



*Universidad Abierta Interamericana
Facultad de medicina y ciencias de la salud
Licenciatura en kinesiología y fisioterapia.*

Tesis de grado

“Prevalencia del Síndrome de
Burnout en kinesiólogos de distintas
Unidades de Cuidados Intensivos en el
Área Metropolitana de Buenos Aires.”

Alumno: Aponte, Bruno Germán

Tutor: Lic. Papazian, Ana Carolina

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Año: 2021



ÍNDICE

.....	I
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROLEMA.....	6
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
3.2 HIPÓTESIS	6
3.3 OBJETIVO GENERAL	6
3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3.5 JUSTIFICACIÓN.....	7
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1 ANTECEDENTES	7
4.2 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	8
4.3 MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	10
4.4 SÍNDROME DEL BURNOUT EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS. 13	
4.5 ROL Y COMPETENCIAS DEL KINESIÓLOGO INTENSIVISTA.....	14
4.6 SBO y SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA POR COVID-19	20
4.7 ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL SBO.....	21
5. DISEÑO METODOLÓGICO	24
5.1. MUESTRA.....	24
5. 2. TIPO DE ESTUDIO	26
5.3 PROCEDIMIENTO.....	26
5.4 VARIABLES GENERALES.....	27
5.5 VARIABLES LABORALES.....	27
5.6. INSTRUMENTOS.....	31
5.7. MBI–HSS. Inventario de Burnout de Maslach: Human Services Survey.	31



6. RECOLECCIÓN DE DATOS	35
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	35
6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	45
6.2.1 Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].	45
6.3 ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES	46
7. CONCLUSIONES	59
8. BIBLIOGRAFÍA	61
9. Anexo	64



1. RESUMEN

En 1986 Christina Maslach definió al Síndrome de Burnout (SBO) como: *“Síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”*. Este tipo de estrés laboral se genera en profesionales que mantienen relación directa con otras personas, principalmente aquellas que tienen como objeto la asistencia y cuidado de la salud y/o enseñanza de individuos (por ejemplo, la docencia). Dentro del ámbito de la salud los estudios publicados señalan como las carreras más afectadas a medicina y enfermería.

Al SBO se lo caracteriza en tres dimensiones:

- 1) Sentimientos de falta de energía o agotamiento emocional.
- 2) Aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y a los pacientes.
- 3) Eficacia y realización profesional reducida.

El SBO abarca específicamente a los fenómenos ocurridos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida. Afecta a todas las especialidades dentro de la medicina en distintos grados, incluso pudiendo generar deserción de la actividad profesional en los casos más graves.

La Organización Mundial de la Salud durante el año 2000, calificó al SBO como un factor de riesgo laboral, lo que generó una interrelación entre el profesional de salud y la institución en la cual trabaja.

Dentro de las especialidades en medicina aquellos profesionales dedicados al área de cuidados críticos (Unidad de cuidados intensivos: UCI), en distintos reportes presentaron los valores más altos de SBO.

En el equipo interdisciplinario en la UCI los kinesiólogos intensivistas han alcanzado un rol importante en el tratamiento y rehabilitación de pacientes críticos. A la actualidad no existen reportes sobre el grado de SBO adquirido en estos profesionales.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en kinesiólogos que realicen labores asistenciales en pacientes críticos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires.



2. INTRODUCCIÓN

La demanda de profesionales de la salud en las UCI ha crecido exponencialmente en los últimos años alrededor de todo el mundo. Los factores que se atribuyen a dicho crecimiento incluyen principalmente el aumento de la esperanza de vida¹, y así como también la aparición de patógenos que desencadenan un mayor requerimiento de asistencia en cuidados críticos.

Al igual que otras profesiones pertenecientes al área de la salud, la kinesiología tuvo avances significativos en el estudio de pacientes críticos lo que le ha permitido hacerse su lugar en las UCI, las cuales requieren un contacto más íntimo y, con frecuencia, más prolongado entre el profesional y el paciente. Éste tipo de interacción profesional – paciente exige un compromiso para con los problemas y preocupaciones en personas enfermas de mayor gravedad, y puede resultar emocionalmente agotador para dichos profesionales de la salud.

Actualmente se está atravesando a nivel mundial una pandemia ocasionada por el virus Sars-cov2 por la cual aumentaron de manera exponencial los ingresos a las UCIs. Frente a esta situación crítica, los trabajadores sanitarios de primera línea que participan directamente en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19 corren el riesgo de desarrollar angustia y otros síntomas de salud mental.²

Los factores agravantes que pueden contribuir a la carga mental de estos trabajadores de la salud son:

- El número en aumento de casos confirmados y casos sospechosos
- La abrumadora carga de trabajo
- La falta del correcto equipo de protección personal
- La cobertura de los medios
- La falta de drogas específicas
- La sensación de recibir apoyo inadecuado

El objetivo de este trabajo fue identificar el grado de SBO y su prevalencia en los kinesiólogos intensivistas que realizan su práctica en UCI dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires.

A su vez se buscó identificar características sociodemográficas y profesionales que puedan relacionarse tanto con el grado de SBO como de los tres subgrupos que engloba el síndrome (Agotamiento emocional, Despersonalización y baja realización personal).



Considerando la situación pandémica actual que nos atraviesa y las consecuencias en la salud mental del personal de salud ² hemos sumado a nuestro estudio tres preguntas de autopercepción que nos permitirán identificar si hay relación en los índices de SBO con las condiciones laborales y sociales durante el período de pandemia.

A su vez fue necesario identificar qué factores intrínsecos a las condiciones laboral fueron agravantes en los valores negativos del SBO. ³

3. PLANTEAMIENTO DEL PROLEMA

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en kinesiólogos que realizan su actividad asistencial en pacientes críticos en Unidades de cuidados intensivos dentro del área metropolitana de Buenos Aires, y de qué manera influyen las condiciones laborales con el grado de SBO? (carga laboral, baja remuneración, horas de guardia, falta de personal)

3.2 HIPÓTESIS

Hipótesis 1. Los kinesiólogos intensivistas que realizan prácticas en UCI AMBA poseerán niveles altos de SBO.

Hipótesis 2. Los kinesiólogos que puntuarán con niveles altos de SBO serán los que trabajan más de 8 hs al día y realizan guardias nocturnas más de 1 vez a la semana.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado y prevalencia de Síndrome de Burnout en kinesiólogos intensivistas en el servicio de UCI que ejercen su actividad en AMBA y su relación con las condiciones laborales.



3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Describir las características demográficas, formativas y laborales de los kinesiólogos que ejercen su actividad principal en las UCI en el AMBA.
- B) Analizar si la cantidad de pacientes atendidos en situación de pandemia tiene alguna influencia en las respuestas de los encuestados.

3.5 JUSTIFICACIÓN

Dada la importancia de la labor que se realiza en las UCI y la falta profesionales que eligen dedicarse a la especialidad es que se deben considerar las condiciones laborales del área. Esto permitirá identificar los principales factores de causas de abandono laboral y también generar interés por el personal de salud para elegir la especialización.

Creemos que se debe contemplar dentro de las medidas de salud pública las correctas condiciones laborales y de salud mental con las que atraviesan en su práctica diaria.

A la fecha no hay estudios a nivel nacional que especifiquen el Síndrome de Burnout en Kinesiólogos UCI.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

En el presente apartado se presentan los conceptos principales tanto históricos como científicos que sustentaron el presente trabajo. Se realizó una revisión y análisis de diversas publicaciones y libros referidos a la temática del SBO.



4.2 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

En el contexto médico la primera aproximación al Síndrome de Burnout (SBO) fue acuñada por Herbert Freudenberger en el año 1974. El mismo la definió como *“trastorno adaptativo por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas de trabajo con personas”*.⁴ En otras palabras, la definición que elabora el autor contempla una sensación de fracaso y una existencia de agotamiento o desgaste extremo que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador.

Freudenberger fue un psiquiatra alemán que desempeñó mayoritariamente su práctica profesional en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Él identificó cómo sus compañeros de trabajo repetían frecuentemente el mismo proceso. Comenzaban siendo jóvenes idealistas con un perfil asistencial hacia a los demás, pero que luego perdían estas ilusiones debido a la difícil realidad de tratar pacientes adictos y al cabo de un año, todos se encontraban con importantes trastornos emocionales (tristeza, depresión, cansancio emocional). Por otra parte, mostraban conductas poco comprensivas hacia los pacientes y hasta un cierto grado de hostilidad hacia ellos.⁵

Eligió el nombre Burnout dado que era un término común entre sus colegas de esa época con el cual se referían a los efectos del consumo crónico de drogas sobre sus pacientes.

Años después, varios expertos se encargaron de delimitar los síntomas frecuentes e identificar y analizar las posibles repercusiones que podría generar esta enfermedad.

Es en 1976 que la psicóloga social Christina Maslach presenta el SBO en un congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología y lo define como un síndrome que consiste en tres esferas de comportamiento: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), y que ocurría entre sujetos que realizan trabajos implicados en el contacto directo con pacientes y clientes.⁶

La figura de Christina Maslach fue esencial para la delimitación del SBO y pasó a la historia médica por ser la creadora de la herramienta principal para el estudio de este fenómeno, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI).

Luego en 1986, Christina Maslach y Susan Jackson crean la definición más conocida y aceptada:



“El síndrome de burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico ó emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar.”⁶ Lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

El 18 de junio de 2018 se aceptó oficialmente al SBO como un fenómeno laboral. Esto tuvo lugar durante la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), la cual fue respaldada oficialmente por todos los miembros de la OMS durante la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud el 25 de mayo de 2019.

El mismo define al SBO como: Síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito (4). Se caracteriza por tres dimensiones:

1) Agotamiento emocional: Sentimientos de falta de energía o agotamiento físico-psíquico y una sensación de estar al límite, de no poder dar más de sí mismo a los demás.

2) Despersonalización: aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; Para protegerse, el sujeto puede desarrollar una postura negativa en actitudes y respuestas hacia los demás. Especialmente hacia los pacientes, mostrando distanciamiento, utilizando etiquetas despectivas hacia los demás y descenso en el compromiso laboral.

3) Baja realización personal: eficacia profesional reducida; sensación de inadecuación profesional para realizar el trabajo. Incluye sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. Se la considera una categoría relativamente independiente a las anteriores.

El SBO se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.

El reciente reconocimiento OMS del SBO como un fenómeno laboral (y no una enfermedad) abre el camino a los encargados de las políticas públicas para consolidar estrategias institucionales con el objetivo de investigar el problema y mejorarlo.



Previo a esto se lo consideraba como una condición médica integrada dentro del capítulo de trastornos mentales. Este carácter impidió el progreso en la temática ya que considerar el agotamiento como una enfermedad dificultó los esfuerzos para poner a la atención en el lugar de trabajo como la causa.

El SBO, a diferencia del simple agotamiento crónico, surge por problemas con la carga de trabajo combinados con discordancias en todas las demás áreas de la vida laboral. Las discordancias en estas áreas afectan el grado de SBO experimentado, lo que a su vez afecta diversos resultados, como el desempeño laboral, la salud mental y el suministro de servicios sanitarios.⁵

4.3 MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las consecuencias del SBO incluyen una disminución en la calidad de la atención clínica, aumento de errores, deserción laboral, falta de satisfacción de los pacientes, interacciones disfuncionales entre colegas, el contagio del SBO, abuso de sustancias/drogas, depresión y suicidio.⁷

Como consecuencias adicionales se le atribuyen manifestaciones físicas: elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares⁸, una mala respuesta inmunológica⁹ y la presencia de trastornos psicosomáticos, por ejemplo, problemas gastrointestinales.

10

Entre las repercusiones más frecuentes descritas por diversos autores se encuentran:

- Las repercusiones personales y familiares.
- Las repercusiones laborales.

Las repercusiones personales sobre la salud son variables y pueden afectar a cuatro áreas:

1. Las manifestaciones psicosomáticas incluyen fatiga crónica, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales. Estos síntomas son, a menudo, manifestaciones tempranas.



2. Las manifestaciones conductuales más frecuentes son: absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.
3. Las manifestaciones emocionales comprenden: el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad y los celos por la posibilidad de llegar a convertirse en una persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas. Suele ser frecuente el déficit de atención, la elevada ansiedad, déficit de memoria, dificultad para el razonamiento abstracto y elaboración de juicios, etc. Todo esto puede influir directamente en el rendimiento, como también pueden aparecer trastornos psicopatológicos de ansiedad o depresión.
4. Las manifestaciones defensivas surgen de la incapacidad para aceptar sus sentimientos. La negación de las emociones es un mecanismo de defensa frente a una realidad que les es desagradable. La supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas; la atención selectiva y la intelectualización son otras formas de evitar la experiencia negativa.

Las consecuencias familiares pueden ser graves. Se puede producir un cambio de carácter que va desde el aislamiento a distintos grados de irritabilidad, lo que afecta al sistema de comunicación familiar. Esto genera conflictos y malentendidos que pueden alterar la dinámica familiar. Los familiares son frecuentemente los primeros en identificar los cambios conductuales en el profesional con SBO, pero éste suele tener una postura defensiva que genera problemas de comunicación, hasta que es demasiado tarde.

Las repercusiones laborales: Dentro de estas encontramos 5 más recurrentes.

1. **Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral.**



El profesional de la salud con SBO posee usualmente relaciones interpersonales escasas y a veces cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y a la crítica sana. Tiene dificultad para cumplir órdenes. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente, que intenta compensar a través de una formación continuada desordenada y creciente. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación. El profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los “roces” con compañeros y colegas.

2. Disminución de la calidad de trabajo.

El profesional con SBO dedica menos tiempo a sus pacientes, el contacto es más frío y distante, llegándose a ignorar sus quejas, demandas ó necesidades. Se toman decisiones a la defensiva o “a reglamento”, encareciendo los servicios, y luego se ignoran los resultados de dichas gestiones. El resultado final es que el profesional disminuye la calidad y aumenta el coste de los servicios que presta. La organización se ve sumamente afectada al disminuir la satisfacción de los clientes y la eficiencia del servicio prestado.

3. Ausentismo laboral.

Si el ambiente laboral es el responsable de las tensiones que sufre el profesional con SBO, el mismo puede tratar de evitar sus obligaciones. Al principio disminuyendo la actividad en el trabajo y, en último término, faltando al mismo. El ausentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. Como fase intermedia, el profesional puede llegar con retraso al trabajo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, bien mediante retraso sistemático mediante la enfermedad y la baja laboral, o incluso mediante la asistencia a múltiples actividades de formación continuada.

4. Reconversión profesional.

Antes de llegar al abandono de la profesión, el profesional con SBO puede reconvertirse. Con frecuencia, ello significa pasar a tareas que no impliquen el



contacto directo con los pacientes, como tareas de gestión o administración, tareas de actividad política o sindical.

5. Abandono de la profesión.

Es la consecuencia más drástica del estrés profesional mantenido. Este abandono puede ser voluntario, pero en algunos casos puede ser consecuencia también de problemas legales, lo que tiene una extraordinaria repercusión negativa en la vida personal, familiar y laboral porque puede sentirse “marcado”, lo que supone un gran impacto emocional.

4.4 SÍNDROME DEL BURNOUT EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS.

El personal de la UCI se encuentra particularmente expuesto a un contexto estresante, lo cual repercute a nivel físico y emocional. Esto contribuye a la aparición del SBO que surge en respuesta a estresores crónicos en el área laboral y genera en el profesional un estado de decepción, agotamiento y desinterés por su trabajo.

Los autores Ballester-Arnal, R. Gómez -Martínez, analizaron a 117 profesionales de UCI y encontraron que los factores que producen más estrés se relacionan con la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos humanos para cubrir las necesidades. A su vez encontraron que más del 30% de esta muestra presentaba puntuaciones elevadas en alguna de las subescalas de burnout.

El SBO parece ser común en los médicos, con valores que se encuentran entre los 25 a 60%.¹¹⁻¹⁰. Entre los profesionales que se señalan como los más afectados por este Síndrome se encuentran los enfermeros/as y médicos/as de unidades de cuidados intensivos pediátricos.¹²

Es probable que se subestime la relación entre agotamiento y desempeño en el sistema de salud: el desempeño laboral todavía se puede mantener aún cuando el personal agotado carece de energía mental o física, ya que adopta estrategias de “protección del desempeño” para mantener las tareas prioritarias y descuida las tareas secundarias de baja prioridad (como tranquilizar a los pacientes).



En un estudio reciente, se observó que en las UCI donde el personal sufría gran agotamiento emocional tenían mayor índice de mortalidad, incluso después de haber controlado las características objetivas de la unidad, como la carga de trabajo.¹³

Además, se valoran de manera importante otros factores relacionados con el trabajo en una UCI, tales como la necesidad de tomar decisiones de manera rápida, las consecuencias que se pueden derivar de estas decisiones y la presión temporal.

En otro estudio, desarrollado por Ramirez y Cols, aproximadamente el 50% de 978 médicos intensivistas informaron altos niveles de burnout, relacionados principalmente con factores organizacionales¹⁰

Hay una creencia común de que los profesionales de cuidados intensivos se encuentran particularmente expuestos al estrés ya que hay vidas dependiendo de ellos.

4.5 ROL Y COMPETENCIAS DEL KINESIÓLOGO INTENSIVISTA

La Kinesiología es una disciplina que se encuentra en permanente transformación, construyendo su espacio dentro del equipo de salud. Desde su origen, el 13 de abril de 1937, ha ido adaptándose para dar respuesta a las demandas socio-profesionales que se presentaron en diferentes contextos históricos en la Argentina.

En la década del 50, dos pandemias de poliomielitis cobraron millones de víctimas en el mundo, dejando secuelas a muchas de ellas con afección respiratoria de considerable gravedad, por lo que surgió para la kinesiología el gran desafío de responder a las nuevas demandas sociales y asistenciales que se presentaron.

Con la creación del Capítulo de Kinesiología en el Paciente Crítico (denominado actualmente de Kinesiología Intensivista) y con el apoyo del Comité de Neumonología Crítica y las autoridades de la Sociedad, comenzó a dictarse la primera especialidad en Kinesiología Crítica dictada en la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, jerarquizando el rol del profesional dentro de las UCI.¹⁴ Esta Sociedad científica definió el perfil del kinesiólogo intensivista (KI) como un profesional que forma parte del equipo de trabajo de la UCI junto a médicos, enfermeras y otros profesionales, y está capacitado no solamente para intervenir en las tareas que le son pertinentes, sino también para participar en la toma de decisiones.



En el plano internacional Kacmarek describió las competencias necesarias para un rehabilitador respiratorio.¹⁵

El kinesiólogo que trabaja en áreas de cuidados intensivos debe ser un profesional experto y referente en cuidados respiratorios y rehabilitación de los pacientes críticos.

Debe ser capaz de utilizar herramientas de evaluación y tratamiento, e implementar procedimientos de fisioterapia respiratoria y de rehabilitación, y todos aquellos que se relacionen con los cuidados respiratorios, como la entrega de aerosoles, la oxigenoterapia, el cuidado de la vía aérea y el manejo de ventilación mecánica (VM) invasiva y no invasiva, entre otros.

La complejidad de los pacientes internados en la UCI requiere que el KI garantice el máximo nivel de cuidados (respiratorios y de rehabilitación), basándose en la mejor evidencia científica disponible, y adaptado a cada individuo y a las características particulares de cada unidad de trabajo.

Esta evidencia puede ser resumida en protocolos y guías de evaluación y tratamiento de los pacientes, con el objetivo de minimizar el error y la variabilidad de los cuidados realizados.

La implementación de cuidados respiratorios y de rehabilitación a través de guías de práctica clínica y protocolos, asociada a la Medicina Basada en la Evidencia, permite integrar el conocimiento fisiopatológico y la experiencia con la información que surge de los ensayos clínicos, actualizando y adaptando su administración a cada paciente de manera individual, dentro de cada unidad de trabajo.

Competencias generales

Debe estar capacitado para evaluar y tratar pacientes en la UCI, considerando la complejidad del paciente crítico.¹⁴



A	B
Conocimientos de anatomía, fisiopatología, física aplicada, diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades y síndromes clínicos característicos de los pacientes de la UCI, con especial orientación a la función pulmonar y cardíaca y a las alteraciones funcionales que pueden provocar. Deben abarcar las distintas áreas dentro de la UCI: neumonología crítica, shock y reanimación cardiovascular, infecciones y sepsis, manejo posoperatorio, trauma, neurología crítica.	Nociones básicas de soporte vital en la UCI: monitoreo básico de las funciones vitales, reanimación cardiopulmonar, manejo de la vía aérea, oxigenoterapia y entrega de aerosoles, terapia de higiene bronquial, principios básicos de VM, control de infecciones, farmacología, medidas de seguridad y confort.

Cuadro 1.

Competencias específicas

- Evaluación del intercambio gaseoso pulmonar.
- Evaluación de la función respiratoria
- Valoración de la función física en Cuidados Intensivos.
- Evaluación de la deglución.
- Valoración del dolor, delirium y nivel de sedación en pacientes críticos.

Administración de gases medicinales

- Acondicionamiento del gas inspirado
- Aerosolterapia
- Oxigenoterapia y administración de otros gases medicinales.

Cuidados de la vía aérea y asistencia en procedimientos invasivos relacionados con la vía aérea

- Cuidados de la vía aérea artificial (VAA)
- Asistencia en el proceso de colocación de la VAA.



- Retirada de la VAA
- Toma de muestras de secreciones respiratorias
- Asistencia en el procedimiento de endoscopia respiratoria

Fisioterapia respiratoria

Evaluación de la necesidad, selección, implementación y valoración de medidas de posicionamiento, drenaje postural, ondas de choque, maniobras de compresión de gas, hiperinflación manual y mecánica, y aspiración de secreciones en pacientes que requieren asistencia para el manejo de secreciones bronquiales.

Rehabilitación temprana

- Intervenciones de rehabilitación motora
- Electroestimulación neuromuscular
- Rehabilitación de la deglución

Prevención de complicaciones en el paciente crítico

- Prevención de complicaciones asociadas a la VM
- Prevención de complicaciones pulmonares posoperatorias
- Prevención de delirium
- Transporte del paciente crítico

Implementación de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y Ventilación mecánica invasiva (VMI)

- Control operativo y monitoreo de equipos de VMNI y administración de gases terapéuticos.
- Aplicación de VMNI.
- Control operativo y monitoreo de equipos de VM y administración de gases terapéuticos.
- Monitorización del paciente:
- Tratamientos adjuntos a la VMI:



- Desvinculación de la VM

Desarrollo de normas, guías y protocolo de Kinesiología Intensivista para evaluación y tratamiento.

Capacidad de generar lineamientos generales o específicos para la evaluación y el tratamiento de distintos grupos de pacientes dentro de sus áreas de competencia. Estas normas, guías y protocolos pueden ser liderados e impulsados específicamente por los kinesiólogos, en la institución en donde se desempeñan, en consenso con el equipo de trabajo de la UCI. Algunos ejemplos de estas guías/protocolos pueden ser: cuidados de la VAA, VM en situaciones específicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de dificultad respiratoria aguda), desvinculación de la VM, VMNI, CNAFO2, fisioterapia respiratoria posoperatoria, rehabilitación temprana

Competencias transversales

- Dentro del área del desarrollo de guías, normas y protocolos, el KI puede participar junto con otros profesionales de la salud en el desarrollo de estándares de cuidado en otras áreas de la UCI para tratar de minimizar la variabilidad y utilizar la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Dentro del área de la docencia y la investigación, el KI debe tener una actitud proactiva en la actualización y difusión del conocimiento de su área de competencia hacia sus pares, los demás integrantes del equipo de salud de la UCI, los pacientes y sus familiares. El KI debe mantener un espíritu de formación y actualización a través de la adecuada interpretación de la evidencia disponible. La mirada crítica le permitirá seleccionar adecuadamente la información y adaptarla a su medio de trabajo, dentro de las áreas de su competencia, y participar de actividades científicas dentro de la UCI. Puede desarrollar e implementar proyectos de investigación dentro del ámbito de su competencia y formar parte de equipos multidisciplinarios de investigación en las UCI.
- Dentro del área de la gestión, el KI debe ser capaz de brindar asesoramiento a la UCI en la evaluación de insumos y equipamiento respiratorio y de rehabilitación. En el área de recursos humanos, debe ser capaz de evaluar y asesorar a la UCI en relación con la administración de recursos humanos de kinesiología, de acuerdo con las necesidades y a las recomendaciones, normas o directrices vigentes.



- En relación con la calidad de atención y la evaluación de resultados dentro de las áreas de su competencia, el KI debe participar de la vigilancia sobre la evolución de los resultados de la implementación de la VM y la rehabilitación dentro de la UCI (por ejemplo, duración y mortalidad de los pacientes en VM, tasa de fracaso en los pacientes que utilizaron VMNI, tasa de pacientes reintubados, tasa de debilidad asociada a la enfermedad crítica). Los resultados obtenidos de esta vigilancia pueden utilizarse para optimizar la tarea del KI y del equipo de salud e implementar programas de mejoría en la calidad de atención.
- Participar con el resto del equipo en las discusiones acerca de los problemas bioéticos que presenten los pacientes, especialmente en el proceso de toma de decisiones y en la consideración de la eventual limitación del esfuerzo terapéutico.
- Asistencia y colaboración en los procedimientos de destete terminal/extubación terminal, cuando estos hubieran sido decididos.

4.6 SBO Y KINESIOLOGÍA INTENSIVISTA

Al igual que otras profesiones pertenecientes al área de la salud, la kinesiólogía requiere un contacto íntimo y con frecuencia prolongado entre el profesional y el paciente. Este tipo de interacción exige un compromiso para con los problemas y preocupaciones de los enfermos, quienes muchas veces se debaten entre la vida y la muerte pudiendo resultar emocionalmente agotador.

Una revisión bibliográfica precedente muestra que el primer estudio sobre SBO en kinesiólogos/as fue desarrollado por Wolfe en 1981 quien define al SBO, describe sus causas, manifestaciones y antecedentes, y propone estrategias de intervención.¹⁶

Schuster y cols.¹⁷ llevaron a cabo una encuesta que abordó síntomas, pensamientos y actitudes, en una población de 160 kinesiólogos, y relevaron que el 53% de ellos sufrían SBO.

Varios estudios posteriores, determinaron, mediante la aplicación del Maslach Burnout Inventory, la presencia de burnout en fisioterapeutas de Estados Unidos, España y Colombia.^{18-19-20.}

A nivel nacional, si bien se ha informado evidencia de SBO, los resultados fueron obtenidos de estudios que abordaron profesionales de diversas áreas del ámbito de la salud incluyendo a kinesiólogos²¹ pero no se encontraron publicaciones que demuestren la presencia del síndrome exclusivamente en kinesiólogos intensivistas.²²



Cabe aclarar que a la fecha no se han encontrado artículos que hayan aplicado la escala Maslach (M.B.I) únicamente a kinesiólogos/as intensivistas a nivel nacional.

4.6 SBO y SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA POR COVID-19

La situación pandémica nos ha llevado a establecer una búsqueda bibliográfica sobre la relación entre la salud mental del personal de salud y la epidemia por SARS (2003) y la pandemia por SARS Cov-2 (2020). Como también identificar los principales factores agravantes que desencadenarían un mayor grado de SBO.

Estudios realizados durante el brote de SARS del 2003 han informado reacciones psicológicas adversas entre los trabajadores de la salud, estos trabajadores de la salud temían el contagio y la infección de sus familiares, amigos y colegas, sintieron incertidumbre y estigmatización, refirieron desgano para trabajar o contemplar resignación y reportaron experimentar elevados niveles de estrés, ansiedad y síntomas de depresión, que podrían tener implicaciones psicológicas a largo plazo.^{23 24}

Ya en brotes infecciosos previos como los causados por el SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e Influenza H1N1 se documentó que los trabajadores sanitarios experimentaron un grado variable de agotamiento emocional²⁵. La ansiedad y el estrés desarrollados en médicos/as y enfermeros/as durante estos brotes presentan una correlación positiva con la puntuación del MBI.

La preocupación sobre la salud mental y psicológica de los trabajadores de la salud que tratan y atienden a pacientes con COVID-19 ha generado el surgimiento de diversos estudios.

En un estudio realizado a 1257 trabajadores sanitarios de hospitales equipados con clínicas o salas de fiebre para pacientes con COVID-19 en Wuhan y otras regiones de



China, una proporción considerable de los participantes informaron síntomas de depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]). Especialmente enfermeras, mujeres, residentes de Wuhan y trabajadores de la salud de primera línea que participaron directamente en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19. ²

Una revisión conformada por 13 estudios de tres países (Ecuador, España y Portugal) obtuvo que la salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general.

Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%- 44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%). ²⁶

Focalizando la situación del SBO en américa latina, en un estudio realizado sobre 224 médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos, más del 90% del personal médico y de enfermería presento SBO intermedio-alto. El personal médico es afectado con mayor frecuencia que el personal de enfermería, tanto a nivel global como en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización. ³

4.7 ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL SBO

Manifestaciones de SBO a gran escala dentro de una organización incluyen altos niveles de absentismo, alta rotación de personal, aumento de la presentación de quejas y aumento de las actividades sindicales. ²⁷

El burnout, a diferencia del simple agotamiento crónico, surge por problemas con la carga de trabajo combinados con discordancias en todas las demás áreas de la vida laboral. Las discordancias en estas áreas afectan el grado de burnout



experimentado, lo que a su vez afecta diversos resultados, como el desempeño laboral, la salud mental y el suministro de servicios sanitarios.

En un comienzo, el enfoque de este síndrome se realizó desde un punto de vista individual; luego, se lo abordó desde una perspectiva social pretendiendo identificar las condiciones ambientales que originan e inciden en el agotamiento, así como los factores que pueden ayudar a mitigarlo. Es por ello que en el siguiente apartado se enunciarán los posibles indicadores predictivos de SBO en los cuales el responsable a cargo debería considerar.

Carga de trabajo—La sobrecarga laboral es una característica de la atención médica que significa que hay poca oportunidad para descansar, recuperarse y recobrar el equilibrio. Manejar la carga de trabajo y reconocer los límites de cada uno puede proporcionar oportunidades que ayuden al personal a sentirse eficaz en su trabajo.

Control—Experimentar falta de control es un factor pronóstico constante del burnout. A la inversa, la percepción de poder influir sobre las decisiones y ejercer autonomía profesional es más probable que genere médicos resilientes y comprometidos

Recompensa—El reconocimiento y la recompensa insuficientes (ya sea económica, institucional o social) aumenta la vulnerabilidad al burnout porque devalúa tanto al trabajo como a los trabajadores y se relaciona estrechamente con sentimientos de ineficacia. Sentir que uno está recompensado apropiadamente se asocia con satisfacción intrínseca, que es el estado óptimo para el personal sanitario. En esta área los pacientes pueden contribuir.

Comunidad—Independientemente de su tamaño, las instituciones sanitarias constituyen comunidades sociales. El área comunitaria tiene que ver con las relaciones que las personas tienen con otros en el trabajo. Ya se trate de un consultorio rural o de un gran hospital universitario, las relaciones que se caracterizan por falta de apoyo y de confianza y por conflictos sin resolver, implican gran riesgo de agotamiento emocional.



Equidad— La equidad es el grado en el que las decisiones en el trabajo se perciben como justas y equitativas. Este factor es el más directamente relacionado con la asistencia al paciente. Los pacientes y el personal sanitario experimentan sentimientos de escepticismo, ira y hostilidad si sienten que no son tratados apropiadamente.

Valores—Los valores son los ideales y las motivaciones que originariamente atrajeron a una persona hacia su trabajo, son la conexión motivante entre el trabajador y el lugar de trabajo. Sentir que el trabajo que se debe hacer está muy lejos de ser el deseado puede llevar a un mayor burnout.

En la siguiente tabla se muestran las posibles estrategias de intervención tanto organizacionales como individuales del SBO.

Organizacionales	Individuales
Reconocer su existencia y proporcionar un medio para una discusión abierta del problema. Estas discusiones pueden ser formales o informales, grupal o individual, pero la interacción debe ser sin prejuicios y de apoyo. Una segunda acción identificada por muchos estudios como eficaz para prevenir el agotamiento es la provisión de "tiempos muertos" sancionados por la situación estresante. Miembros de la facultad de las escuelas de kinesiología deben buscar educar a sus estudiantes sobre la posibilidad de agotamiento.	Reconocer su existencia Si no existen programas organizacionales, el terapeuta debe buscar su propio sistema de apoyo entre colegas teniendo cuidado de que las discusiones posteriores no sean simplemente refuerza los sentimientos de insuficiencia o enojo. Cuando se reconocen sentimientos de frustración y fracaso, el terapeuta debe intentar identificar causas que están contribuyendo a esos sentimientos más bien que generalizar y acusar al "sistema".



	El terapeuta individual también debe hacer el máximo uso cualitativo de su tiempo alejado de los pacientes para permitir para la recuperación de reservas físicas y emocionales. Ejercicio físico programado regularmente ha sido defendido como efectivo. Ser consciente de sus propias necesidades e intentar entender por qué está trabajando en una profesión de ayuda. El fracaso del paciente para alcanzar la normalidad con mayor frecuencia es el caso en fisioterapia, y el fisioterapeuta no debe dejar expectativas poco realistas iniciar el ciclo de fracaso, frustración, exceso de trabajo y fatiga que finalmente resulta en agotamiento.
--	--

Cuadro 2.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. MUESTRA

La muestra está conformada por 89 kinesiólogos profesionales de ambos sexos, de los cuales, 51 corresponden al ámbito Privado y los otros 38 al ámbito Público, todos encontrándose en actividad y en los diferentes turnos (mañana, tarde y noche).

De los 89 participantes (el 58,4% es femenino y el 41,7 % es masculino),



entre 31 y 40 años formaron el 60,7% (edad media 35,24).

Criterios de inclusión:

- Kinesiólogos profesionales actualmente en actividad.
- Que realicen su actividad laboral dentro de una UCI y que realizan cuidados a pacientes críticos.
- Que el establecimiento sea en el Área Metropolitana de Buenos Aires.



5. 2. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de enfoque observacional, descriptivo y transversal.

Se buscó determinar la prevalencia de las siguientes dimensiones del Síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los kinesiólogos de UCI de diversos centros públicos y privados del área metropolitana de Buenos Aires.

Se recopilaron datos durante los meses de julio y noviembre de 2020 en la Universidad Abierta Interamericana – Sede Centro, ubicada en Capital Federal, Buenos Aires.

5.3 PROCEDIMIENTO

Para realizar el relevamiento de los datos se utilizó:

- Una encuesta demográficos y laborales para relevar datos pertinentes a la investigación;
- La adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» elaborada por Gil-Monte y colaboradores²⁸, para evaluar las dimensiones del Síndrome de Burnout.
- Una encuesta formada por dos preguntas de carácter autoperceptivo. Una de ellas fue referida a la cantidad de pacientes atendidos durante la pandemia por SARS-CoV-2. La segunda fue orientada a conocer si consideraba sus respuestas se condicionaron en relación con la situación laboral actual pandémica.

En principio, se realizaron las preguntas que permitían confirmar si el personal de kinesiología cumplía con los criterios de inclusión. Luego de ello, se lo invitaba a responder la totalidad del cuestionario y a responder al inventario de Burnout (MBI).

Los cuestionarios fueron de tipo auto-informe mediante la plataforma SurveyMonkey. La difusión se realizó vía mail y números telefónicos, grupos de



WhatsApp y grupos de Kinesiólogos en redes sociales. Una vez completada y validada la encuesta, el acceso quedaba bloqueado impidiendo que una misma persona la cumplimentara más de una vez.

Finalmente, se procedió a identificar a cada persona que participó en este estudio con un número de protocolo, reemplazando la variable nombre con este número, con el fin de cumplir con el anonimato de las respuestas.

5.4 VARIABLES GENERALES

V1: Edad

Dimensiones

D1: Menos de 30 años

D2: Entre 31 y 40 años

D3: Entre 41 y 49 años

D4: Más de 50 años

V2: Sexo

Dimensiones

D1: Femenino

D2: Masculino

5.5 VARIABLES LABORALES

V3: Formación académica

Dimensiones

D1: Curso superior SATI

D2: Posgrado

D3: Residencia

D4: Concurrencia

D5: Cursos y congresos

D6: Carrera de grado

***V4: Población en la que realiza su práctica mayoritariamente******Dimensiones****D1: Neonatos**D2: Pediátricos**D3: Adultos****V5: Horas diarias de trabajo******Dimensiones****D1: 5 horas o menos**D2: 6 a 8 horas**D3: 9 a 11 horas**D4: 12 horas o más****V6: Años de experiencia en la atención de pacientes críticos******Dimensiones****D1: Menos de 5 años**D2: Entre 5 y 9 años**D3: Entre 10 y 14 años**D4: Entre 15 y 19 años**D5: Más de 20 años****V7: Turno de trabajo******Dimensiones****D1: Turno Mañana**D2. Turno Tarde**D3: Turno Noche****V8: Continuidad laboral en UTI en los próximos 5 años******Dimensiones***



D1: Si

D2. No

V9: Realización de guardias de 12/24hs

Dimensiones

D1: Si

D2: No

V10: Frecuencia de las guardias

Dimensiones

D1: 1 vez por semana

D2: 2 veces por semana

D3: 3 veces por semana

D4: Más de 3 veces por semana

V11: Realización de guardias en los próximos 5 años

Dimensiones

D1: Sí

D2: No

V12: Cantidad de instituciones en las que trabaja

Dimesiones

D1: 1

D2: 2

D3: 3 o más

V13: Sistema de salud en que se desempeña mayoritariamente

Dimensiones

D1. Sector Público

D2. Sector Privado

V14: Factores que podrían fortalecer su continuidad en la actividad

Dimensiones



D1. Mejorar la remuneración

D2. Disminución de la carga de horas de guardia

D3. Incorporación de más personal

D4. Anticipar la jubilación

D5. Ninguno



5.6. INSTRUMENTOS

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos: El Cuestionario Autoadministrado (compuesto por 16 preguntas cerradas de respuesta múltiple con varias alternativas) y la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI-HSS)²⁸⁻²⁹ [ver Anexo].

5.7. MBI–HSS. Inventario de Burnout de Maslach: Human Services Survey.

La segunda parte del protocolo está constituida por un cuestionario para la evaluación del nivel de Burnout de los participantes.

Según la última edición del manual de Maslach, Jackson y Leiter en la actualidad existen tres versiones del MBI. El MBI-HSS (Human Services Survey) es la versión inicial del MBI, y se alude a él como MBI-HSS o MBI, indistintamente. Los autores establecen la siguiente diferenciación de versiones comercializadas del MBI: a) el MBI- Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a los profesionales asistenciales y servicios humanos, b) el MBI-Educators Survey (MBI-ES) para profesionales de la educación, y c) el MBI-General Survey (MBI-GS) aplicable a todo tipo de profesiones en general.

En este estudio se utilizó la versión para personas que se desempeñan en actividades asistenciales Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey [MBI-HSS].

Los datos fueron recogidos mediante la adaptación al castellano del MBI-HSS²⁸.

El MBI-HSS, está formado por ítems en forma de afirmaciones referente a sentimientos y actitudes del profesional de la salud en su trabajo y hacia los consumidores de sus servicios. Tienen 7 opciones de respuestas que se presentan en una escala likert, donde los valores de las respuestas se hallan ordenados de menor a mayor en términos de frecuencia (0 es igual a “nunca”; 1



equivale a “pocas veces al año o menos”; 2 “una vez al mes, o menos”; 3 a “unas pocas veces al mes, o menos”; 4 a “una vez por semana”; 5 a “pocas veces a la semana” y, 6 a “todos los días”). La respuesta se escoge en función de la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año.

Ejemplo del MBI-HSS:

	Nunca.	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1.Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo							

Cuadro 3.

Los 22 ítems valoran las tres dimensiones propuestas.

1. Agotamiento emocional: mide sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Corresponde a los ítems:



1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.
2. Me siento agotado/a al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo.
6. Trabajar todo el día con mucha gente representa una verdadera tensión para mí.
8. Me siento quemado/a - agotado/a por mi trabajo.
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
20. Me siento agotado/a.

En esta subescala la puntuación máxima es de 54. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el Agotamiento Emocional y el nivel de Burnout.



2. Despersonalización: evalúa respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia. Corresponde a los ítems:

- 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
- 15. Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes.
- 22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

En esta subescala, la puntuación máxima es de 30. Cuanto mayor es la puntuación, más es la Despersonalización y el nivel de Burnout.

3. Realización Personal: evalúa sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión, lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems:

- 4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
- 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
- 12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
- 18. Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes.
- 19. He conseguido muchas cosas valiosas en mi profesión.
- 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.



La mayor puntuación en esta subescala es de 48. Mayor puntuación, mayor Realización Personal. La puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout; a menor puntuación de Realización Personal más afectado está el sujeto.

Según Mansilla Izquierdo ³⁰ se considera que los puntos de corte del MBI-HSS son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 66 y 99.

Si bien no hay puntos de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, se consideró que un profesional padecía síndrome de Burnout con: altas puntuaciones en Agotamiento Emocional y Despersonalización y, bajas puntuaciones en la variable Realización Personal.

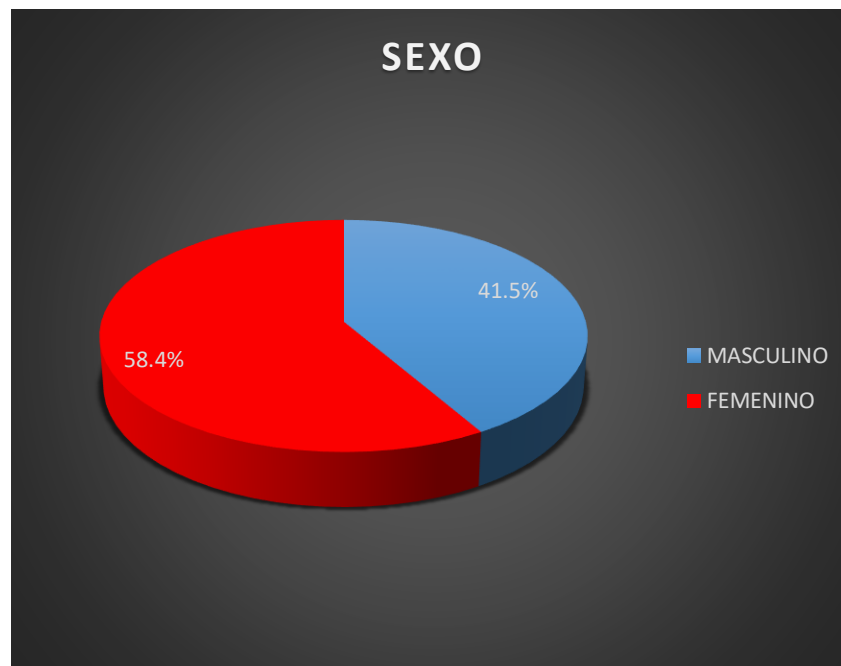
Así también dicho autor explica que, el punto de corte también puede establecerse según los siguientes criterios:

- Subescala Agotamiento Emocional: puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 las indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.
- Subescala de Despersonalización: puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 nivel medio, y menor de 6 bajo grado de despersonalización.
- Subescala de Realización Personal: funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 Sensación de logro.

6. RECOLECCIÓN DE DATOS

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Para realizar el análisis porcentual se utilizó el programa SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences) versión 23 para Windows.

Figura 1. Sexo

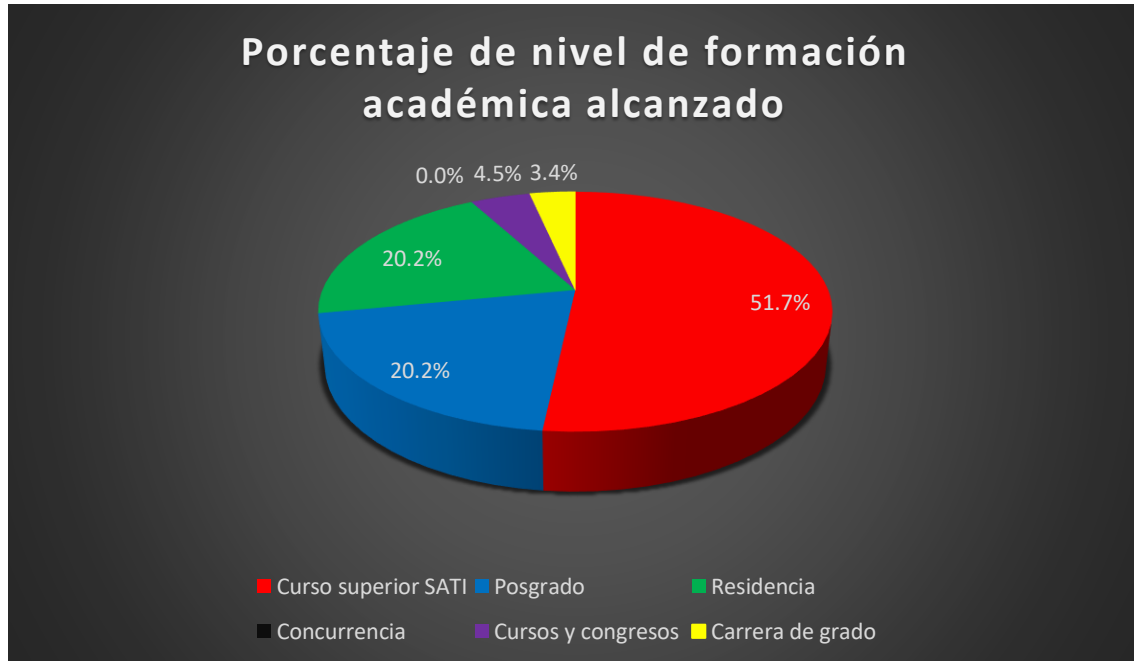
En cuanto al Sexo, el 58,4% (n=52) es femenino y el 41,5 % (n=37) es masculino.

Figura 2. Edad

Las edades fueron divididas en cuatro variables, los menores de 30

años presentaron un 23,6% (n=21), Entre 31 y 40 años 60,7% (n=54), Entre 41 y 50 años 10,1% (n=9) y Mayores de 50 años 5,6% (n=5).

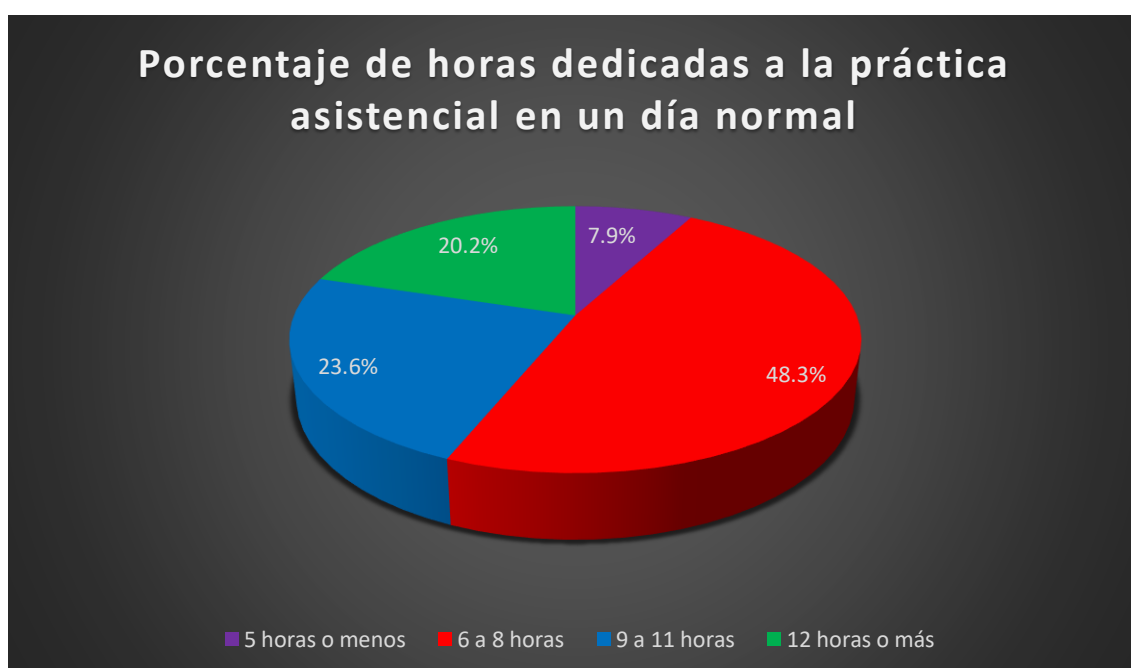
Figura 3. Máximo nivel de formación académica



Respecto al Nivel de Formación académica, el 51,7% realizó el Curso superior SATI, un 20,2% realizó un posgrado, 20,2% son residentes 4,5% han realizado cursos y congresos y un 3,4% poseen únicamente carrera de grado. No hemos obtenido porcentajes de respuesta de concurrentes. (n=0).

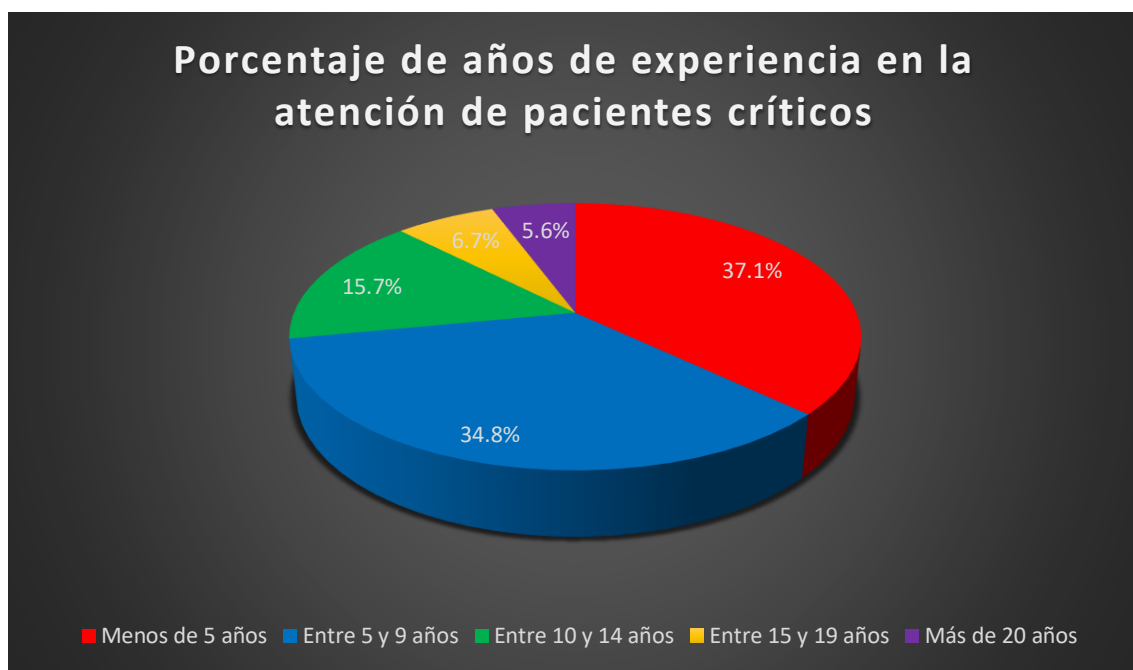
Figura 4. Población de atención pacientes

En cuanto a la atención de pacientes, el 98,9% (n=88) realiza su práctica asistencial en pacientes adultos y el 1,1 % (n=1) en pacientes pediátricos.

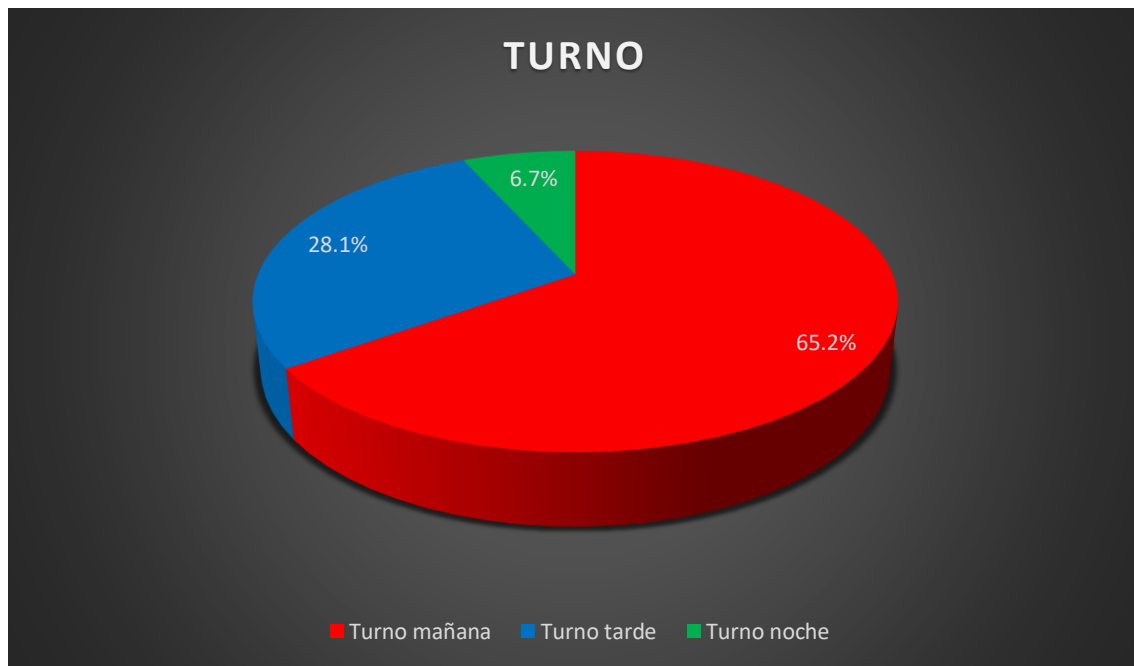
Figura 5. Horas dedicadas a la práctica asistencial en un día normal

En cuanto a la cantidad de horas laborales diarias, el 48,3% (n=43) trabaja entre 6 a 8 horas, el 23,6% (n=21) trabaja de 9 a 11 horas, 20,2% (n=18) trabaja 12 horas o más y el 7,9% (n=7) trabaja 5 horas o menos.

Figura 6. Años de experiencia



En cuanto a los años de experiencia en la atención a pacientes críticos, el 37,1% cuenta con menos de 5 años de experiencia, el 34,8% entre 5 y 9 años, el 15,7% entre 10 a 14 años, el 6,7% entre 15 y 19 años y el 5,6% cuenta con más de 20 años en la actividad asistencial.

Figura 7. Turno

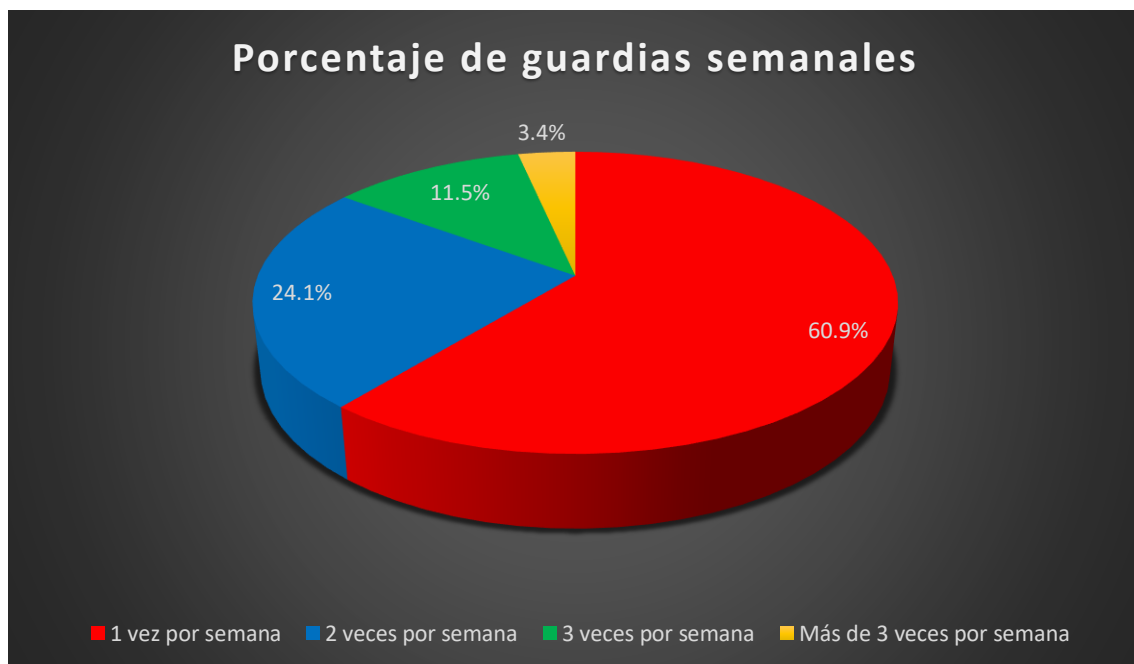
En cuanto al turno, el 65,2% trabaja a la mañana, el 28,1% a la tarde, y el 6,7% a la noche.

Figura 8. Continuidad laboral en el área en los próximos 5 años

En referencia a la continuidad laboral en los próximos 5 años, el 91% continuaría trabajando en el área y el 8,9% no continuaría con la actividad.

Figura 9. Realización de guardias 12/24 horas

Resultados obtenidos de la cantidad de encuestados que realizan guardias de 12/24 horas. El 93,3% realiza guardias y el 6,7% no.

Figura 10. Frecuencia semanal de guardias

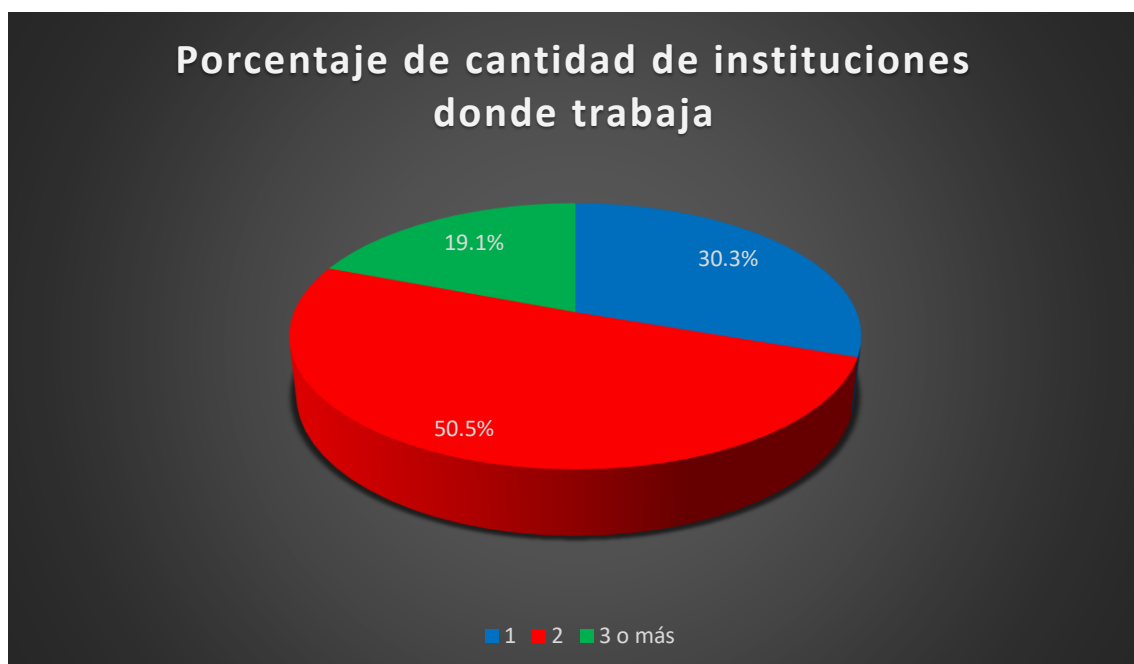
Considerando del total de kinesiólogos que realizan guardias, el 60,9% realiza guardias una vez por semana, el 24% realiza dichas guardias más de 2 veces por semana, el 11,5% realiza guardias 3 veces por semana y el 3,4 realiza guardias más de 3 veces por semana.

Figura 11. Continuidad en la realización de guardias



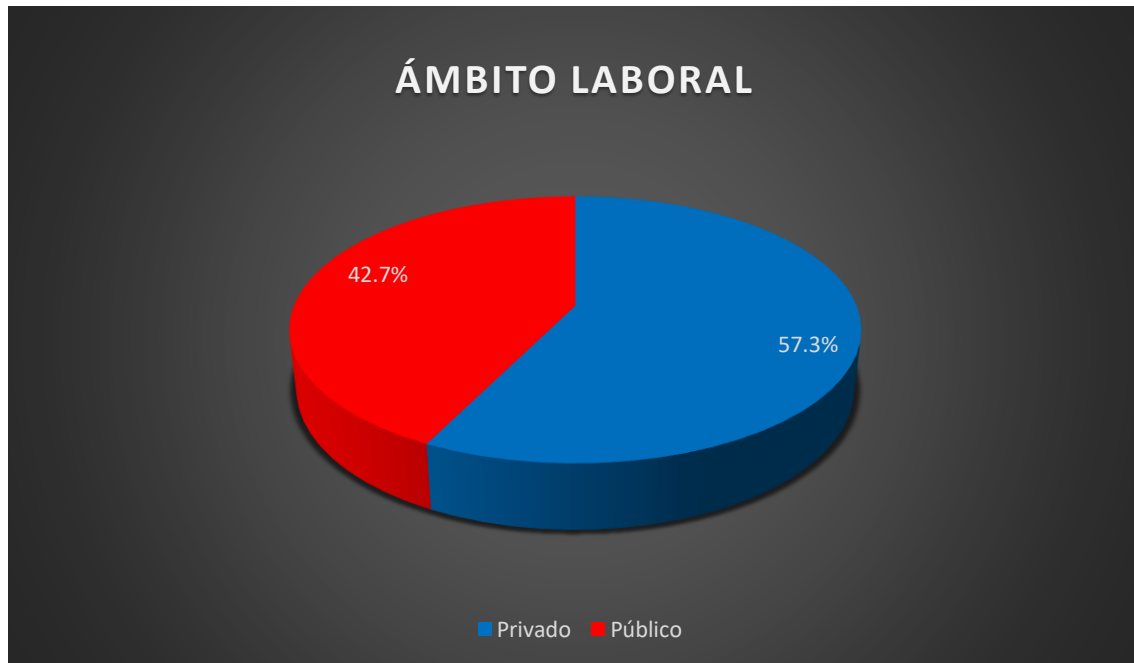
De aquellos encuestados que realizan guardias, el 68,5% continuaría realizando guardias en los próximos 5 años, el 31,5%, considera que no.

Figura 12. Cantidad de instituciones en las que ejerce



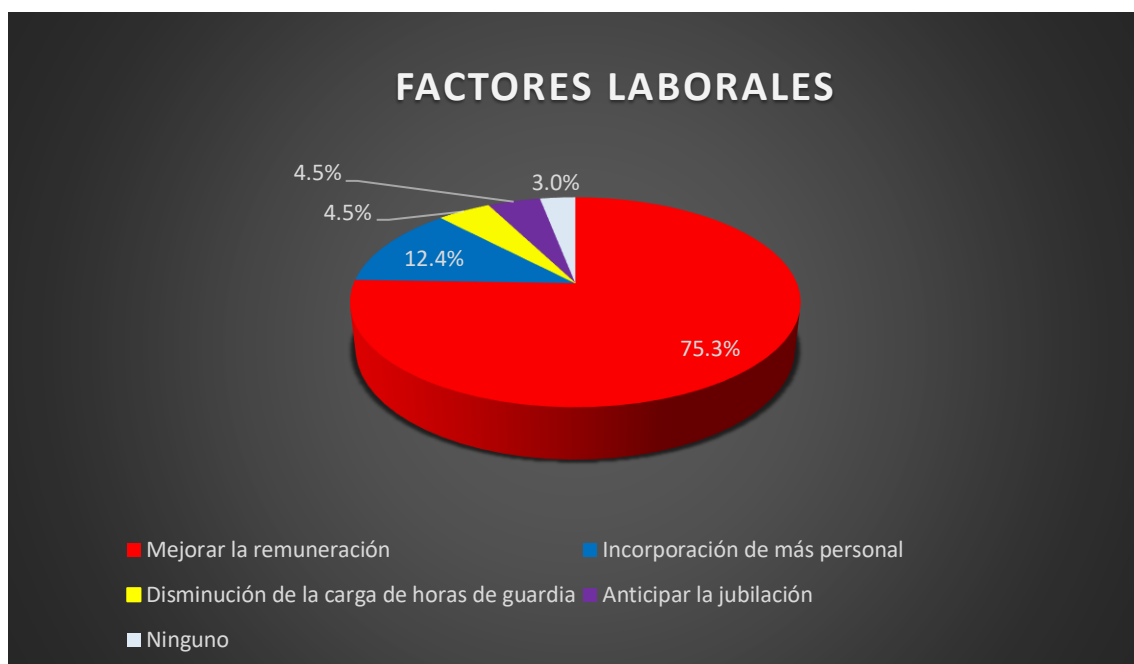
El mayor porcentaje de kinesiólogos (50,5%) ejerce su actividad en 2 instituciones, el 30,3% en solo una institución y el 19,1% ejerce la profesión en 3 o más instituciones.

Figura 13. Ámbito laboral



La muestra estuvo conformada por un total de 89 kinesiólogos, de los cuales el 57,3% (n=51) pertenecen al Sector Privado y el otro 42,7 % (n=38) al Sector Público, ambos en la zona del Área Metropolitana de Buenos Aires.

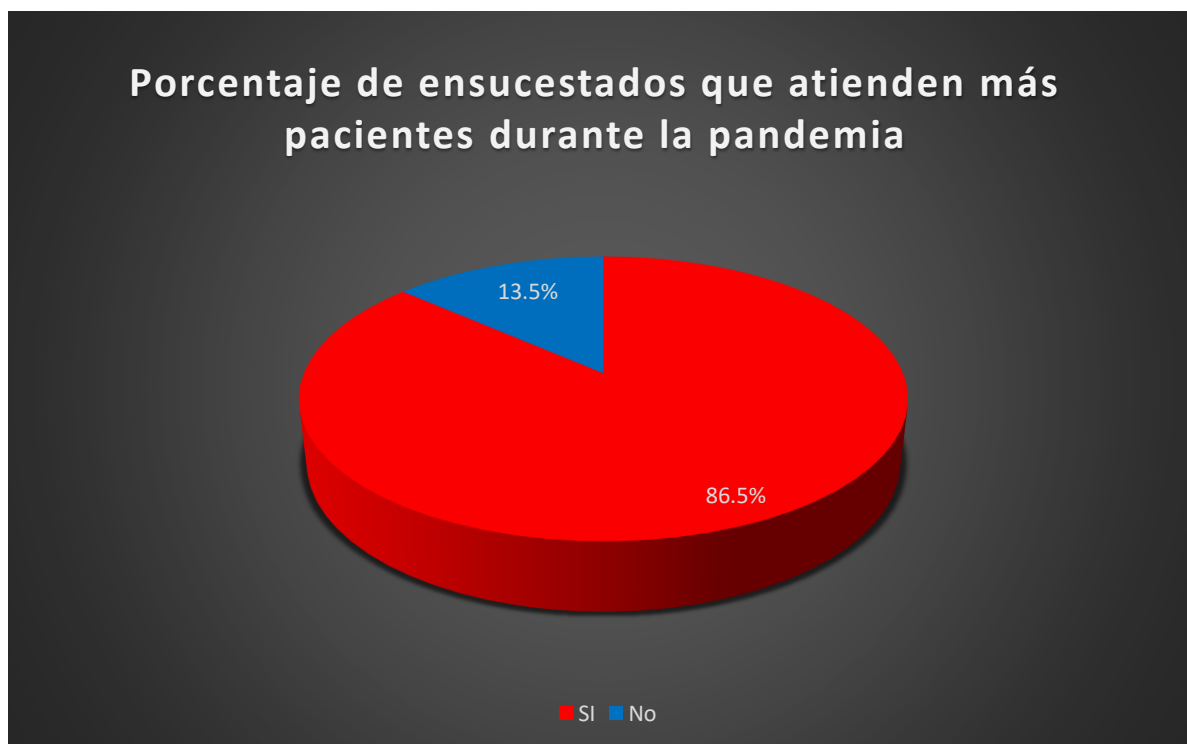
Figura 14. Factores que fortalecerían la continuidad laboral



Al analizar los factores que los encuestados consideraron que fortalecerían su continuidad en la actividad encontramos:

El 75,3% eligió que se mejorara la remuneración, el 12,4% que se incorpore más personal, el 4,5% que se disminuya la carga de horas de guardia, el 4,5% que se anticipe la jubilación y el 3% no eligió ningún ítem.

Figura 15. Atención de pacientes durante la pandemia por COVID-19



Del total de kinesiólogos (n=89), el 86,5% (n=77) considera que atiende más pacientes durante la pandemia por COVID-19 en contraste con el 13,5% (n=12) que no lo considera.

Figura 16. Condicional de respuestas por el marco pandémico

La pregunta se enfocó en identificar si los encuestados consideraban sus respuestas condicionadas por el contexto laboral que desencadenó la pandemia por COVID-19. El 62,9% consideró que sus respuestas estaban muy condicionadas, el 35,5% consideró que estaban poco condicionadas y el 4,5 cree que sus respuestas no están nada condicionadas.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

6.2.1 Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].

Tabla 1. Resúmenes estadísticos de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS].

	N	M	DT	Mín.	Máx.
Agotamiento emocional	89	29,4	10,4	4	53
Despersonalización	89	6,6	5,6	0	22
Realización Personal	89	39,4	6,6	21	48



Tabla 2. Niveles de Burnout según los puntos de corte.

	Niveles bajos	Niveles intermedios	Niveles altos
Agotamiento emocional	15,7%	22,5%	61,8%
Despersonalización	50,6%	19,1%	30,3%
Realización Personal	21,3%	22,5%	56,2%

Los porcentajes según subescalas arrojaron que el 61,8% de encuestados poseen altos niveles de Agotamiento emocional. El 50,6% posee niveles bajos de Despersonalización y El 56,2% presenta elevados de Realización personal y Despersonalización según el baremo establecido por los autores Gil-Monte y Peiró²⁸.

Acorde a los resultados el 24,7% de Kinesiólogos encuestados (n=22) posee niveles elevados de SBO, siendo este grupo el más vulnerable a presentar los síntomas más severos.

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Tabla 3. Baremo utilizado para MBI-HSS

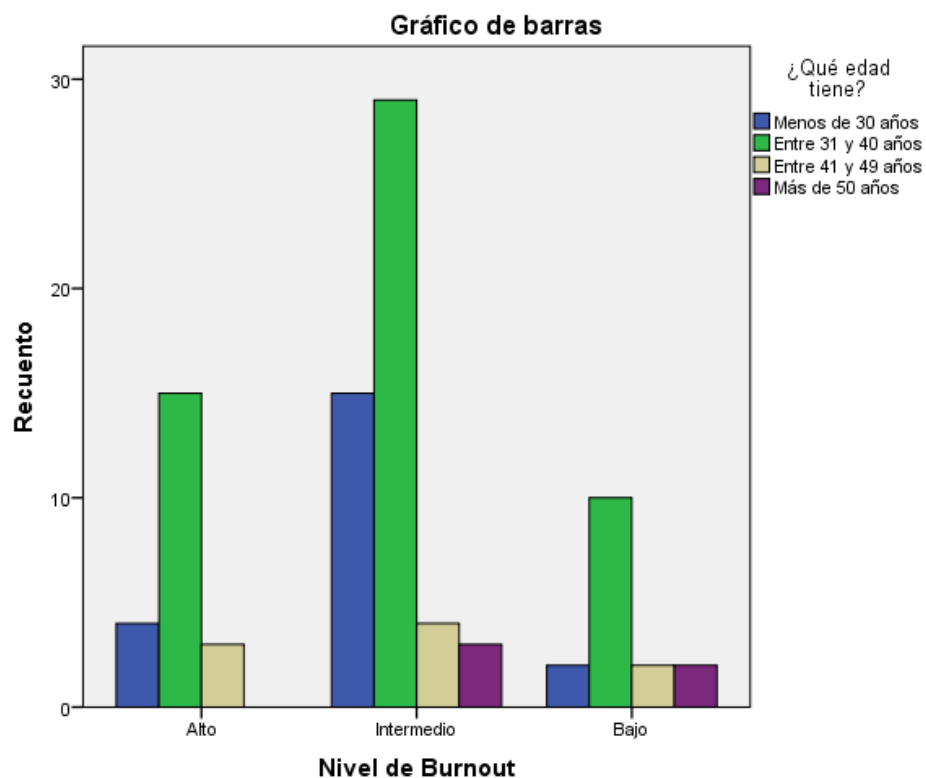
6.3 ANÁLISIS DE VARIABLES

La relación entre los tres niveles de MBI y las variables, sexo, edad, nivel de formación, población de pacientes atendidos, años de experiencia, turno, continuidad laboral, guardias, continuidad de las guardias, cantidad de

instituciones y sistema de salud se observan a continuación.

Tabla 4. Nivel de Burnout - Edad

			¿Qué edad tiene?				Total
			Menos de 30 años	Entre 31 y 40 años	Entre 41 y 49 años	Más de 50 años	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	4	15	3	0	22
		% dentro de Nivel de Burnout	18,2%	68,2%	13,6%	0,0%	100,0%
	Intermedio	Recuento	15	29	4	3	51
		% dentro de Nivel de Burnout	29,4%	56,9%	7,8%	5,9%	100,0%
	Bajo	Recuento	2	10	2	2	16
		% dentro de Nivel de Burnout	12,5%	62,5%	12,5%	12,5%	100,0%
Total	Recuento	21	54	9	5	89	
	% dentro de Nivel de Burnout	23,6%	60,7%	10,1%	5,6%	100,0%	

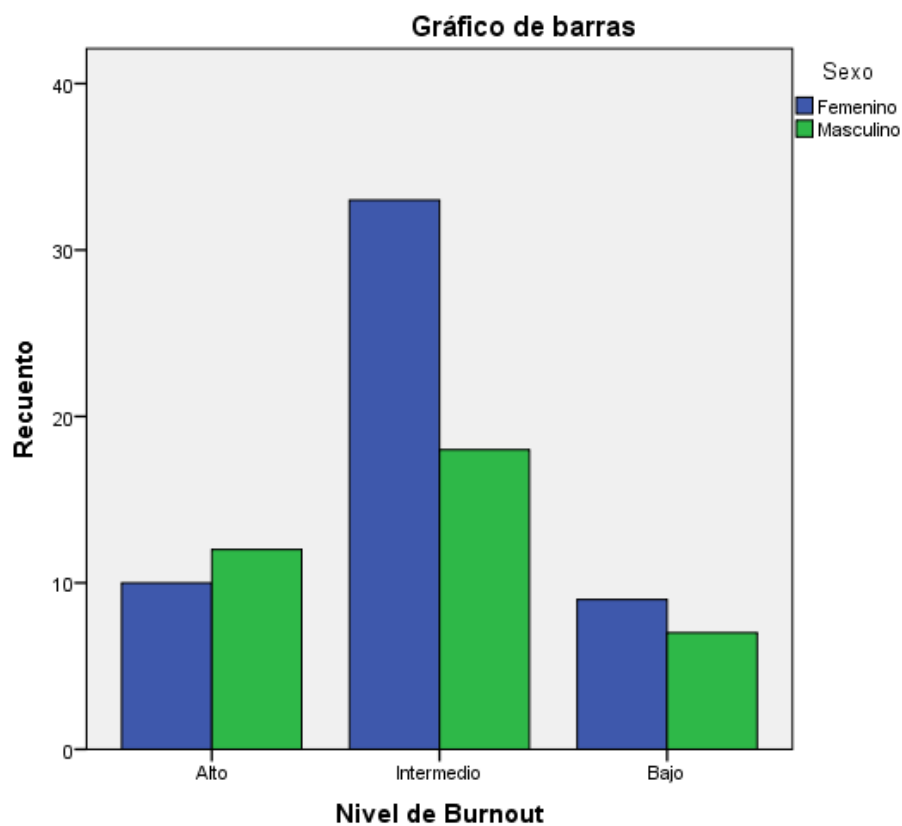


Los valores más altos de SBO se encontraron en la población

perteneciente a las edades entre 31 a 40 años con el 68,2%.

Tabla 5. Nivel de Burnout - Sexo

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	10	12	22
		% dentro de Nivel de Burnout	45,5%	54,5%	100,0%
	Intermedio	Recuento	33	18	51
		% dentro de Nivel de Burnout	64,7%	35,3%	100,0%
	Bajo	Recuento	9	7	16
		% dentro de Nivel de Burnout	56,3%	43,8%	100,0%
Total	Recuento	52	37	89	
	% dentro de Nivel de Burnout	58,4%	41,6%	100,0%	

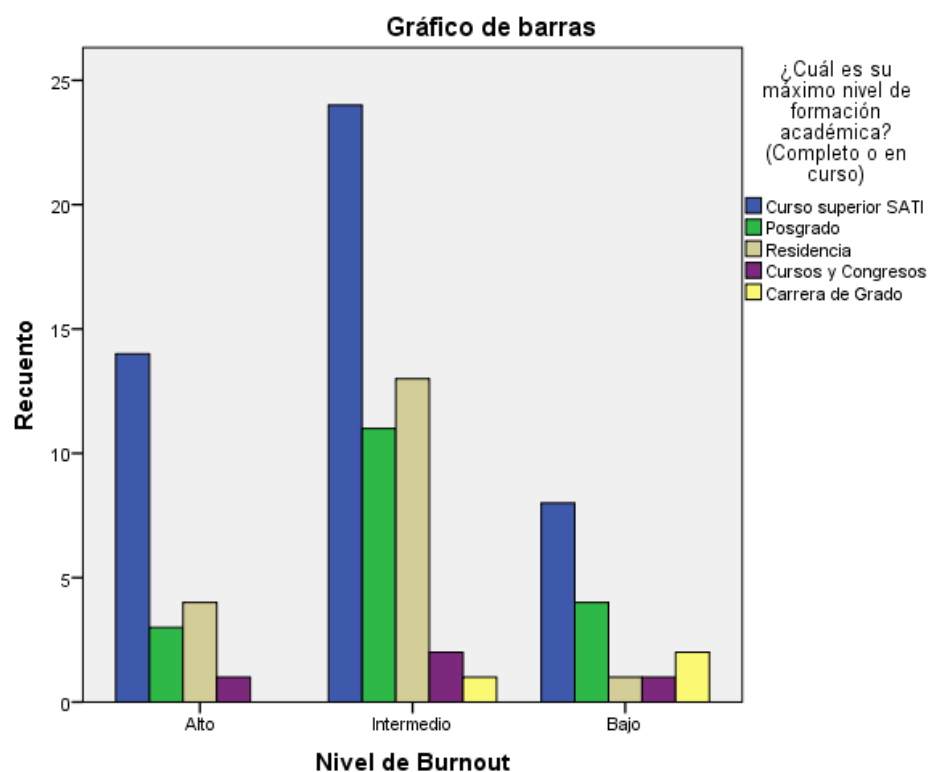




En la variable sexo, entre los niveles altos de SBO no se identificaron grandes diferencias entre porcentajes, siendo un 45,5% de mujeres y un 54,5% en hombres.

Tabla 6. Nivel de Burnout Nivel de formación académica (Completo o en curso)

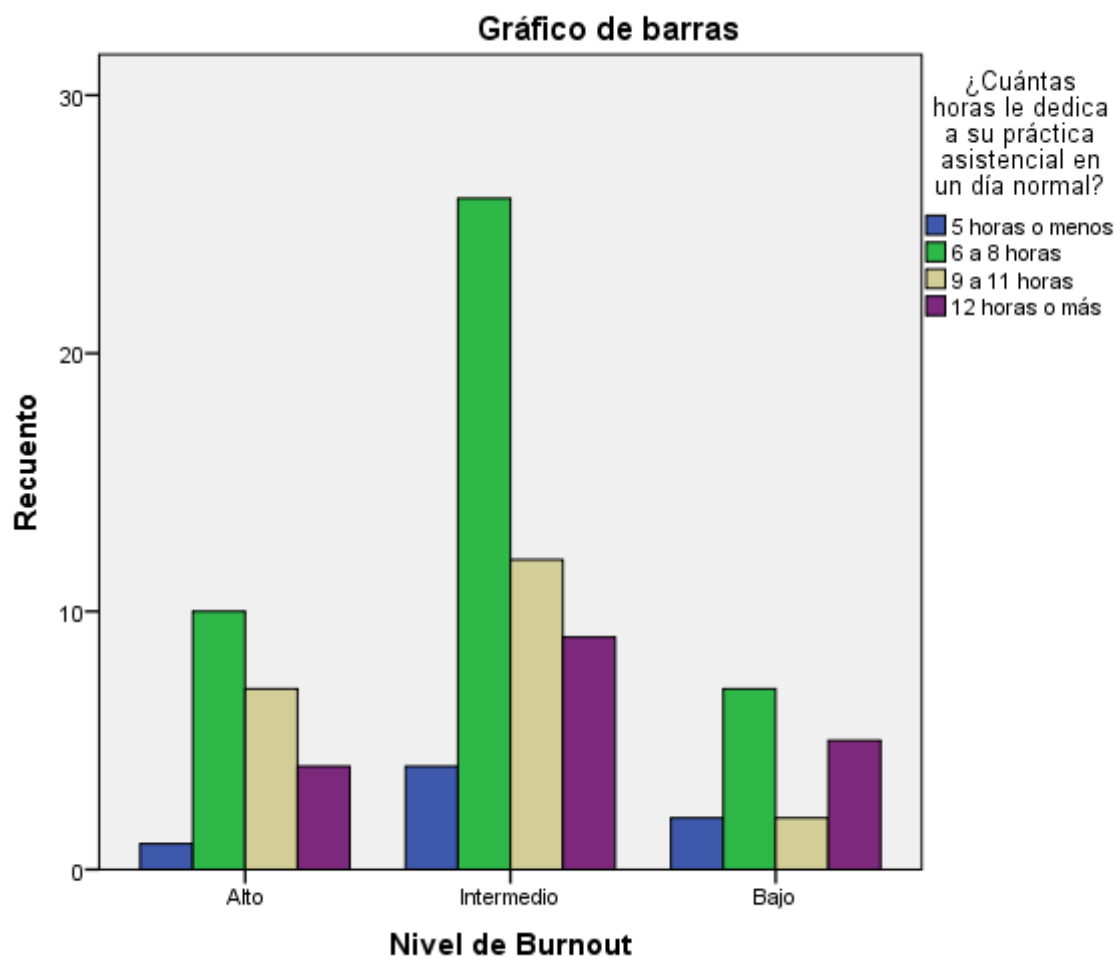
			¿Cuál es su máximo nivel de formación académica? (Completo o en curso)					Total
			Curso superior SATI	Posgrado	Residencia	Cursos y Congresos	Carrera de Grado	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	14	3	4	1	0	22
		% dentro de Nivel de Burnout	63,6%	13,6%	18,2%	4,5%	0,0%	100,0%
	Intermedio	Recuento	24	11	13	2	1	51
		% dentro de Nivel de Burnout	47,1%	21,6%	25,5%	3,9%	2,0%	100,0%
	Bajo	Recuento	8	4	1	1	2	16
		% dentro de Nivel de Burnout	50,0%	25,0%	6,3%	6,3%	12,5%	100,0%
Total		Recuento	46	18	18	4	3	89
		% dentro de Nivel de Burnout	51,7%	20,2%	20,2%	4,5%	3,4%	100,0%



Del total analizado el 63,6% que presentaba niveles altos de SBO habría finalizado o se encuentra realizando el curso superior SATI.

Tabla 7. Nivel de Burnout - Horas dedicadas al día

			¿Cuántas horas le dedica a su práctica asistencial en un día normal?				Total
			5 horas o menos	6 a 8 horas	9 a 11 horas	12 horas o más	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	1	10	7	4	22
		% dentro de Nivel de Burnout	4,5%	45,5%	31,8%	18,2%	100,0%
	Intermedio	Recuento	4	26	12	9	51
		% dentro de Nivel de Burnout	7,8%	51,0%	23,5%	17,6%	100,0%
	Bajo	Recuento	2	7	2	5	16
		% dentro de Nivel de Burnout	12,5%	43,8%	12,5%	31,3%	100,0%
Total	Recuento	7	43	21	18	89	
	% dentro de Nivel de Burnout	7,9%	48,3%	23,6%	20,2%	100,0%	

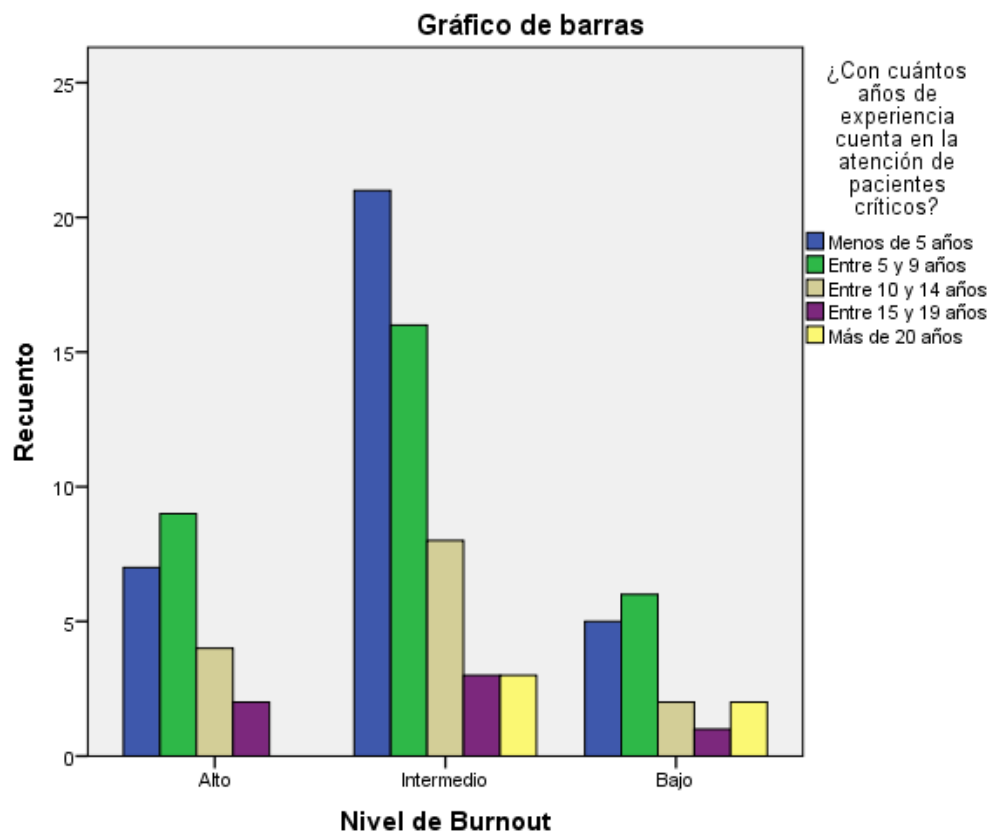


Dentro de los profesionales que presentaron un alto nivel de SBO, el 45,5% dedica entre 6 a 8 horas diarias.

Tabla 8. Nivel de Burnout - Años de experiencia en la atención de pacientes críticos

			¿Con cuántos años de experiencia cuenta en la atención de pacientes críticos?					Total
			Menos de 5 años	Entre 5 y 9 años	Entre 10 y 14 años	Entre 15 y 19 años	Más de 20 años	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	7	9	4	2	0	22
		% dentro de Nivel de Burnout	31,8%	40,9%	18,2%	9,1%	0,0%	100,0%
	Intermedio	Recuento	21	16	8	3	3	51
		% dentro de Nivel de Burnout	41,2%	31,4%	15,7%	5,9%	5,9%	100,0%
	Bajo	Recuento	5	6	2	1	2	16
		% dentro de Nivel de Burnout	31,3%	37,5%	12,5%	6,3%	12,5%	100,0%

	% dentro de Nivel de Burnout	31,3%	37,5%	12,5%	6,3%	12,5%	100,0%
Total	Recuento	33	31	14	6	5	89
	% dentro de Nivel de Burnout	37,1%	34,8%	15,7%	6,7%	5,6%	100,0%

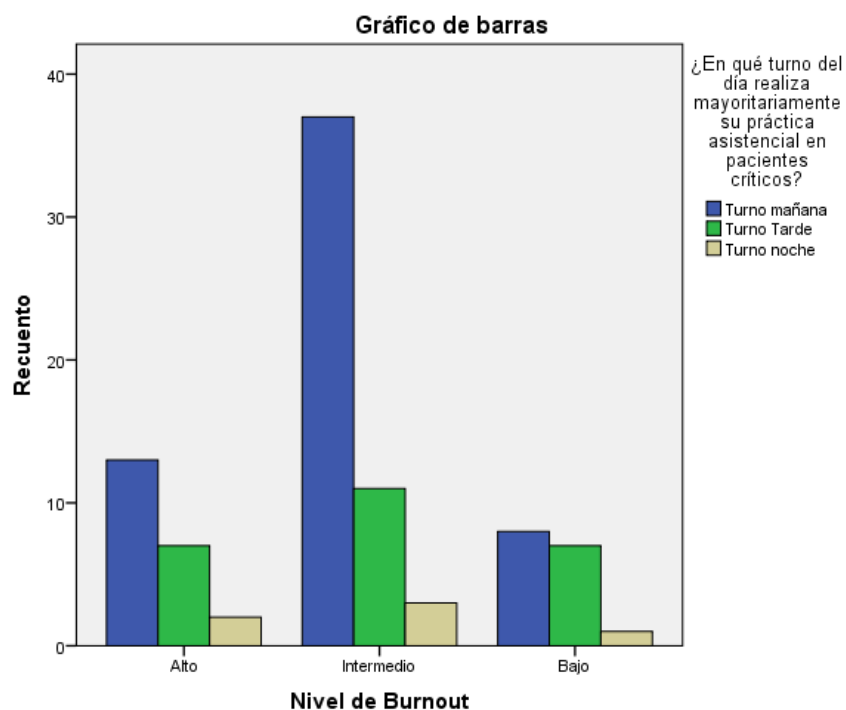


En cuanto a los años de experiencia, se encontró que dentro del grupo con valores elevados de SBO el 40,9% trabaja en el área desde hace 5 a 9 años.

Tabla 9. Nivel de Burnout - Turno

			¿En qué turno del día realiza mayoritariamente su práctica asistencial en pacientes críticos?			Total
			Turno mañana	Turno Tarde	Turno noche	
Nivel de Burnout	Alto	Recuento	13	7	2	22
		% dentro de Nivel de Burnout	59,1%	31,8%	9,1%	100,0%
	Intermedio	Recuento	37	11	3	51
		% dentro de Nivel de Burnout	72,5%	21,6%	5,9%	100,0%

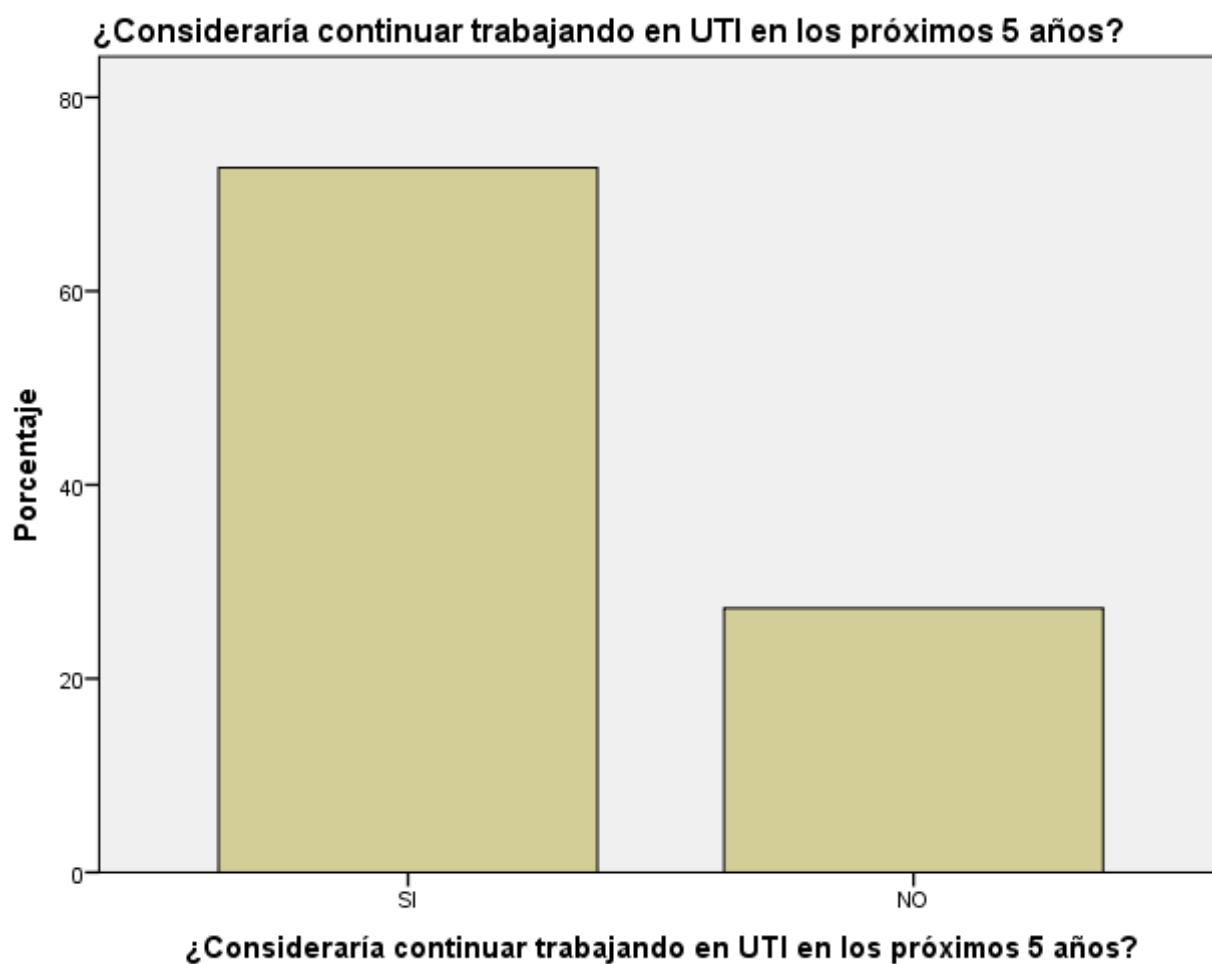
Bajo	Recuento	8	7	1	16
	% dentro de Nivel de Burnout	50,0%	43,8%	6,3%	100,0%
Total	Recuento	58	25	6	89
	% dentro de Nivel de Burnout	65,2%	28,1%	6,7%	100,0%



Los mayores porcentajes de SBO altos fueron identificados en los profesionales que dedicaban sus prácticas en el turno mañana (59,1%)

Tabla 10 ¿Consideraría continuar trabajando en UTI en los próximos 5 años?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	16	72,7	72,7	72,7
	NO	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Al analizar todos los casos con niveles altos de SBO ($n=22$), hemos encontrado que el 72,7% consideraría continuar con la actividad laboral en los próximos 5 años.

Tabla 11. ¿Realiza guardias de 12/24hs?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	21	95,5	95,5	95,5
	NO	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabla 12. ¿Realiza guardias de 12/24hs? - ¿Cuántas veces por semana realiza dichas guardias?

Recuento

		¿Cuántas veces por semana realiza dichas guardias?				Total
		1 vez por semana	Dos veces por semana	Más de 3 veces por semana	No realiza	
¿Realiza guardias de 12/24hs?	SI	14	6	1	0	21
	NO	0	0	0	1	1
Total		14	6	1	1	22



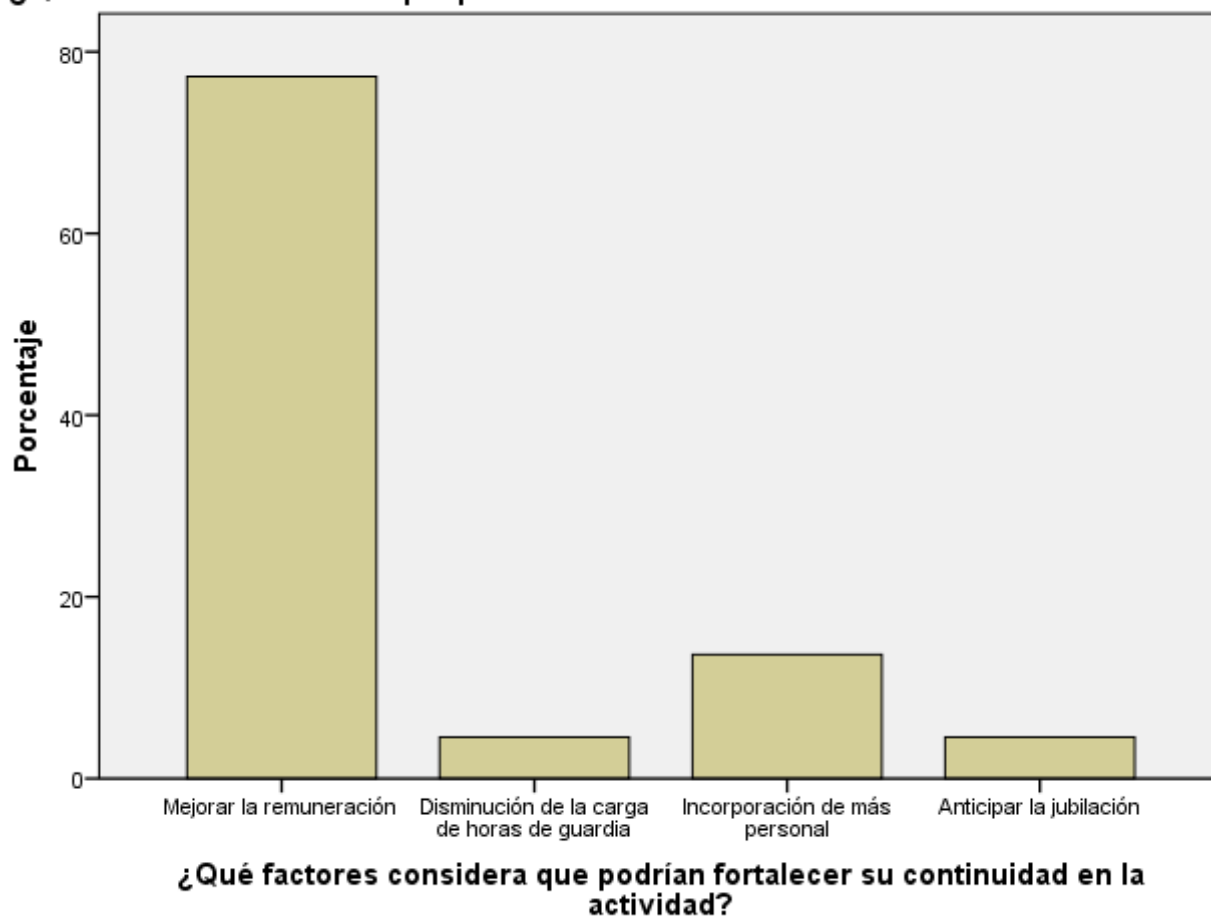
Es de especial consideración mencionar que del total de kinesiólogos con niveles altos de SBO el 95,5% realiza guardias de 12/24hs. Del total, 14 realizan guardias 1 vez a la semana.

Tabla 13. ¿Qué factores considera que podrían fortalecer su continuidad en la actividad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mejorar la remuneración	17	77,3	77,3	77,3

Disminución de la carga de horas de guardia	1	4,5	4,5	81,8
Incorporación de más personal	3	13,6	13,6	95,5
Anticipar la jubilación	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

¿Qué factores considera que podrían fortalecer su continuidad en la actividad?

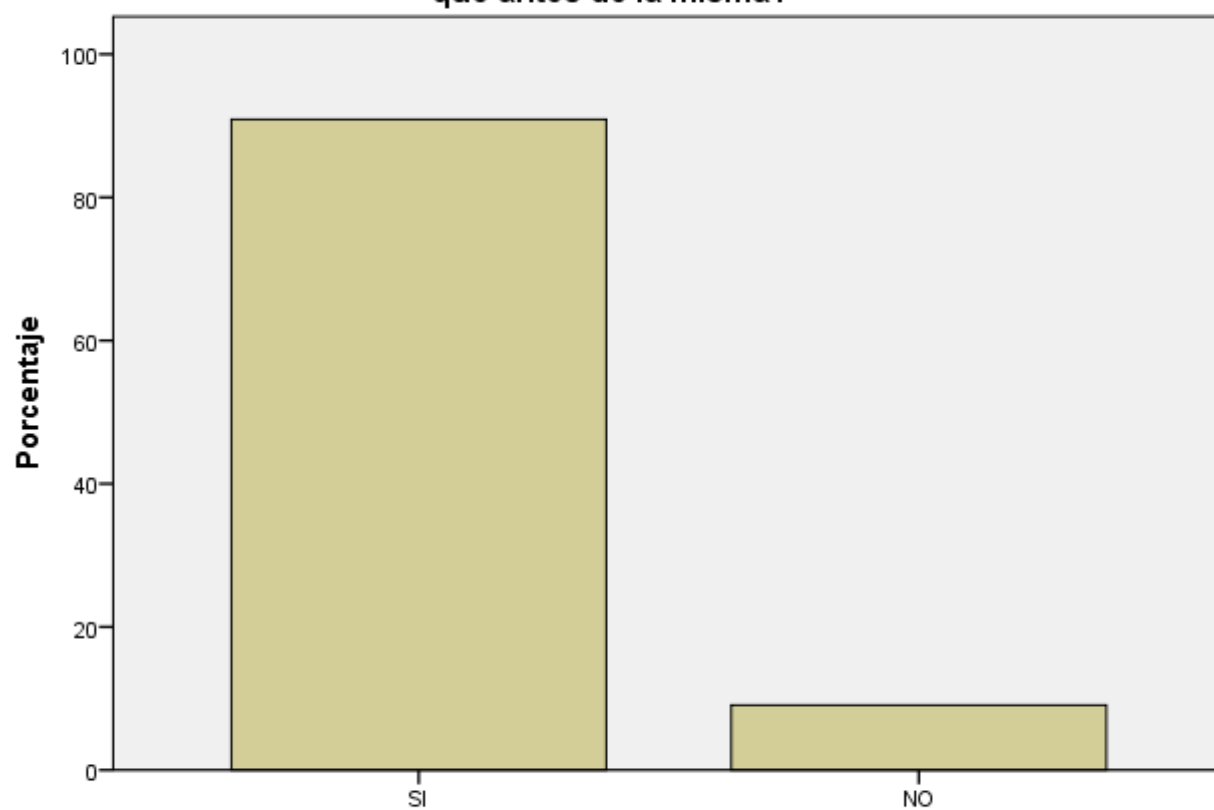


Del total de los encuestados que obtuvieron valores altos de SBO, el 77,3% considera que deberían aumentar la remuneración, seguido por el 13,6% que considera que se debería incorporar mayor personal.

Tabla 14. En su jornada de trabajo actual en tiempos de pandemia. ¿Atiende más pacientes que antes de la misma?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	20	90,9	90,9	90,9
	NO	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

En su jornada de trabajo actual en tiempos de pandemia. ¿Atiende más pacientes que antes de la misma?



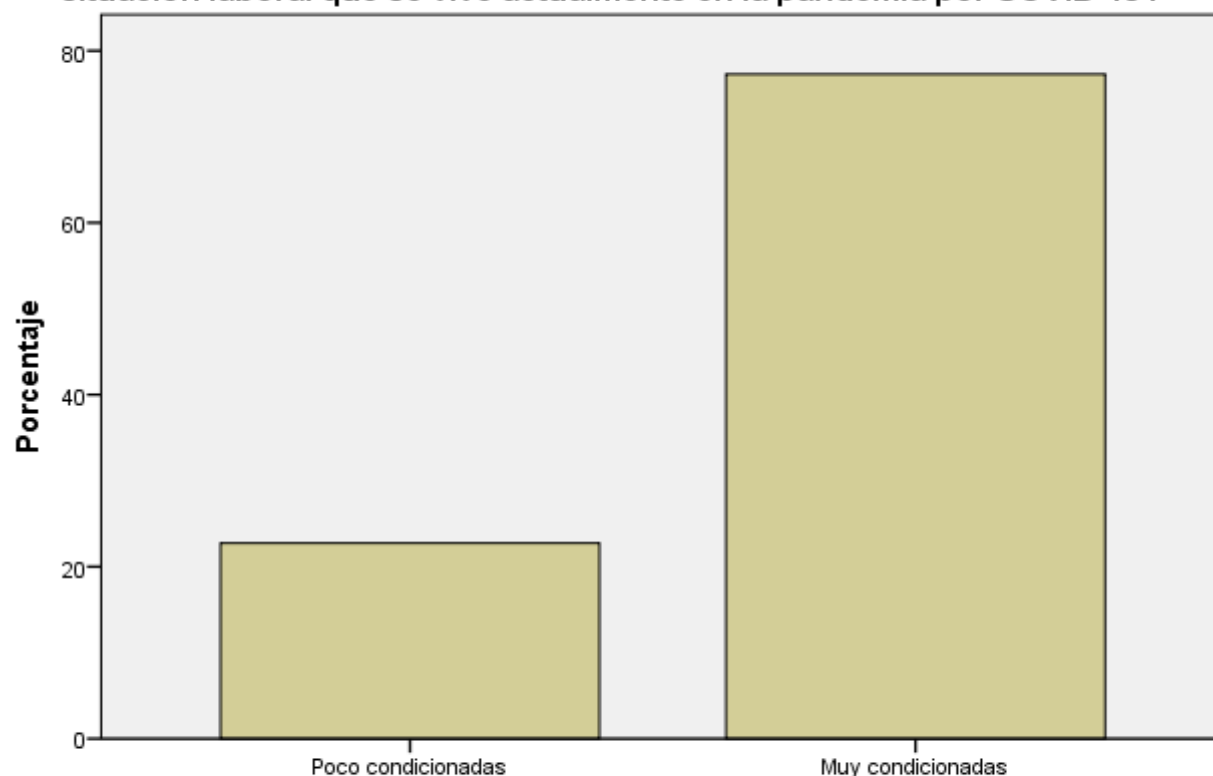
En su jornada de trabajo actual en tiempos de pandemia. ¿Atiende más pacientes que antes de la misma?

Al analizar el grupo con valores altos de SBO, el 90,9% considera que atiende más pacientes que antes de la pandemia.

Tabla 15. ¿Cuán condicionadas cree usted que podrían estar sus respuestas debido a la situación laboral que se vive actualmente en la pandemia por COVID-19?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Poco condicionadas	5	22,7	22,7	22,7
	Muy condicionadas	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

¿Cuán condicionadas cree usted que podrían estar sus respuestas debido a la situación laboral que se vive actualmente en la pandemia por COVID-19?



¿Cuán condicionadas cree usted que podrían estar sus respuestas debido a la situación laboral que se vive actualmente en la pandemia por COVID-19?

De los encuestados que presentaron valores altos de SBO, el 77,3% considera que sus respuestas están muy condicionadas por la pandemia y el 22,7% considera que sus respuestas están poco condicionadas, cabe aclarar que ninguno eligió la opción “nada condicionadas”.

En cuanto a las variables: continuidad de guardias en los próximos 5 años, cantidad de instituciones en las que trabaja, sistema de salud donde trabaja (privado ó público), no se encontraron mayores diferencias porcentuales entre los encuestados.



7. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue determinar la Prevalencia del Síndrome de Burnout en kinesiólogos que realicen actividades en UCI en el área metropolitana de Buenos Aires.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se observó que se evidencia la prevalencia del Síndrome de Burnout en un 24,5% de la muestra de kinesiólogos del Área Metropolitana de Buenos Aires ya que presentaron altos niveles de Agotamiento personal, niveles altos de despersonalización y niveles bajos de Realización Personal. Estos resultados ponen de manifiesto que un porcentaje de la población estudiada se ve potencialmente afectada por este síndrome.

Frente a estos resultados, no sorprende encontrar que este grupo estudiado esté afectado por el Síndrome de Burnout debido a que el personal queda expuesto a diversos y constantes factores estresantes, sean de carácter personal, social u organizacional.

Los niveles altos de agotamiento personal estuvieron relacionados con la cantidad de pacientes atendidos, posiblemente esto establezca una relación con el déficit de personal y de insumos para afrontar a la pandemia por COVID-19.

En relación con los resultados de un estudio llevado a cabo en un Hospital Universitario de Capital Federal²², en el cual se encontró que los kinesiólogos no poseían grados de SBO, no concuerdan con los resultados encontrados en este estudio. Esto puede deberse a que en el estudio citado no se estudió directamente a los kinesiólogos intensivistas y que el período de recolección de nuestro estudio se llevó a cabo durante la pandemia por COVID-19.

En cuanto a los niveles intermedios obtenidos para la Despersonalización en los participantes de este estudio, se puede inferir que no son deshumanizados, no ejecutan el destrato ni la hostilidad hacia el otro. De este modo, los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y paciente/ familia se afrontan y solucionan.



Finalmente, el puntaje alto en los resultados de la variable Realización Personal de la muestra de este estudio, podría pensarse como un indicador de que el personal no se siente frustrado ante las labores que desempeña, lo que aumenta el sentido de productividad y utilidad de sus funciones; siendo el trabajo el que proporciona beneficios y cumple con sus expectativas, pues no sienten que trabajan aisladamente. Sumado a ello, se puede inferir que su autoestima es alta. Considerando el elevado grado de capacitación de todos los profesionales, podríamos atribuirle el hecho de que aun con niveles altos de Agotamiento mantienen su efectividad y nivel de dedicación en el área.

Para el establecimiento de un potencial caso de SBO con niveles altos sería ser mujer entre 31 y 40 años, que trabaja en el turno mañana, realiza 1 guardia durante la semana y considera que atiende más pacientes durante la pandemia.

En la variable sexo, Román (2003) realizó una investigación donde comprobó su hipótesis, que el género con mayor nivel de afectación es el femenino, a diferencia de lo encontrado en el estudio realizado por Jenaro-Río et al. (2007) donde el género no se relaciona significativamente con Agotamiento Emocional ni con Despersonalización, pero sí se relaciona con Realización Personal, siendo las mujeres quienes obtienen puntuaciones más elevadas en esta última.

Considerando las hipótesis planteadas, los kinesiólogos intensivistas que realizan prácticas en UCI AMBA poseen un gran riesgo de contraer SBO, la principal variable relacionada con un alto Agotamiento Emocional en todos los casos fue la percepción de atender más pacientes que previo a la pandemia.

En cuanto a los que puntuaron con niveles altos de SBO parecería ser mucho peor de lo planteado. Ya que los kinesiólogos fueron los que trabajan entre 6 y 8 horas y solo realizan una guardia por semana.



8. BIBLIOGRAFÍA



1. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 Total del país. [Http://Www.Indec.Gov.Ar](http://www.indec.gov.ar). 2013. 1–5 p.
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open*. 2020;3(3):e203976.
3. Vinueza Aldaz, N., Mera, C., Pino, D., Tapia, E & Vinueza, M. A. (Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic). *Psychiatr Damubina*. 2020;19(1):1–21.
4. Freudenberger, Herbert J. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;90(1):159–65.
5. Zaragoza E. El médico con burnout. 1998. 20–23 p.
6. Maslach C, Jackson SE. Cuestionario - Burnout. Mbi [Internet]. 1986;0(0):1–2. Available from: www.omint.com.ar
7. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, drop out, suicide: Physician loss in emergency medicine, part I. *West J Emerg Med*. 2019;20(3):485–94.
8. Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*. 2003;55(4):309–16.
9. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occup Environ Med*. 2000;57(7):453–7.
10. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71(6):1263–9.
11. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*. 2000;69(6):329–34.
12. Galvan M. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(6):466–73.
13. Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol*. 2014;5(OCT):1–13.
14. Fredes S, Tiribelli N, Setten M, Rodrigues R, Plotnikow G, Busico M et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Argentina Ter Intensiva* [Internet]. 2018;35(4):1–10. Available from:



<http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/592>

15. Barnes TA, Gale DD, Kacmarek RM, Kageler W V. Competencies needed by graduate respiratory therapists in 2015 and beyond. *Respir Care*. 2010;55(5):601–16.
16. Wolfe GA. Burnout of therapists. Inevitable or preventable? *Phys Ther*. 1981;61(7):1046–50.
17. Schuster ND, Nelson DL, Quisling C. Burnout among physical therapists. *Phys Ther*. 1984;64(3):299–303.
18. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med*. 1993;37(5):575–81.
19. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, Schindler T, Jette DU, Curtis KA, et al. Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Phys Ther*. 1993;73(11):750–61.
20. Schlenz KC, Guthrie MR, Dudgeon B. Burnout in Occupational Therapists and Physical Therapists Working in Head Injury Rehabilitation [Internet]. Available from: <http://aota.org/terms>
21. Gil-Monte PR, Pierre J. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Salud laboral Riesgos laborales Psicosoc y bienestar laboral* [Internet]. 2013;(January 2008):155–75. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308012.pdf>
22. Bonavita GL, Cano ME, Irrazabal J, Pitra VE, Faria GR De, Warter SA, et al. Proporción de síndrome de burnout en kinesiólogos de un Hospital Universitario de Buenos Aires. :9–13.
23. Mcalonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KW, Sham PC, et al. Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers. Vol. 52, *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007.
24. Bai YM, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055–7.
25. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*. 2020;12(4).



26. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica. 2020;94.
27. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and health care workforce turnover. Ann Fam Med. 2019;17(1):36–41.
28. Gil-Monte PR. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. 1997.
29. Torres E, González L, Gutiérrez V. Análisis del burnout y sus escalas de medición. Prax Investig Redie [Internet]. 2019;11(20):XX. Available from: file:///C:/Users/usuario/Documents/CICLO 4/METODOLOGIA/fundamentacion teorica/Dialnet-AnalisisDelBurnoutYSusEscalasDeMedicion-6951593.pdf
30. Mansilla Izquierdo F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica. Psicol Labor [Internet]. 2010;1–260. Available from: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/107044/ManualRiesgosPsicosociales.pdf

9. Anexo

Cuestionario Kinesiólogos/as UTI 2020.

Completar, marcando con una cruz donde corresponda:

1) ¿Qué edad tiene?:

- ☐ Menos de 30 años



- ☐ Entre 31 y 40 años
- ☐ Entre 41 y 49 años
- ☐ Más de 50 años

2) **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

3) **¿Cuál es su máximo nivel de formación académica? (Completo o en curso):**

- ☐ Curso superior SATI ☐ Posgrado ☐ Residencia
- ☐ Concurrencia ☐ Cursos y congresos ☐ Carrera de grado

4) **¿En qué población de pacientes realiza mayoritariamente su práctica asistencial?:**

- ☐ Neonatos ☐ Pediátricos ☐ Adultos

5) **¿Cuántas horas le dedica a su práctica asistencial en un día normal?**

- ☐ 5 horas o menos ☐ 6 a 8 horas
- ☐ 9 a 11 horas ☐ 12 horas o más

6) **¿Con cuántos años de experiencia cuenta en la atención de pacientes críticos?:**

- ☐ Menos de 5 años ☐ Entre 5 y 9 años
- ☐ Entre 10 y 14 años ☐ Entre 15 y 19 años
- ☐ Más de 20 años

7) **¿En qué turno del día realiza mayoritariamente su práctica asistencial en pacientes críticos?:**

- ☐ Turno mañana ☐ Turno tarde ☐ Turno noche

8) **¿Consideraría continuar trabajando en UTI en los próximos 5 años?:**

- ☐ Si ☐ No

9) **¿Realiza guardias de 12/24hs?**

- ☐ Si ☐ No

10) **¿Cuántas veces por semana realiza dichas guardias?**



- ☐ 1 vez por semana
- ☐ 2 veces por semana
- ☐ 3 veces por semana
- ☐ Más de 3 veces por semana

11) ¿Consideraría continuar realizando guardias en los próximos 5 años?

- ☐ Si
- ☐ No

12) ¿En cuántas instituciones realiza su práctica asistencial con pacientes críticos?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 o más

13) ¿En qué sistema de salud se desempeña mayoritariamente en la semana?

- ☐ Sector Público
- ☐ Sector Privado

14) ¿Qué factores considera que podrían fortalecer su continuidad en la actividad?

- ☐ Mejorar la remuneración
- ☐ Disminución de la carga de horas de guardia
- ☐ Incorporación de más personal
- ☐ Anticipar la jubilación
- ☐ Ninguno

15) En su jornada de trabajo actual en tiempos de pandemia. ¿Atiende más pacientes que antes de la misma?

- ☐ Si
- ☐ No

16) ¿Cuán condicionadas cree usted que podrían estar sus respuestas debido a la situación laboral que se vive actualmente en la pandemia por COVID-19?

- ☐ Nada condicionadas
- ☐ Poco condicionadas
- ☐ Muy condicionadas



	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.							
2. Me siento agotado/a al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo.							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente representa una verdadera tensión para mí.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8. Me siento quemado/a - agotado/a por mi trabajo.							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							



10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes.							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en mi profesión.							
20. Me siento agotado/a.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.							

ANEXO