedad física. Entiende así al estrés como una reacción, aunque surgieron con el

tiempo diferentes autores que plantearon teorías diferentes acerca del constructo integrándolo a diversos ámbitos.

Existen variados modelos teóricos acerca del estrés, por lo tanto, para una mejor organización y comprensión diferentes autores han construido clasificaciones sobre las teorías que lo explican. Tal es el caso de Cox, Griffiths y Rial González (2000) quienes plantearon una taxonomía que distingue a tres grupos diferentes de teorías. El primero de los modelos conceptualiza el estrés laboral como una característica aversiva o nociva del ambiente en el cual se desarrollan las tareas del trabajador, es decir que el foco está puesto en los estímulos o estresores que rodean al trabajador y que son causantes del estrés, este tipo de modelos han sido denominados aproximación desde la ingeniería. El segundo modelo conceptualiza al estrés ocupacional como la respuesta fisiológica del individuo ante estos ambientes perjudiciales o dañinos y los autores lo denominan aproximación desde la fisiología o aproximación fisiológica. En cuanto al tercer modelo, se caracteriza al estrés como una interacción dinámica entre la persona y su entorno, siendo sus características más relevantes los procesos cognitivos y respuestas emocionales que se provocan por esta interacción, este modelo ha sido llamado aproximación psicológica.

Cooper, Dewe y Driscoll (2001) también realizan una taxonomía de modelos del estrés que se asemeja a la mencionada anteriormente. Para estos autores la primera categoría de modelos se basa en la respuesta, podríamos plantear que se hace foco en los resultados o consecuencias del estrés provocado por los estresores ambientales el cual conduce a una respuesta que puede ser de orden psicológico, fisiológico y comportamental; visto de este modo se podría indicar la similaridad con el modelo de aproximación fisiológica de Cox. El segundo tipo de modelos teóricos es aquel que encuentra su fundamento en el estímulo, el foco central de este tipo de modelos se encuentra puesto en la identificación de aquellas fuentes externas que afectan al individuo en forma negativa, esta segunda categoría se muestra equivalente a la denominada aproximación desde la ingeniería. La tercera de las categorías planteadas por los autores incluye a aquellos modelos explicativos del estrés denominados interaccionales, plantean que este tipo de aproximaciones conceptualizan al estrés como la interacción que se da entre el estímulo y la respuesta, esta postura se sostiene en las posibles relaciones entre estas dos variables. Estos autores describen una cuarta

categoría de modelos explicativos del estrés, este cuarto tipo de modelos son aquellos que conceptualizan al mismo como transacción, es decir que se interesan por la dinámica entre las disposiciones psicológicas que brindan una valoración cognitiva y aquellas de afrontamiento que soportan una situación estresante. Se puede observar en estas dos últimas categorías la equivalencia con la aproximación psicológica planteada por Cox y compañía, que incluye los modelos inter y transaccionales.

Estas son algunas de las categorizaciones, que se han realizado a lo largo del tiempo, de los modelos psicológicos que explican el estrés y aunque no abarcan todos los modelos existentes podemos observar que tiene en cuenta aquellos en los cuales se basan la mayoría de los trabajos científicos realizados sobre el tema. Para Peiró (2008) las diferentes maneras de conceptualizar el estrés han probado su utilidad al momento de comprender mejor este universo de fenómenos tan complejo. A pesar de esto afirma que cada una de las aproximaciones que se han esgrimido son parciales y han dejado de lado aspectos de relevancia. De este modo, para poder contar con una visión más holística del estrés, es interesante tener en cuenta varios modelos teóricos que se encarguen de él desde distintas perspectivas. Es por esto por lo que vamos a explayarnos un poco más acerca de los exponentes que se engloban en cada una de las categorías que se han detallado anteriormente, tomando la taxonomía planteada por Cox y otros (2000).

3.1. Modelos basados en el estímulo (Aproximación desde la ingeniería)

Pratt y Barling (1988), plantean que en este tipo de modelos el estrés está conceptualizado a partir del estímulo, de las características del ambiente o de la situación que desorganiza y que demanda excesivamente al individuo. El interés se encuentra puesto en lograr identificar cuáles son las situaciones o condiciones estresantes (estresores) y como medirlas.

Existen diferentes maneras a partir de las cuales se han conceptualizado a los estresores, partiendo desde una perspectiva dimensional, hay autores que han considerado dimensiones tales como la frecuencia con la que ocurren, la intensidad, la duración y su posibilidad de ser predichas (Pratt y Barling, 1988), de esta forma la combinación de las diferentes dimensiones ha dado lugar a distintas categorías de estresores que son de utilidad al momento de poder analizarlos, prevenir y controlarlos. A partir de esta

perspectiva los autores mencionados identificaron las siguientes categorías: agudos, crónicos, diarios, y catastróficos o desastres.

A partir de realizar un análisis del contenido de aquellos estresores posibles del ambiente laboral, Peiró (1999) verificó los que para él se constituían como los estresores más importantes y distinguió 8 categorías diferentes:

- 1) Son aquellos estresores relacionados con las condiciones físicas del ambiente, los riesgos ambientales y las condiciones en las cuales se realizan las tareas laborales. Son ejemplos el ruido, la temperatura, la cantidad de espacio disponible, etc.
- 2) Tienen que ver con la organización de la jornada laboral, es decir, los turnos, la carga de trabajo, la cantidad de horas trabajadas.
- 3) Están centrados en las características del puesto laboral. Estos pueden ser: el control de la tarea, su complejidad, la posibilidad de utilización de habilidades, la identidad y el significado de la tarea, el feedback de la misma, etc.
- 4) Se encuentra dedicada a los estresores relaciones con el rol dentro de la organización, algunos ejemplos son el conflicto, la ambigüedad, la sobrecarga, etc.
- 5) Se encuentran incluidos todos aquellos estresores que se derivan de los vínculos y las interacciones sociales dentro del ámbito laboral. La relación con los superiores, los compañeros, los subordinados, los clientes, etc.
- 6) Está dedicada a los aspectos relacionados con el desarrollo personal en el trabajo, tales como el cambio de puesto, los ascensos, el desarrollo y las transiciones de carrera.
- 7) Tiene en cuenta las características de la organización en la cual se desempeñan las tareas, como la tecnología que se debe utilizar, la estructura de esta y el clima organizacional.
- 8) Incluye las dinámicas que se dan entre el trabajo y otros aspectos de la vida como posibles fuentes de estrés (los conflictos trabajo-familia y familia-trabajo, etc.).

Otro modelo explicativo acerca de lo que conforma a los estresores es el Modelo Vitamínico presentado por Warr (1987). En él se distinguen nueve tipos distintos de ellos: La ausencia de control, la poca posibilidad de utilizar habilidades, la creación

externa de metas, la monotonía del trabajo, la incertidumbre ambiental, la escasez de dinero disponible, la ausencia de seguridad física, la privación de contacto interpersonal y poca valoración de la posición social. El autor condensó a todos estos estresores en dos grandes tipos:

1) Aquellos a los que compara con las vitaminas BC, es decir, que poca presencia de estos produce estrés, mientras que grandes cantidades no se reflejan de modo negativo. Un ejemplo puede ser la disponibilidad de dinero.

2) Los que se asemejan a las vitaminas AD, generando consecuencias negativas tanto por escasez como por exceso. Es ejemplo de esto la monotonía del trabajo.

Cabe señalar que para Warr (1987) el concepto clave de su teoría es también el ajuste. El bienestar laboral se encuentra en relación con el ajuste entre el monto de presencia de las características laborales y las que la persona requiere, sin dejar de notar que dicha cantidad que cada uno requiere y el umbral de tolerancia es variable, cambia de persona a persona en función de sus características tanto personales como ambientales.

3.2. Modelos basados en la respuesta (aproximación fisiológica)

El modelo clásico de este tipo de aproximación es el de Selye (1973). González (1994) lo explica de la siguiente manera, si un sujeto es expuesto a un estímulo estresante (estresor) que persiste durante un tiempo determinado, éste desarrolla el Síndrome General de Adaptación (SGA), que se define como: "la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecuentes a la exposición continuada y sistemática al estrés".

Selye (1973), planteó que este síndrome contaba con tres fases que se desarrollan de manera consecutiva: reacción de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento y se encuentra asociado a las "enfermedades de adaptación" y la relacionaba a las características de distintas patologías humanas como la nefroesclerosis, la poliarteritis nodosa, artropatías crónicas, la hipertensión arterial, las úlceras gastrointestinales, etc. Demostró además que la respuesta al estrés dependía de la producción de las hormonas de la glándula suprarrenal, la adrenalina y especialmente los corticoides

Selye (1973) define a cada una de las tres etapas de la siguiente manera:

Reacción de alarma: Refiere a la totalidad de las manifestaciones inespecíficas del organismo que, debido a una fuerte y repentina acción de estímulos, lo afectan y le impiden adaptarse tanto cuantitativa como cualitativamente.

Resistencia: Cuando la tensión se sostiene durante un tiempo prolongado, el cuerpo mantiene su actividad muy elevada, especialmente el sistema inmune, por lo cual comienza a operar indebidamente. Es entonces cuando el organismo se debilita y aumenta su susceptibilidad ante posibles estresores.

Fase de agotamiento: Si la tensión aún continúa o aparecen nuevos factores estresantes, el individuo empieza a mostrar señales de desgaste muscular y posterior agotamiento, si el estrés continúa el sujeto puede presentar problemas de índole psicológica y somatizaciones (enfermedades) que lo pueden conducir a la muerte.

Durante el progreso de estas etapas, el organismo se debilita afectando las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del individuo y su sistema inmunológico. El énfasis aquí está puesto en la percepción del estímulo como estresante independientemente de la realidad objetiva.

3.3. Modelos interaccionales y transaccionales (aproximación psicológica)

Los primeros se encuentran centrados en las características estructurales de la interacción entre la persona y su ambiente laboral; los modelos interaccionales más representativos son la teoría de ajuste Persona - Entorno de French, Rogers y Cobb (1974) y el modelo demanda - control de Karasek (1979). La variante transaccional de los modelos se enfoca en aquellos procesos cognitivos y reacciones emocionales que soportan la interacción de las personas con su medio ambiente laboral; algunos de los modelos que cumplen con dichos criterios son el modelo de desbalance esfuerzo - recompensa de Siegrist y el modelo transaccional de Lazarus y Folkman.

La Teoría del ajuste Persona-Entorno (P-E) (Person Environment Fit Theory), evalúa la forma en que la interacción de las características personales y del trabajo, contribuyen al bienestar del trabajador. El modelo que más se conoce sobre esta teoría es el de French

y otros (1974), quienes plantean que un mal ajuste entre la persona y su entorno puede contemplarse desde el punto de vista del trabajador como un desequilibrio que se produce entre la necesidad de utilizar sus habilidades y capacidades y lo propuesto por su entorno de trabajo; y desde el punto de vista de la empresa, como la brecha entre los requisitos del trabajo y el nivel de habilidad y la capacidad para cumplir con los requisitos por parte del trabajador.

El Modelo Demanda-Control (Demand Control Model) en la revisión de Karasek y Theorell (1990), postula dos características básicas del trabajo de las que se derivan las principales fuentes de estrés:

1) Las demandas psicológicas del trabajo: hace referencia a cuánto se trabaja, los plazos en los que se debe realizar la tarea, la carga mental que requiere, los conflictos, etc. En esta no se incluyen las demandas físicas, aunque las mismas puedan dar lugar a demandas psicológicas.

2) El control que se tiene sobre las decisiones referentes al puesto que se desempeña. En esta dimensión se tiene en cuenta tanto el control sobre las tareas, como el de las capacidades. Se entiende como control sobre las tareas el socialmente predeterminado sobre los pequeños aspectos del cumplimiento de estas (es decir, la autonomía); El control sobre las capacidades sería aquel que ejerce el sujeto sobre el empleo de sus propias capacidades.

Estas características generan así un cuadro de doble entrada (**Figura 1**) a partir del cual se hacen las predicciones teóricas del modelo de demanda-control como se puede observar a continuación:

Figura 1

CONTROL SOBRE LA TAREA		DEMANDAS PSICOLÓGICAS	
		BAJO	ALTO
	ALTO	BAJA TENSIÓN	ACTIVO (HIPÓTESIS DEL APRENDIZAJE ACTIVO)
	BAJO	PASIVO	ALTA TENSIÓN

Este modelo teórico plantea que aquellas reacciones de tensión psicológica que se consideran más negativas (como son la fatiga, la ansiedad, la depresión y la enfermedad física), aparecen cuando las demandas psicológicas de su tarea son elevadas teniendo el individuo un bajo control en la toma de decisiones.

Otro planteamiento del modelo refiere a la motivación, el aprendizaje y el crecimiento personal. Estos se producen en los trabajadores cuando tanto las demandas que requiere el puesto como el control con el que los individuos cuentan sobre el mismo son altos, denominando a este planteo “hipótesis del aprendizaje activo” (Johnson y Johansson, 1991; Karasek y Theorell, 1990). Según lo indicado por este modelo el aumento de la productividad se produce en aquellos entornos laborales que promueven el aprendizaje y el crecimiento personal.

En situaciones laborales en las cuales tanto las exigencias como el control son escasos, se puede dar lugar a la pérdida de aprendizajes ya adquiridos, debido a la falta de motivación o al aprendizaje de conductas negativas que son dañinas tanto para el trabajador como para la organización.

En las últimas formulaciones del modelo, a las dimensiones Demandas y Control, se le ha añadido la dimensión Apoyo social, la cual hace referencia a todos los posibles niveles de interacción en el trabajo, tanto con los compañeros como con los superiores.

El Modelo del Desequilibrio Esfuerzo - Recompensa (Siegrist, 1996, 1998), hace foco en la relación entre “costo” y “beneficio” de la tarea a realizar. Se entiende como esfuerzo a toda acción que lleva a cabo el trabajador referente a su puesto y las recompensas son las maneras en las que se le retribuye por ello.

Se pueden diferenciar en este modelo teórico dos tipos de esfuerzo, el llamado esfuerzo extrínseco, refiere a las demandas del puesto laboral e incluye tanto el esfuerzo físico como el psicológico que la tarea demanda; y el esfuerzo intrínseco que tiene que ver con la motivación del trabajador con respecto a las demandas que la situación requiere.

Las recompensas, en cambio, que recibe por su esfuerzo pueden provenir de tres diferentes fuentes:

- 1) Monetaria: Salario adecuado a la tarea realizada.
- 2) Apoyo social: Respeto y apoyo recibido.
- 3) Seguridad, perspectivas de promoción y seguridad en el puesto de trabajo

Claramente como su nombre lo indica las reacciones negativas referidas al estrés laboral se producen cuando existe un desajuste entre los esfuerzos realizados y las recompensas obtenidas. Este modelo además tiene en cuenta la existencia de características inherentes al sujeto que pueden provocar que la relación entre esfuerzo y recompensa no sea real. El autor describe, por ejemplo, un tipo de sujeto que define como “excesivamente comprometido” (overcommitment) y que se caracteriza por exagerar los esfuerzos que realizan en su trabajo.

En cuanto al modelo transaccional, Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de estrés psicológico de la siguiente manera: “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Desde su teoría, los autores, dan una explicación del estrés que tiene en cuenta los procesos mediacionales y las formas a través de las cuales el sujeto hace frente a los sucesos que percibe como estresantes.

Lo que se intenta desde esta propuesta es explicar el estrés desde un enfoque relacional en el cual interactúan elementos que son inherentes al sujeto con elementos que provienen de las situaciones ambientales. Cabe destacar que desde este modelo se tiene muy en cuenta la valoración que hace el sujeto a nivel cognitivo del ambiente y las situaciones que se le presentan y que puede considerar como estresantes para luego poder afrontarlas. Un aspecto importante que relevar es que los autores dan cuenta de las diferencias individuales que pueden darse en este sentido entre un sujeto y otro ante una misma situación.

Los dos procesos centrales de este modelo del estrés son la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) indican que el primero de ellos se constituye como el proceso a través del cual el sujeto evalúa como estresante una determinada relación entre él y su entorno, mientras que el segundo (que se encuentra determinado por el anterior), son todas aquellas estrategias que el individuo pone en ejercicio para modificar la situación considerada estresante o las emociones que de ella se derivan.

La evaluación cognitiva es considerada básicamente como un proceso que determina las consecuencias que un hecho particular causará en el individuo, se da de manera continua y automática en todo estado de vigilia. Esta evaluación puede ser primaria, la cual se realiza de manera inmediata y donde se puede valorar a la situación como:

- 1) Irrelevante: Si el sujeto no le brinda importancia al evento.
- 2) Benigna o positiva: Si el individuo valora como favorables o positivas las consecuencias del evento.
- 3) Estresante: Si el sujeto valora las consecuencias del evento como daño, pérdida o amenaza.

Posteriormente existe una evaluación secundaria, donde el sujeto valora lo que puede o debe hacer y en donde se encuentran implicados los siguientes procesos valorativos:

- 1) La posible eficacia de las estrategias de afrontamiento.
- 2) La posibilidad de que una estrategia pueda ser empleada de forma efectiva.
- 3) Las consecuencias de trasladar una determinada estrategia a otros contextos de interpretación y de demandas que pueden ser internas y/o externas.

La última de las etapas valorativas es la reevaluación y refiere al momento en que el sujeto puede realizar un cambio sobre una evaluación previa sobre la base de nuevas informaciones que pueden ser tanto internas como externas.

Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”. Puede decirse entonces que el afrontamiento es un proceso que se puede identificar como los esfuerzos que realizan las personas para poner en marcha una vez que la situación ya ha sido evaluada como estresante. Estas estrategias se pueden dividir en dos tipos, aquellas dirigidas al problema, en las que el sujeto manipula o altera el entorno causante de la perturbación para poder resolverlo; y aquellas dirigidas a la emoción, cuando el sujeto intenta regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia de la situación perturbadora.

Ya desarrollados los diferentes tipos de modelos teóricos que explican el estrés, ya sea como estímulo (enfocado en los estresores), como respuesta (enfocado en los cambios fisiológicos que vivencia el sujeto), o se entienda de modo interaccional o transaccional, cabe destacar que todas las aproximaciones que se han formulado son parciales y han olvidado aspectos relevantes de la experiencia de estrés, aunque a su vez han aportado desde su perspectiva a poder entender mejor este fenómeno tan complejo posibilitando que se realicen miles de investigaciones y publicaciones aplicando estos conocimientos a diversos ámbitos, siendo uno de ellos el laboral que es el que incumbe al presente trabajo.

4. El síndrome de Burnout

Para comenzar podríamos decir que la traducción literal del término “Burnout” del inglés al castellano sería “estar quemado” o “quemarse”. Carlín y Garcés de los Fayos (2010) indican que la historia del síndrome comienza en 1974 cuando Herbert Freudenberger, quién se encontraba trabajando como asistente voluntario en una clínica de recuperación de las adicciones, observó que con el paso del tiempo sus colegas presentaban síntomas de ansiedad, depresión, agotamiento, desmotivación y pérdida de energía. Además, en el trato con sus pacientes se volvían cada vez menos comprensivos, insensibles y hasta agresivos, denominando a este patrón como Burnout. Unos años más tarde, la doctora Maslach (1976) comenzó a investigar sobre este fenómeno, utilizando el término “burnout” para describir a un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental.

Si bien se ha definido al síndrome de Burnout (SB) de muchas maneras, la definición más presente es la que plantean, acerca de este fenómeno psicológico, Maslach y Jackson, (1981), quienes definen al síndrome caracterizado partiendo de un modelo tridimensional, en donde las mismas son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, y que puede ocurrir entre individuos que se dedican a prestar servicios asistenciales a personas.

Maslach y Leiter (1997) aseveran que el SB se puede definir, en su forma básica, como una respuesta al estrés laboral crónico, que incluye actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia la propia tarea profesional, como también por la sensación de encontrarse agotado emocionalmente y evaluar negativamente sus logros. Esta respuesta se ha observado con frecuencia en los

profesionales de la salud, y en general en trabajadores que brindan servicios y que trabajan en contacto directo con los clientes. Para lograr una mejor comprensión de este fenómeno los autores delimitan tres dimensiones:

- 1) Agotamiento Emocional: Se lo puede definir como la sensación de fatiga o de ausencia de energía y la impresión de que se han agotado los recursos emocionales con los que cuenta el individuo. Puede acompañarse además por sentimientos frustrantes y de tensión en la medida en que ya no se encuentra motivación para continuar afrontando la labor, según Cordes y Dougherty (1993).

Maslach y Leiter (1997) plantean que las personas con este síndrome cuentan con sentimientos de desgano y se muestran incapaces de recuperarse. Al comenzar el día carecen del monto de energía necesario para llevar a cabo nuevos proyectos, sin percibir descanso alguno a pesar de haber dormido. Esta dimensión sería la primera respuesta del organismo a las demandas estresantes del trabajo cuando las mismas superan los recursos del individuo.

Los autores amplían esta definición aportando la inclusión del agotamiento físico al emocional del individuo, ya que han observado que esta dimensión se manifiesta tanto en la salud mental como física.

Maslach y otros (2001) proponen además que este agotamiento no es algo que simplemente se experimenta, sino que los individuos se sienten en la necesidad de llevar a cabo acciones para poder tomar distancia tanto emocional como cognitiva de sus tareas laborales, pudiéndose entender a la misma como una manera de llevar adelante la sobrecarga que para ellos representa, minando así la capacidad de involucrarse y responder a las necesidades de las personas que atiende. Esta dimensión se caracteriza por la sensación de los individuos de que no pueden ofrecer nada más.

- 2) Despersonalización: Esta dimensión se caracteriza por el desarrollo de insensibilidad y de actitudes negativas tanto hacia las personas a quien está destinada la labor de atención como a los propios colegas, lo cual deviene en conflictos entre las personas y aislamiento relacional. El modo despersonalizado de tratar con los demás se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones para lograr evitar cualquier acercamiento que se evalúe como desgastante.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que la despersonalización se constituye en los intentos que realizan los individuos de poner distancia con las personas involucradas en el ambiente laboral (clientes y colegas) a través de ignorar aquellas cualidades que los vuelve seres humanos únicos y comprometidos con los demás y lo refieren también como “deshumanización del individuo”, ya que el mismo se torna cínico al relacionarse con los diferentes componentes de su labor, tratando a las personas como objetos y actuando de modo distante e impersonal. Cabe destacar que este “distanciamiento” que lleva adelante el individuo debe ser disfuncional y extremo para darse el SB.

Maslach y Leiter (1997) plantean que todo esto se debe a que el sujeto intenta minimizar su involucramiento y compromiso ante la valoración excesivamente demandante de su tarea, anteponiendo su propia protección ante la fatiga y la desilusión a través del desarrollo de actitudes rígidas y burocráticas, aunque no aporten a la solución del problema sino evitando simplemente involucrarse de modo personal volviendo sus tareas más manejables.

- 3) Realización Personal: Esta tercera dimensión se caracteriza por la sensación del sujeto de no estar consiguiendo logros laborales y la autocalificación negativa. En otros términos, el individuo siente que ya no se desempeña tan bien como antes, teniendo una constante sensación de falta de progreso, lo que lo hace sentir ineficaz, aumentando su sentimiento de inadecuación y convirtiendo a cada nuevo proyecto en abrumador (Maslach y otros, 1997).

Haciendo referencia a la intención de definir al SB a partir de estas tres dimensiones, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) proponen que:

- El agotamiento emocional responde a la dimensión básica e individual del estrés en el SB.
- La despersonalización (también denominada cinismo) refiere a la dimensión del contexto interpersonal del SB.
- La realización personal responde a la dimensión de autoevaluación del SB.

4.1. Fases del síndrome de Burnout

Maslach y Leiter (1997) exponen el SB como un proceso de interacción entre el ámbito laboral y las características personales, existiendo un desequilibrio entre los estresores presentes en el entorno y los recursos con los que el individuo cuenta, el sujeto reconoce esta situación como estresante y este estrés tiene un curso crónico. Grau y otros (1998) aportan que este proceso particular de hacer frente al estrés en el ámbito laboral, a medida que se cronifica y se convierte en desadaptativo por la constante falla en las estrategias planteadas por el sujeto, hace que el síndrome se manifieste en mayor medida cada vez. Es decir, que el síndrome va aumentando su gravedad con el paso del tiempo y al medirlo en sus fases finales arroja los peores resultados en cuanto al desempeño.

Se proponen en la actualidad varias taxonomías para explicar las etapas que caracterizan al SB. La propuesta por Burke y otros (1995) y Gold y otros (1992), indica que en una primera instancia las demandas del trabajo sobrepasan a los recursos tanto materiales como emocionales con los que cuenta el individuo y como consecuencia de esto existe una sobre exigencia a partir de la cual comenzaría a manifestar signos de ansiedad, irritabilidad, fatiga, como también vería disminuida sus aspiraciones en cuanto a metas laborales y se mostraría menos comprometido y responsable en cuanto a su labor. Además, presentaría un cambio actitudinal con conductas tales como cinismo, distanciamiento emocional, deseo de huir y rigidez cognitiva.

Potter (1993) en la misma línea, propone que en las primeras instancias del síndrome los individuos suelen sentirse cansados física, mental y emocionalmente, contando con intensos sentimientos de frustración y desilusión. Croucher (1991) a su vez, ha encontrado que muchos sujetos muestran síntomas como cambios en los hábitos de sueño y su forma de alimentarse, se aíslan de los demás y aumentan su consumo de sustancias tales como el alcohol, la cafeína y la nicotina.

Al progresar el SB se empiezan a ver afectados aquellos hábitos que hacen a la rutina laboral. Los individuos que contaban con un buen desempeño en su tarea ya no presentan motivación para realizarla e intentan cumplir con la misma realizando cada

vez un esfuerzo menor. A partir de esto, comienza a decaer su autoestima lo que puede traer consigo que el trabajador se sienta culpable de ello (Potter, 1993). Se puede observar también que los trabajadores alcanzados por este síndrome suelen llegar tarde y salir temprano, cuestión que afecta a su productividad. En cuanto a su emocionalidad se provoca un endurecimiento de esta como reacción de defensa ante la hostilidad percibida en el ambiente laboral. Se vuelven sujetos aislados socialmente, evitan el contacto tanto con compañeros como con superiores, volviéndose cada vez más hostiles, irritables y deprimidos, contando con un ánimo predominantemente pesimista.

Croucher (1991) ha observado que en etapas avanzadas pueden llegar a sufrir sintomatología física, como jaquecas constantes, lumbalgia, resequedad bucal y de garganta, dificultades al tragar, constipación, problemas dermatológicos, taquicardia, tics nerviosos y cansancio crónico.

Potter (1993) demuestra que en sus etapas finales el SB provoca en los individuos una sensación irreparable de desvinculación y un total desinterés por lo que a su trabajo respecta. Se valoran de forma fuertemente negativa tanto a sí mismos como a su trabajo, se ausentan constantemente, y suelen pensar que la única solución sería cambiar de trabajo. Se expresan sentimientos de indefensión planteando que se encuentran completamente desgastados. Sus propias actitudes al llegar a estas etapas deterioran todos sus vínculos interpersonales dentro de la institución por lo que suelen ser sujetos solitarios, aunque por contradictorio que parezca, el autor encuentra que son individuos que usualmente se mostraban disponibles a recoger y absorber las quejas de los demás mostrándose muy responsivos.

4.2. Consecuencias del SB

Este síndrome en particular cuenta con importantes consecuencias tanto para el sujeto como para la institución en la que se desempeña. Al no atenderse por desconocimiento de la existencia del mismo y de sus características, se puede caer en el error de culpabilizar al sujeto una vez entrado el síndrome en sus etapas finales, sin reconocer previamente aquellos indicadores a nivel individual y organizacional que llevaron al trabajador a sufrir las consecuencias de dichas fases, según Grau y otros (1998)

4.2.1. A nivel individual

Maslach y Leiter (1997) afirman que cada individuo expresa el SB de un modo único y particular, pero que se podrían diferenciar tres efectos que son comunes:

El primero de ellos es el desgaste del compromiso, lo que en un momento previo pudo ser relevante y significativo para el sujeto se vuelve insatisfactorio y desagradable. Creen que las personas al comenzar la relación laboral se sienten llenas de energía y se presentan predispuestas a comprometer su esfuerzo y su tiempo en la misma, obteniendo muy buenos resultados de desempeño, pero una vez avanzado el cuadro, la energía se convierte en fatiga, la implicación en desapego o cinismo y lo que era eficacia y efectividad se convierte en sensación de nunca lograr los objetivos.

Otro efecto es el deterioro de las emociones, los autores sostienen que sentimientos positivos como pueden ser el entusiasmo, la dedicación y el goce en el ámbito laboral, se convierten en ira, depresión y ansiedad ante un cuadro de SB. Maslach y Leiter (1997) comentan que esto refiere a la percepción por parte del individuo de que carece del control de la situación laboral y que no cuenta con las herramientas o recursos necesarios para poder lograr un desempeño que lo satisfaga. El hecho de volverse irascibles o irritables deviene de una sensación de injusticia ante el trato que percibe, facilitando así la rigidización de sus actitudes y de su modo de realizar las tareas. Al valorar negativamente todo lo relacionado con el trabajo se vuelven hostiles imposibilitando así una retroalimentación positiva por parte de los demás, deteriorando las relaciones sociales, lo cual amenaza su autoestima. Al mismo tiempo se desintegra el trabajo en equipo por el aislamiento y la falta de apoyo emocional comenzando así una espiral descendente que lo lleva a las fases finales del SB.

Los autores demuestran así que este tipo de expresión emocional tiene efectos importantes en la motivación, la calidad del trabajo y las relaciones con colegas.

Un efecto más es, para Maslach y Leiter (1997) los problemas de desequilibrio entre las expectativas del sujeto y lo que la organización pretende de él como signo de la presencia del SB en los trabajadores. Comentan que las organizaciones suelen etiquetar a estas personas como “irracionales” y les atribuyen este efecto a problemas personales

del individuo, responsabilizándolo a él más que a la institución, lo que por lo general concluye en el despido del empleado.

Gil-Monte y colaboradores (Gil Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) proponen otra taxonomía en lo que refiere a las consecuencias que tiene el SB a nivel del individuo. Ellos ven al SB como un estadio intermedio en la relación entre el estrés y sus consecuencias, de esta manera es la cronicidad del estrés la que tendrá consecuencias nocivas para el sujeto, en forma de enfermedad y de alteraciones psicosomáticas. Para estos autores las consecuencias se presentan a través de unos síntomas específicos, de los cuales los más comunes son:

Psicosomáticos: Enfermedades cardiológicas y respiratorias, dolor de cabeza frecuente, agotamiento crónico, trastornos del sueño, úlceras, tensión muscular, mareos y vértigos, etcétera.

Conductuales: Predominan las conductas adictivas hacia la cafeína y el alcohol, ausentismo laboral, pobre desempeño, frecuentes conflictos interpersonales en el ambiente de trabajo y familiar.

Emocionales: Irritabilidad, dificultad de concentración, distanciamiento afectivo, depresión.

Laborales: Deterioro del rendimiento, acciones hostiles, conflictos, accidentes, ausentismo, rotación no deseada, abandono.

Cognitivos: Nerviosismo, inquietud, dificultad para concentrarse, baja tolerancia a la frustración, comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

4.2.2. A nivel organizacional

Para Gil Monte (2000) la repercusión más grave del SB sobre una institución es el detrimento de la calidad de la labor realizada. A pesar de esto, el SB tiene efectos sobre la estructura de la misma como así también en sus procesos, manifestándose por un aumento de la rotación por desvinculación, deterioro de la eficacia y la eficiencia, inadecuada puesta en acción de las políticas de la misma, conflictos interpersonales y ausentismo con pedido de licencias médicas que devienen en un costo alto para la organización.

Edelwich y otros (1980), citado en Grau y otros (1998), sostiene que otra de las importantes consecuencias que se han observado es que el SB puede “contagiarse” a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación a partir de las relaciones interpersonales en el ambiente laboral, afirmando así que esto puede constituirse en una epidemia lo que terminaría haciendo peligrar la existencia de toda la organización, pudiendo extenderse más allá, afectando a la sociedad.

4.3. Factores asociados al Síndrome de Burnout.

Tomado de Bresó (2007) sostiene que los estresores crónicos funcionarían como la única fuente del SB y, a partir de estos, surgirían luego las demás de las variables involucradas. Mientras que Bittar (2008) por su parte, hizo el intento por identificar las principales situaciones que actúan de este modo, señalando que la exposición a factores de riesgo psicosocial puede generar graves deterioros en la salud de los trabajadores.

Gutiérrez Briones (2020) al revisar diferentes investigaciones identificó múltiples estresores crónicos que podrían configurarse en causas desencadenantes del SB, agrupando los mismos en tres grandes grupos y resumiéndolos en el cuadro (**Figura 2**) que se presenta a continuación:

Figura 2

Estresores Crónicos		
Asociados a la forma en la que está organizada la institución	Asociados al puesto del trabajador	Asociados a las interacciones interpersonales
➤ Orgánica institucional rígida ➤ Mala coordinación entre departamentos ➤ Falta de participación de los trabajadores en las decisiones burocráticas ➤ Exceso de burocracia ➤ Conflictos entre departamentos ➤ Desigualdad en la gestión de los recursos humanos ➤ Nepotismo ➤ Falta de gratificaciones para los trabajadores ➤ Problemas con los liderazgos de la institución ➤ Falta de capacitaciones para los trabajadores	➤ Falta de autonomía en las decisiones que lo ameritan ➤ Sobrecarga emocional ➤ Insatisfacción por el cargo ➤ Disfunción en el rol asignado (ambigüedad del cargo) ➤ Tiempos no correlativos al trabajo asignado ➤ Rol económicamente no gratificante o estresante	➤ Falta de apoyo social ➤ Relaciones conflictivas con los usuarios ➤ Trato con usuarios problemáticos ➤ Competencia excesiva entre compañeros de trabajo ➤ Negativa dinámica de trabajo ➤ Contagio del síndrome por parte de otros miembros del equipo

Este autor plantea la necesidad que tienen las organizaciones laborales de entregar apoyo psicológico a sus trabajadores, a la vez de establecer estrategias que busquen conseguir ambientes de trabajo idóneos para la realización de sus actividades, teniendo en cuenta el potencial impacto que tiene este síndrome en la vida de quienes lo padecen.

4.4. Posibles estrategias de prevención e intervención.

Como hemos visto en el desarrollo de lo que respecta al SB, este es un fenómeno sumamente complejo y difícil de abordar, dada la gran cantidad de variables implicadas en el mismo.

Por lo general, el método de intervención que predomina es aquel que se centra y se dirige a la persona que lo padece. Sea a través del entrenamiento en el manejo del estrés, el trabajo sobre las estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en gestión del tiempo o la modificación del estilo de vida, la mayoría de las intervenciones se encuentran dirigidas a éste quien es visto como el responsable de la situación en la que se encuentra por parte de las organizaciones, resultando en grandes costos tanto para uno como para otros, sin conocer el panorama completo.

Maslach y Leiter (2000) creen que el SB es responsabilidad, fundamentalmente, del medio social en el que el trabajador se desempeña, y que la estructura y funcionamiento del mismo se establece por el tipo de interacción entre las personas.

Como hemos mencionado, lamentablemente se suele afrontar al SB cuando ya es un problema, lo que supone luego un costo mayor (subsidios, bajas laborales, accidentes, deterioro de la calidad) que si se trabajara en la prevención y/o en la intervención sobre este en todas sus dimensiones.

Coincidimos en el presente trabajo con diferentes autores (Cherniss, 1990; Burke, 1992; Guerrero, 2003) quienes concluyen que la manera más eficaz de aplicar la prevención y el tratamiento del SB es abordarlo en sus diferentes niveles, es decir, tanto individual, como social y organizacional.

4.4.1. Estrategias de intervención a nivel individual.

Como se ha descrito anteriormente estas suelen ser las más aplicadas, aunque no deberían ser las únicas, y es un hecho que el promover la obtención de nuevas estrategias y herramientas para afrontar las diversas situaciones estresantes hacen que el individuo aumente su capacidad de adaptación volviéndolo menos susceptible a las fuentes de estrés laboral. Estas estrategias/herramientas pueden ser de diferentes tipos:

4.4.1.1. Fisiológicas

Son aquellas orientadas a reducir la activación producida en el cuerpo y el malestar, que puede ser emocional o físico, que provoca la exposición a fuentes de estrés. Entre muchas destacan las técnicas de relajación física y de control de la respiración (Guerrero y Vicente, 2001)

Labrador (1996) sostiene que las situaciones que generan estrés provocan en el sujeto una respiración rápida y superficial, esto conlleva un incremento de la tensión general del organismo. Estas técnicas le facilitan al sujeto el aprendizaje de modos apropiados de respirar para que, ante una situación de este tipo, pueda controlar su respiración de manera automática lo que le va a permitir oxigenarse de forma adecuada y disminuir la tensión corporal.

4.4.1.2. Conductuales

Guerrero y Vicente (2001) afirman que estas técnicas tienen la finalidad de conseguir que el individuo maneje un cúmulo de competencias y habilidades que le vuelvan más simple el afrontamiento de situaciones de estrés. Las mismas pueden ser, el entrenamiento en asertividad, en habilidades sociales, en resolución de conflictos y las técnicas de autocontrol.

Es recomendable, además, la toma de pequeños descansos durante la jornada laboral, buscando actividades que refuercen el carácter positivo en los momentos de ocio.

Peiró (1992) plantea que el mantener una equilibrada dieta, el beber en exceso, no fumar y no consumir sustancias psicoactivas son factores que mejoran el sistema inmunológico y la salud en general, mientras que modulan al mismo tiempo la respuesta al estrés. Lo mismo afirma acerca del ejercicio físico.

4.4.1.3. Cognitivas.

Los autores Guerrero y Vicente (2001) afirman que el modo cognitivo de abordar la problemática intenta mejorar el modo de percibir, interpretar y evaluar los problemas del ámbito laboral y los recursos personales con los que el individuo cuenta. Entre las técnicas más aplicadas se encuentran la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, el control de pensamientos irracionales y la eliminación de actitudes disfuncionales.

Calvete y Villa (1999) por ejemplo, indagaron acerca de la influencia que tenían las creencias irracionales en la sintomatología referente al estrés y al SB en una muestra de profesores de secundaria, revelando que la asociación entre este tipo de creencias y el desarrollo de síntomas es estadísticamente significativa.

En otro estudio realizado con orientadores del mismo nivel educativo, Rubio (2003) demostró la existencia de relaciones significativas entre el SB y las actitudes disfuncionales. En el mismo se observa que aquellos docentes afectados por los niveles más altos de Burnout son los que presentan más actitudes de este estilo, manifestando una desadaptativa necesidad de aprobación por parte de los demás, temor al fracaso y perfeccionismo.

4.4.2. Estrategias de intervención a nivel social

Lo que se busca a través de estas estrategias es terminar con el aislamiento del individuo y potenciar sus mecanismos de socialización al aumentar el apoyo social por medio de normativas de cooperación laboral.

Sandín (1995) sostiene que el apoyo social influye directamente sobre la salud. Afirma que contar con una buena red de apoyo potencia las experiencias individuales de autoestima, la sensación de control y el afecto positivo actuando como protector del sujeto ante eventuales trastornos y mejorando el funcionamiento del sistema inmunológico.

En la misma línea, Adler y Matthews (1994) pudieron comprobar que la salud tanto física como psicológica se relaciona de manera significativa, estadísticamente hablando, con el apoyo social. Ellos sostienen que favorece a la salud porque, a su vez, se relaciona negativamente con el comienzo de la enfermedad y porque facilita la recuperación de los pacientes.

Una estrategia útil para la creación de dinámicas fuertes de apoyo social es el incremento de las reuniones grupales de profesionales, el trabajo en equipo y la conformación de equipos multidisciplinarios.

4.4.3. Estrategias de intervención a nivel organizacional

Existe un marcado consenso referido a que las acciones específicas de los diferentes programas de intervención a este nivel deberían estar dirigidos a modificar aquellos aspectos en la estructura de la organización que resultan disfuncionales.

Parkes (2001) califica de ingenuo e incluso de poco ético el hecho de someter a los trabajadores a diferentes programas de intervención contra el estrés mientras la organización persista con las exigencias excesivas o con condiciones inapropiadas de trabajo.

Algunas estrategias posibles de intervención son, el aumento de la toma de decisiones por parte de los trabajadores, la formación de los mismos, el desarrollo de habilidades interpersonales, establecer programas de ajuste entre los objetivos de la organización y los perseguidos por los trabajadores, promover el trabajo en equipo, disponer del correcto análisis y definición de los puestos de trabajo para evitar ambigüedades, establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad, facilitar los recursos necesarios y adecuar la carga de trabajo.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- Examinar la presencia de síndrome de Burnout en los trabajadores del Sanatorio de la Trinidad de Palermo que han ejercido su labor durante la pandemia de COVID-19.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar las relaciones entre la presencia del síndrome y las diferentes variables sociodemográficas y laborales.
- Comparar los diferentes grupos de sujetos en su relación con la presencia del síndrome.
- Generar la posibilidad para nuevas investigaciones que indaguen aún más la relación entre la pandemia y el desarrollo del síndrome.

6. Materiales y métodos

El presente es un estudio descriptivo y de corte transversal.

La selección de la muestra fue realizada de manera no probabilística por conveniencia, debido a la facilidad de acceso y voluntad de los trabajadores a participar en la investigación.

Un total de 52 trabajadores accedieron voluntariamente a participar en esta investigación y cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- A) Estar empleado/a con contrato fijo en el Sanatorio de la Trinidad de Palermo. (Argentina)
- B) Trabajar en su puesto laboral actual durante el transcurso de la pandemia.
- C) Trabajar en sistema de turnos rotativos o en jornada diurna.
- D) Tratar con pacientes en las áreas determinadas para el trabajo con el COVID-19.

Los criterios de exclusión fueron:

- A) Presentar lesión y/o patología que impida la realización normal de sus actividades laborales.
- B) Encontrarse con licencia médica al momento de la toma del instrumento.
- C) Tener un diagnóstico de enfermedades de salud mental en los últimos 3 meses.

6.1. Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

A partir de un cuestionario sociodemográfico se relevó información de cada participante acerca de su género, edad, puesto laboral, turno en el que se desempeña, el tiempo que lleva trabajando en la empresa y su nivel educativo.

Maslach Burnout inventory (MBI)

La presencia del síndrome se evaluó mediante el cuestionario MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. Este cuestionario consta de 22 preguntas que contiene 3 dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems) con una puntuación máxima de 54, 30 y 48 puntos, respectivamente. Para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, los mayores puntajes son indicadores de un Burnout más severo, mientras que para la dimensión realización personal puntajes más bajos revelan mayor severidad de este. Estas tres dimensiones consideran el síndrome como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP lo definen. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos (bajo en el caso de RP), en al menos una de las dimensiones.

Los coeficientes de confiabilidad de consistencia interna obtenidos en las dimensiones del cuestionario de Burnout fueron: agotamiento emocional ($\alpha=0,87$), despersonalización ($\alpha=0,67$) y realización personal ($\alpha=0,73$)

Procesamiento estadístico

Para analizar los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 15.0. En la primera parte del análisis estadístico se desarrollaron medidas descriptivas de todas las variables estudiadas, y posteriormente se llevaron a cabo correlaciones entre las variables planteadas mediante el coeficiente de correlación de Spearman por no contar las variables con una distribución normal. Se considero significativo un valor $p < 0,05$.

6.2. Procedimiento

El instrumento fue entregado de forma individual a cada trabajador. Se explicó que el instrumento iba a ser utilizado con fines académicos, de forma anónima para cada uno de ellos, se disiparon dudas con respecto a su contenido y se realizó la respectiva explicación del mismo, concretamente qué evaluaba y cómo responderlo. A continuación, se puso a disposición el instrumento para que lo completaran, previa firma del consentimiento informado.

7. Resultados

La muestra estuvo conformada por 52 trabajadores del Sanatorio de la Trinidad de Palermo, de los cuales el 46,2% eran varones ($n=24$) y el 53,8% eran mujeres ($n=28$). Los varones presentaron una edad promedio de 36 años ($DE = 9,115$). El 29,2% de los mismos trabajaba en el turno diurno, 54,2% en el turno tarde y el 16,7% se desempeñaba en el turno noche. El nivel educativo de la mayoría era universitario completo conformado por el 41,7% de los casos, seguido por secundario completo con el 25%, terciario completo 20,8%, terciario incompleto el 8,3% y por último universitario incompleto 4,2%. Con respecto al puesto laboral el 29,2% eran camilleros, el 25% técnicos, el 16,7% enfermeros, otro 16,7% administrativos y un 12,5% médicos. La antigüedad promedio de los varones era de 8,08 años ($DE=5,934$).

Las mujeres por su parte presentaron una edad promedio de 36 años (DE=8,852). El 28,6% trabajaba en el turno diurno, el 67,9% en el turno de la tarde y el restante 3,6% en el turno noche. El nivel educativo de la mayoría era universitario completo representado por el 53,6%, seguido por terciario completo 17,9%, secundario completo el 14,3%, universitario incompleto 10,7% y por último terciario incompleto el 3,6%. Con respecto al puesto laboral el 46,4% eran enfermeras, el 32,1% eran administrativas, seguidos por médicas y técnicas ambas con un 10,7% respectivamente y sin mujeres que se desempeñen como camilleras. La antigüedad promedio era de 9.04 años (DE=7,275).

Ninguna de las dimensiones del SB correlacionó significativamente con ninguna de las variables sociodemográficas y laborales propuestas, es decir, tanto la edad, el puesto laboral, el nivel de formación, el sexo, el tiempo trabajado en la empresa y el turno en el cual se lleva a cabo la labor no son determinantes al momento de desarrollar el síndrome en esta población, por tanto, el que los trabajadores se vean afectados o no por el mismo no tiene una correlación directa con ninguna de estas características.

Pasaremos entonces a describir la prevalencia del SB en esta población en particular.

De los trabajadores encuestados podemos observar que el 28,85% presenta niveles altos de Agotamiento Emocional, un 19,23% puntúa alto en la dimensión Despersonalización y un 61,54% presenta una baja Realización Personal (Tabla 1).

Tabla 1*Puntajes altos en las dimensiones del MBI*

	Puntaje	N	Porcentaje
AE	BAJO	21	40.38%
	MEDIO	16	30.77%
	ALTO	15	28.85%*
DP	BAJO	8	15.38%
	MEDIO	34	65.38%
	ALTO	10	19.23%*
RP	BAJO	32	61.54%**
	MEDIO	13	25%
	ALTO	7	13.46%

*Una puntuación alta en alguna de las escalas es indicador de SB

** En el caso de RP puntuar bajo es indicador de presencia de SB

Se observa además que el 71,1% de los trabajadores presenta un puntaje elevado en alguna de las escalas, siendo esto un indicador de la prevalencia del síndrome como habíamos mencionado anteriormente, de ellos el 42,3% lo hace en una sola, el 19,2% en dos y el 9,6% en las tres escalas siendo estos los casos que se consideran más gravemente afectados (Tabla 2).

Tabla 2*Cantidad de escalas en las que los sujetos puntúan alto*

Escalas con puntaje alto	N	Porcentaje
0	15	28.8%
1	22	42.35%
2	10	19.2%
3	5	9.6%*
Total	52	100%

*Aquellos que puntúan alto en las tres dimensiones se consideran los casos más afectados de SB

En cuanto a las diferencias por género las mujeres muestran puntajes más elevados en las tres dimensiones, conforman el 73,33% de quienes puntuaron alto en AE (Tabla 3), el 70% de los que lo hicieron en DP (Tabla 4) y 62,5% de los que califican negativamente en RP (Tabla 5), siendo ellas además las únicas que presentan casos que puntúan alto (entiéndase bajo en el caso de RP) en las tres dimensiones a la vez (Tabla 6).

Tabla 3
Puntuaciones en Agotamiento Emocional según Sexo

SEXO		Agotamiento Emocional		
		BAJO	MEDIO	ALTO*
MASCULINO	N	13	7	4
	%	61,90%	43,75%	26,67%
FEMENINO	N	8	9	11
	%	38,10%	56,25%	73,33%
Total	N	21	16	15
	%	100	100	100

*Un puntaje alto es indicador de prevalencia de SB

Tabla 4
Puntuaciones en Despersonalización según Sexo

SEXO		Despersonalización		
		BAJO	MEDIO	ALTO*
MASCULINO	N	3	18	3
	%	37,50%	52,94%	30%
FEMENINO	N	5	16	7
	%	62,50%	47,06%	70%
Total	N	8	34	10
	%	100	100	100

*Un puntaje alto es indicador de prevalencia de SB

Tabla 5
Puntuaciones en Realización Personal según Sexo

SEXO		Realización Personal		
		BAJO*	MEDIO	ALTO
MASCULINO	N	12	7	5
	%	37,50%	53,85%	71,43%
FEMENINO	N	20	6	2
	%	62,50%	46,15%	28,57%
Total	N	32	13	7
	%	100	100	100

*Un puntaje bajo es indicador de prevalencia de SB

Tabla 6*Cantidad de escalas con puntaje alto según sexo (%)*

Escalas con puntaje alto	Sexo	N	Porcentaje
0	MASCULINO	10	66.67%
	FEMENINO	5	33.33%
1	MASCULINO	9	40.91%
	FEMENINO	13	59.09%
2	MASCULINO	5	50%
	FEMENINO	5	50%
3	MASCULINO	0	0%
	FEMENINO	5	100%*

*Aquellos que puntúan alto en las tres dimensiones se consideran los casos más afectados de SB

Si bien entre los diferentes rangos etarios no existen diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones en las distintas dimensiones, únicamente aquellos que se encuentran en una edad media o avanzada (mayores de 29 años) presentan los signos más graves de prevalencia del síndrome, es decir, casos que puntúan alto en las tres escalas (Tabla 7).

Tabla 7*Cantidad de escalas con puntaje alto según edad (%)*

EDAD		Cantidad de escalas en las que puntúan alto			
		0	1	2	3*
BAJA	N	3	6	4	0
	%	20%	27,27%	40%	0%
MEDIA	N	7	12	3	3
	%	46,67%	54,55%	30%	60%
AVANZADA	N	5	4	3	2
	%	33,33%	18,18%	30%	40%
Total	N	15	22	10	5
	%	100	100	100	100

*Aquellos que puntúan alto en las tres dimensiones se consideran los casos más afectados de SB

Entre las diferentes dimensiones que presentan correlaciones significativas entre sí, el AE tiene una correlación positiva y débil (Coeficiente de correlación:

0,383) con la DP; y la RP una correlación negativa y débil (Coeficiente de correlación: -0,367) también con la DP.

Diferencias de grupos en las diferentes dimensiones del MBI

En primer lugar, se compararon las diferentes dimensiones del MBI dividiendo los grupos según el puesto laboral de los individuos. Para este fin se utilizó el test H de Kruskal-Wallis por tratarse de variables que no presentan una distribución normal. No se lograron encontrar diferencias significativas entre los mismos ya que todos superan el valor de significación ($p < 0,05$) aunque en la dimensión Agotamiento Emocional se puede observar cierta tendencia a diferir siendo los grupos de administrativos (Rango promedio=33) y médicos (Rango promedio=30) quienes presentan valores más elevados (Tabla 8).

Tabla 8

Diferencias entre grupos por puesto laboral

	Puesto	N	Rango Promedio	X²	Df	P
AE	ADMINISTRATIVX	13	33	8.40	4	0.078
	TECNICX	9	20			
	ENFERMERX	17	22			
	MEDICX	6	30			
	CAMILLERX	7	24			
DP	ADMINISTRATIVX	13	5	3.28	4	0.512
	TECNICX	9	7			
	ENFERMERX	17	6			
	MEDICX	6	8			
	CAMILLERX	7	14			
RP	ADMINISTRATIVX	13	30	6.67	4	0.154
	TECNICX	9	20			
	ENFERMERX	17	22			
	MEDICX	6	12			
	CAMILLERX	7	24			

Test H de Kruskal-Wallis * $p < 0,05$

Tomando la variable sexo para poder analizar las diferencias entre grupos se han encontrado diferencias significativas con respecto a la dimensión de Realización Personal ($p<0,05$), siendo el grupo de mujeres quienes presentan puntuaciones más elevadas (Rango promedio=30). Esto indicaría que son ellas quienes poseen una mayor realización personal en el trabajo (Tabla 9).

Tabla 9

Diferencia entre grupos por sexo

	Sexo	N	Rango Promedio	X ²	Df	P
AE	MASCULINO	24	29	3.244	1	0.072
	FEMENINO	28	36			
DP	MASCULINO	24	14	0.344	1	0.558
	FEMENINO	28	9			
RP	MASCULINO	24	25	3.795	1	0.051*
	FEMENINO	28	30			
Puntajes Altos Escalas	MASCULINO	24	2.00	4.162	1	0.041*
	FEMENINO	28	3.00			

Test H de Kruskal-Wallis * $p<0,05$

Existen diferencias entre los diferentes grupos al ser divididos por el turno en el cual desempeñan su labor en la dimensión de Realización Personal ($p<0,028$), encontrándose que aquellos que trabajan durante la noche son quienes arrojan puntuaciones más elevadas en esta dimensión (Rango promedio= 39,7), lo cual indicaría una autoevaluación más positiva frente al resto de los grupos (Tabla 10).

Tabla 10*Diferencias entre grupos por turno laboral*

	Turno	N	Rango promedio	X²	Df	P
AE	MAÑANA	15	30.43	2.33	2	0.311
	TARDE	32	25.84			
	NOCHE	5	18.9			
RP	MAÑANA	15	30.6	7.12	2	0.028*
	TARDE	32	22.51			
	NOCHE	5	39.7			
DP	MAÑANA	15	25.36	0.18	2	0.912
	TARDE	32	27.20			
	NOCHE	5	25.4			

Test H de Kruskal-Wallis *p<0,05

En cuanto a diferencias entre grupos tomando en cuenta el nivel educativo de los mismos, no se han encontrado diferencias significativas ($p<0,05$) en ninguna de las dimensiones del MBI (Tabla 11).

Tabla 11*Diferencias entre grupos según nivel educativo*

	Nivel educativo	N	Rango promedio	X²	Df	P
AE	SECUNDARIO COMPLETO	10	25.75	1.46	4	0.832
	TERCIARIO INCOMPLETO	3	32			
	TERCIARIO COMPLETO	10	25.7			
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	4	19.37			
	UNIVERSITARIO COMPLETO	25	27.6			

RP	SECUNDARIO COMPLETO	10	25.65	4.45	4	0.347
	TERCIARIO INCOMPLETO	3	11.5			
	TERCIARIO COMPLETO	10	30.35			
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	4	20.75			
	UNIVERSITARIO COMPLETO	25	28.02			
DP	SECUNDARIO COMPLETO	10	31.6	8.13	4	0.086
	TERCIARIO INCOMPLETO	3	36.83			
	TERCIARIO COMPLETO	10	15.6			
	UNIVERSITARIO INCOMPLETO	4	25.25			
	UNIVERSITARIO COMPLETO	25	27.78			

Test H de Kruskal-Wallis *p<0,05

8. Conclusiones

Si bien no se ha realizado un estudio longitudinal que permita reconocer el nivel de afección que ha tenido sobre esta población la situación de pandemia, la cual lleva cursando ya su tercer año consecutivo, y aún no estamos posibilitados a realizar una investigación que permita un análisis pre y post existencia del COVID-19, podemos inferir desde esta foto, que vendría a ser el presente estudio de corte transversal, una gran prevalencia del síndrome (71,1%) entre estos trabajadores, habiendo obtenido valores de prevalencia del SB similares a los encontrados en diferentes estudios realizados alrededor del mundo (Dimitriu y otros 2020; Rodríguez y colaboradores 2021; Tan y otros 2020; Alsulimani y otros 2021).

El vivirlo durante el día a día, ya que me desempeño en la institución hace varios años, me ha permitido observar el desarrollo de esta problemática desde la experiencia propia. El aumento superlativo de la carga de trabajo (factor que correlaciona con el SB según lo estudiado por Liu y otros 2020), el tener que suplir a compañeros aislados o contagiados, lo complicado de implementar los diferentes protocolos, el tener que lidiar con el nerviosismo, la ansiedad y los miedos de los pacientes, las incesantes llegadas de ambulancias a toda hora, la falta de insumos en algunos casos, y el hecho de ser de las pocas actividades esenciales que nunca han frenado a pesar de la cantidad de contagios, son situaciones que ejemplifican los que nos tocó vivir a cada uno de los que trabajamos en el sistema de salud.

A la problemática específica de aquellos que trabajamos en el sistema sanitario se le debe agregar lo vivido por cualquier otra persona durante el transcurso de la pandemia, la reorganización de la propia vida familiar por fuera del espacio laboral, los hijos en edad escolar que se quedaban en casa a educarse virtualmente, la responsabilidad de tener en casa a alguna persona mayor o alguien considerado de riesgo y que debía extremar cuidados, sumado a una situación de crisis económica en el país y una constante pérdida del poder adquisitivo. Sin obviar, volviendo a la mirada de los trabajadores de salud, la cercanía con la muerte de los pacientes y el constante riesgo de contagiarse o

contagiar a los propios, todos factores sumamente relevantes que son consecuencia directa de la situación pandémica, que pueden ser considerados como estresores y que conforman un caso únicamente vivido por quienes desempeñaron este tipo de labor y que constituyen el motivo de haber llevado a cabo la presente investigación.

Este estudio descriptivo de corte transversal ha mostrado la gran prevalencia del SB (71,1% de los trabajadores encuestados) existente en esta población, recordando que es la cronicidad de este tipo de vivencias la que tendrá consecuencias nocivas para los sujetos, en forma de enfermedad y de alteraciones psicosomáticas (Gil Monte y Peiró, 1997). Siendo muestra de lo mencionado estudios como el realizado por Barelo y otros (2020) quienes han observado en su muestra un 45% de sujetos que mencionaron haber experimentado síntomas físicos relacionados con el trabajo en pandemia y el estudio realizado en China por Lai y colaboradores (2020), quienes tomaron una muestra de trabajadores de la salud en los cuales encontraron experiencias de síntomas de depresión, angustia, insomnio y ansiedad.

El abordaje y la prevención del SB continúa siendo un tema pendiente, del que deberían responsabilizarse las diferentes instituciones modificando los distintos aspectos disfuncionales de las mismas, además de requerir medidas desde aquellos que nos gobiernan, y que deberían tener en cuenta no solo los aspectos psicosociales del entorno laboral, sino también los cambios biológicos subyacentes en la persona que los presenta.

La situación de pandemia ha subrayado la importancia de tener presente este cuadro en los trabajadores de la salud, debido a las enormes repercusiones que puede tener tanto a nivel individual, institucional como en la adecuada asistencia a los pacientes.

Quedará a posteriores investigaciones, la posibilidad de indagar tras la finalización de la pandemia (cuando esta termine), o ante la acción o inacción de las instituciones y las diferentes autoridades, acerca de las consecuencias que puede dejar la presencia de este síndrome en los trabajadores del ámbito

de la salud, consecuencias de las cuales ya nos hemos encargado de mencionar durante el desarrollo teórico del presente trabajo.

Cómo hemos planteado anteriormente, este es un fenómeno sumamente complejo y difícil de abordar, dada la gran cantidad de variables implicadas en el mismo, coincidiendo con diferentes autores, (Cherniss, 1990; Burke, 1992; Guerrero, 2003) quienes concluyen que la manera más eficaz de aplicar la prevención y el tratamiento del SB es abordarlo en sus diferentes niveles, es decir, tanto individual, como social y organizacional.

9. Bibliografía

1. Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M. y Messman H. (2020). *Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg*. Ger Med Sci. 2020;18:Doc05. doi: 10.3205/000281
2. Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J. y Huang X. (2020). *Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China*. Front Psychiatry. 2020; 11:565520. doi: 10.3389/fpsyt.2020.565520
3. Liu, X., Chen, J., Wang, D., Li, X., Wang, E. y Jin Y. (2020). *COVID-19 Outbreak Can Change the Job Burnout in Health Care Professionals*. Front Psychiatry. 2020; 11:563781. doi: 10.3389/fpsyt.2020.563781
4. Durán Rodríguez, R., Gamez Toirac, Y. y Toirac Sánchez K. (2021). *Burnout syndrome in intensive nursing and its influence in the patient security*. MEDISAN, vol. 25, núm. 2, pp. 278-291, 2021 Centro Provincial de Ciencias Médicas
5. Barello, S., Palamenghi, L. y Graffigna, G. (2020). *Burnout y síntomas somáticos entre los profesionales sanitarios de primera línea en el pico de la pandemia italiana de COVID-19*. Investigación en psiquiatría, 290 , 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
6. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). *Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019*. Red JAMA abierta , 3 (3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
7. Tan, B., Kanneganti, A., Lim, L., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., Sia, C. H., Denning, M., Goh, E. T., Purkayastha, S., Kinross, J., Sim, K., Chan, Y. H., & Ooi, S. (2020). *Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic*. Journal of the American Medical Directors Association, 21(12), 1751–1758.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.035>
8. Alsulimani, L. K., Farhat, A. M., Borah, R. A., AlKhalifah, J. A., Alyaseen, S. M., Alghamdi, S. M., & Bajnaid, M. J. (2021). *Health care worker burnout during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study in Saudi Arabia*. Saudi medical journal, 42(3), 306–314. <https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.3.20200812>

9. Organización Mundial de la Salud (2019) Nuevo coronavirus 2019. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
10. World Health Organization (2021). *Emergencies. Situation Reports. Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update*. <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
11. Ernst, Mourelo, Pizzicannella, Rojo & Romero (2020). *COVID-19 y el mercado de trabajo en Argentina*. OIT.
12. Da Silva, F. y Neto M (2021) *Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis*. Prog Neuropsychopharmacol. Psychiatry.
13. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
14. Selye, H. (1973). *The evolution of the stress concept*. American Science, 61, 692-699.
15. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. (2000) *Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
16. Cooper CL, Dewe PJ, O'Driscoll MP (2001) *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. EUA.
17. Peiró, JM. y Rodríguez, L. (2008) *Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional*. Madrid.
18. Pratt, L.L., & Barling, J. (1988). *Differentiating between daily events, acute and chronic stressors. A framework and its implications*. IN J.J. Hurrell Jr., L.R. Murphy, S.L. Sauter & C.L.Cooper (eds): *Occupational Stress: Issues and Development in research* (pp. 41-53). London.
19. Peiró, J.M. (1999) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Pirámide.
20. Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Clarendon Press. London, England.
21. Bucci N, Luna M (2012) *Contrastación entre los modelos de estudio del estrés como soporte para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo*. Universidad Nacional Experimental Politécnica “Antonio José de Sucre”, Venezuela.
22. French, J. R., Rogers, W., and Cobb, S. (1974). *Adjustment as person-environment fit*. En G. V. Goelho, D. A y J. E. Adams (Eds.). *Coping and Adaption*. Bantam Books. Nueva York, EUA:

23. Karasek, R. A., Jr. (1979). *Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign*. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.
24. Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Boo. EUA
25. Siegrist, J., (1996). *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.
26. Siegrist, J., (1998). *Adverse health effects of effort-reward imbalance al work: theory, empirical support and implications for prevention*. In: Cooper, C. L. (Ed.), Theories of Organizational Stress (pp. 190-204). Oxford, England.
27. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona, España.
28. Carlin, M. y Garcés de los Fayos, J. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. Anales de psicología, 26 (1), pp. 169-180.
29. Maslach, C. (1976). *Burned-out*. Human Behavior, 5, 16-22.
30. Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists Press. EUA
31. Maslach, C. y Leiter, P (1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass inc. Publishers, San Francisco, California, E.U.A.
32. Maslach, C. y Leiter (2001) *Burnout and quality in a speed-up world*. The journal for quality and participation, Vol. 24, N°2, pgs. 48-51.
33. Potter, B (1993) *Four stages of Burnout*. www.docpotter.com
34. Grau, J. y Chacon, M. (1998) *Síndrome de quemarse por el trabajo: Una amenaza a los equipos de salud*. Conferencia presentada en la II jornada de actualización en psicología de la salud. Asociación Latinoamericana de psicología de la salud, Colombia.
35. Gold, Y.; Roth, R.; Wright, C.; Michael, W. y Chen, C. (1992) *The Factorial Validity of a teacher burnout measure (ES) administered to a sample of begginig teachers in elementary and secondary schools in California*. Educational and psychological measurement, Vol. 52.
36. Gil Monte y Peiró (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de Quemarse*. Síntesis S.A. Madrid, España.

37. Gil Monte, Peiró y Valcarcel (1998). *Estrés y Salud*. Promolibro. Valencia, España.
38. Bresó E, Salanova M, Schaufeli W, Nogareda C. (2007) *Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III)*. Instrumento de medición.
39. Bittar M. (2008) *Investigación sobre Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios*. Artículo de la Facultad de Filosofía y Humanidades Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba.
40. Gutierrez Briones, J. (2020) *Síndrome de Burnout y Burnout académico: Una revisión de su historia, conceptos e implicancia en América y Europa*. Talca, Chile.
41. Cherniss, C. (1990) *Staff Burnout: Job stress in the human services*. The free press, Nueva York. EUA.
42. Burke, R. (1992) *Occupational stress, psychological burnout and anxiety*. Anxiety, stress, coping. pp 3-6
43. Guerrero, E. (2003) *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en el profesorado universitario*. Anales Psicología. Madrid, España.
44. Guerrero, E. y Vicente F. (2001) *Abordaje del burnout en profesionales del campo de la discapacidad*. Aplicaciones de intervención psicopedagógica. Psicología pirámide, pp 327-335, Madrid.
45. Sandin, B (1995) *El estrés*. Manual de psicopatología. McGraw Hill, Vol 2, pp 4-52, Madrid.
46. Labrador, F. (1996) *El estrés, nuevas técnicas para su control*. Cayfosa, Planeta DeAgostini, Madrid.
47. Calvete, E. y Villa, A. (1999) *Estrés y Burnout docente: influencia de variables cognitivas*. Revista educación.
48. Adler, N. y Matthews, K. (1994) *Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?* Annual review psychology. EUA.
49. Parkes, K (2001) *Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones*. En: Buendía J, Ramos F (ed). Empleo, estrés y salud. Pirámide. Madrid.
50. Peiró (1992) *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema, Madrid