

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN DE POSTGRADO
EN CLÍNICA MÉDICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
ROSARIO**



**“Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia
de Sars – Cov 2 en un hospital de tercer nivel”**

Autor: Lucas Argente

Directores: Baltasar Finucci Curi, Nicolás Mondelli

Servicio de clínica médica Hospital Provincial de Rosario

Año 2025

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....2

INTRODUCCIÓN.....3

OBJETIVOS.....5

MATERIALES Y MÉTODOS.....5

RESULTADOS.....8

DISCUSIÓN.....19

LIMITACIONES.....20

CONCLUSIONES.....20

BIBLIOGRAFÍA.....21

ABREVIATURAS

UTI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

UCIM: UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

MBI: MASLACH BURNOUT INVENTORY

SAM: SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA

INTRODUCCIÓN

La pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), que se originó en Wuhan, China en 2019, puso en crisis el modelo asistencial a nivel mundial. En respuesta a esta situación sin precedentes, se idearon diferentes estrategias para afrontarla. Los trabajadores de la salud, como protagonistas principales, enfrentaron un alto nivel de estrés laboral debido a la carga horaria elevada y a la incertidumbre de tratar una patología desconocida que causaba muertes en todos los grupos etarios y sociales.

Para asegurar la atención, se idearon, siguiendo modelos de otros países, reformas estructurales del sistema de salud: se construyeron hospitales modulares, se ampliaron los horarios de trabajo, se reorganizaron los grupos, se realizaron entrenamientos y actualizaciones para el manejo de los pacientes con infección por Sars Cov 2, entre otras. Estos cambios mencionados previamente, sumado a la situación social general ocasionada por la pandemia, generó diversas afectaciones en el personal de salud, una de ellas, y sobre la cual nos interesa trabajar, es el burnout. La primera publicación sobre los síntomas del síndrome de burnout data de 1974, en un estudio realizado por Herbert Freudenberger, quien observó que sus compañeros, tras 10 años de trabajo en un centro de salud, presentaban ansiedad, pérdida de empatía con los pacientes y depresión (1). A pesar de sus observaciones, no logró definir con claridad el síndrome de burnout. Actualmente, la definición más aceptada es la de Christina Maslach publicada en 1982 (2)(3) quién lo describe como un trastorno caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral. Otros autores (4)(5) lo definen como una respuesta al estrés laboral sostenido, asociado a actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y con la profesión.

Respecto a su evaluación, también en el año 1982, en la universidad de Berklee, la autora anteriormente citada, la psicóloga C. Maslach, y el psicólogo Michael Leiter idearon el “Maslach burnout inventory” (MBI). El mismo es un cuestionario de 22 preguntas con respuestas numéricas que evalúan 3 parámetros diferentes de este síndrome: **Agotamiento o cansancio emocional, Despersonalización y realización personal**. El objetivo del test es medir la frecuencia e intensidad con la que se sufre burnout (3). Al día de hoy es el instrumento más importante para el diagnóstico de dicha patología.

Siguiendo con sus posibles causas, se piensa que el burnout comienza como una situación, o situaciones, de estrés¹ que el individuo no puede manejar o superar completamente. Teniendo en cuenta que cada persona responde de manera diferente a estas situaciones, para poder analizar cada caso, debemos tener en cuenta qué estímulos la desencadenan, en qué contexto, el tiempo de exposición a los mismos, la edad, el nivel educativo, la continencia y las experiencias previas de quien lo sufre, etc. Tomando estos parámetros en cuenta, según el libro de Organización del trabajo y estrés de la OMS, las personas pueden reaccionar de dos maneras principales: respuesta adaptativa y desadaptativa. Si dicha respuesta, además, se percibe como traumática puede dar aparición a distintos síntomas anímicos, cognitivos, evitativos, ansiosos, capaces de producir diferentes efectos según sea estrés agudo² o postraumático.³(6)

Cuando el individuo presenta una respuesta desadaptativa, traumática, y que comienza a perpetuarse podemos estar ante un caso de Síndrome de Burnout. Dentro de las diferentes definiciones que encontramos en la bibliografía, la OMS define al síndrome de burnout como la reacción del individuo frente a exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos, capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar una determinada situación (6). Aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el trabajador siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o sobre la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales. La presión en un entorno laboral puede mantener al trabajador alerta, en

¹ **Estrés:** conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción. “Leka S, Griffiths A, Cox T. Protection of workers’ health series No. 3. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004” (6)

² **Estrés agudo:** Exigencias y presiones del pasado recientes, presiones anticipadas del futuro cercano Adaptado de “The Stress Solution” de Lyle H. Miller, PhD, y Alma Dell Smith, PhD. (7)

³ **Estrés post traumático:** Es un evento que involucra directamente haber experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, la violación de la integridad física, moral propia o de otra persona. Rojas CM. Trastorno de estrés postraumático. Rev Med Cos Cen. 2016;73(619):233-240.(8)

constante aprendizaje. Pero cuando esa presión supera las capacidades, se vuelve excesiva, se convierte en estrés, el cual impacta negativamente en el desempeño laboral del trabajador. Un trabajo saludable es aquel en el cual la presión sobre el trabajador se corresponde con sus conocimientos, habilidades y capacidades, en un entorno relacional en el cual recibe el apoyo necesario. Estas situaciones de excesiva exigencia impactan, también, generando toma de decisiones incorrectas, mal ambiente laboral y entornos hostiles. (6)

En Argentina no encontramos datos oficiales sobre síndrome de burnout en personal de salud. Un trabajo realizado en el Hospital provincial de Rosario en el año 2015 por el servicio de clínica médica en residentes de todos los servicios y publicado en la revista de la sociedad Argentina de medicina en el año 2019, demostró que el 16% de los encuestados presentaban criterios de burnout. Del total, el 64% presentó despersonalización, 19 % autoestima baja y el 88% agotamiento emocional (10). Es importante recalcar que son datos previos a la pandemia de Sars Cov 2. Una revisión de trabajos sobre burnout en Argentina realizada en el año 2019 publicada en la revista de la Sociedad Argentina de Medicina demostró que 933 residentes y 1046 médicos de planta permanente de diversas especialidades presentaban una despersonalización promedio >50% Alta - Cansancio emocional >43% Alto - Realización promedio >57% baja, datos también recabados previo a la pandemia (8). Ampliando la búsqueda a otros países, un trabajo de Colombia, realizado durante la pandemia, en el año 2020, demostró que el 70% del personal médico presentaba ansiedad y estrés (12). En Ecuador, en el año 2020, se realizó un trabajo en el que participaron médicos/as y enfermeros/as pertenecientes a establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otros establecimientos de salud pertenecientes a la red integral de salud ecuatoriana. Con un total de 224 encuestas, de los cuales 151 fueron médicos/as, se demostró que el 95% del personal médico presentaba signos de burnout. (13) Un trabajo del Hospital Italiano de Buenos Aires realizado en el año 2022 demostró que la prevalencia de síndrome de burnout del personal de salud fue de 38% con una variabilidad que oscila entre el 13 y el 70%. La mayoría de los participantes presentaron un nivel alto de burnout en los dominios de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, sin embargo la heterogeneidad de las definiciones y puntos de cortes puede estar asociada a diferencias en las características de la población, el momento de la pandemia en la que se realizó el estudio y en los instrumentos utilizados para determinar la presencia del síndrome de burnout. Todos los estudios utilizaron el cuestionario MBI, pero los puntos de corte utilizados y la definición de síndrome de burnout fue diferente. (14)

En nuestro país, los trabajadores de salud presentan altos niveles de estrés laboral por múltiples motivos. En principio, podemos plantear una asociación entre los niveles de estrés con el momento de la carrera profesional en la que se encuentren. Un claro ejemplo, que recupero de mi experiencia como médico y del contacto diario con los colegas es la etapa de residencia, en la cual los médicos y médicas presentan alta carga horaria laboral, mal descanso, se ven afectados por graves problemas edilicios, entre otros, que llevan a situaciones diarias de estrés (10)(13). Otros determinantes descritos por la OMS son la presión social, la autoexigencia, perspectivas y deseos de los pacientes y familiares(6).

Particularmente, debido a la situación de emergencia desencadenada por la pandemia, se generó un exponencial aumento de consultas, asociado al aumento de internaciones en Sala General y Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Lo cual, entendiendo que los recursos en salud son finitos, derivó, en algunos efectores, en la realización de Triage⁴ de pacientes graves. El mismo, exigió a los profesionales a tomar decisiones sobre quién era internado y quién no, afectando la vida de pacientes y familiares, sobre todo cuando no hubo suficientes camas de UTI para la demanda exigida. Frente a estas situaciones, los médicos pueden desarrollar lo que se conoce como distrés moral. El mismo ocurre cuando el trabajador se siente incapaz de tomar una decisión ética apropiada, bloqueando su accionar sobre el problema, debido a la contradicción entre la premisa de evitar el daño o mal y los obstáculos institucionales. Es una respuesta psicológica a un conflicto tanto moral como ético.

Dentro de esta definición de distrés moral podemos describir distintas situaciones que lo desencadenan: la persona cree que se está realizando un trabajo inadecuado o incorrecto y tiene

⁴ Triage El «triage/clasificación» es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Pág 1 triage en enfermería. MSLN Argentina 2020.(9)

escaso o nulo poder para cambiar la situación; el profesional cree tener los conocimientos o herramientas necesarias para enfrentar una determinada situación y no es escuchado o sus instrucciones no son atendidas; los estándares profesionales de atención o entrega del servicio son imposibles de cumplir por falta de recursos. En general, existen numerosas y repetidas experiencias de malestar que van acumulando un residuo moral que amplifica la respuesta negativa ante el próximo evento de distrés (15) (16).

Ante esta problemática descrita en los profesionales de la salud, sumado a la ausencia de estadística nacional pre, durante y post pandemia y estudios en centros aislados a nivel mundial, nos propusimos realizar, en el centro donde realicé la residencia de clínica médica, un trabajo de investigación para contar con información actualizada la situación de los médicos/as durante la pandemia de covid 19.

OBJETIVOS

Objetivos primarios:

- Determinar la intensidad del síndrome de burnout según el 'Maslach Burnout Inventory' (MBI) (3) en los médicos de los servicios de clínica médica, UTI, Guardia externa/UCIM del Hospital Provincial de Rosario después de un año y medio de pandemia de SARS-CoV-2
- Determinar la frecuencia de síndrome de burnout en el personal evaluado.

Objetivos secundarios

- Determinar si existe o no asociación entre los servicios evaluados y la prevalencia e intensidad de burnout en sus diferentes dimensiones.
- Evaluar si existe relación entre la carga horaria, el cargo jerárquico dentro del sistema y nivel de burnout.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo mediante encuestas anónimas. Se analizó un periodo que abarcó las primeras 3 semanas del mes de noviembre del año 2021. Se realizó presentación del trabajo y encuesta a comité de ética del Hospital Provincial de Rosario siendo aprobada por el mismo.

Se presentaron los objetivos a los jefes de servicio a fin de contar con su aprobación. Se invitó a participar a médicas/os de los 3 servicios mencionados anteriormente en objetivos mediante una encuesta online anónima, los datos se almacenaron en el sistema de Google Drive. La encuesta se distribuyó mediante enlace directo a través de la aplicación de comunicación telefónica Whatsapp a jefes de residentes e instructores de cada servicio quienes distribuyeron en cada grupo de trabajo donde se encontraban todas las personas pertenecientes a cada servicio. La encuesta se compartió 2 veces por semana por 3 semanas. En el enlace a la encuesta se incluyó una presentación personal, del trabajo a realizar e instrucciones. Se mantuvo disponible el enlace a la encuesta durante 3 semanas completas, luego de este tiempo se realizó un cierre del enlace a fin de terminar la recolección de datos.

La encuesta cuenta con tres segmentos: El primer segmento corresponde al consentimiento informado, el segundo segmento corresponde a datos como la edad y función dentro del sistema de salud y el tercer segmento corresponde a la encuesta (MBI) (17)

Población

Encuesta dirigida a jefes de servicio, médicos de staff, médicos internos y residentes de los servicios de clínica médica, unidad de cuidados intensivos y guardia externa del Hospital Provincial de Rosario, provincia de Santa Fe. Por su corta estadía en la institución, se excluyeron a médicos rotantes de medicina general y medicatos.

Procedimientos y definiciones

La encuesta consta de 22 preguntas con respuesta predeterminadas, con una escala numérica del 0 – 6, sobre afirmaciones, sentimientos y actitudes en su lugar de trabajo, hacia sus colegas y pacientes. El objetivo del test es medir la frecuencia e intensidad con la que se sufre burnout. Se subdivide en 3 segmentos: sub escala de agotamiento o cansancio emocional, sub escala de despersonalización, sub escala de realización personal con un máximo de puntos para cada uno.

1. **Subescala de agotamiento o cansancio emocional:** Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. **Subescala de despersonalización:** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.
3. **Subescala de realización personal:** Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

Se consideran indicios de burnout cuando la sub escala nº 1 tiene un valor mayor a 26, subescala nº2 valor mayor a 9, subescala nº 3 mayor a 35 puntos.

El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte:

1. **Cansancio emocional (CE)** bajo ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto ≥ 27 .
2. **Despersonalización (DP)** bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 .
3. **Realización personal (RP)** baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 .

Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de burnout 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 definen el síndrome. Se considera como burnout cuando un individuo presenta niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones (17).

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2= Una vez al mes o menos.

3= Unas pocas veces al mes.

4= Una vez a la semana.

5= Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT (17)

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	

15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo utilizando tablas, gráficos y/o medidas de resumen. Las variables cuantitativas se resumieron mediante el cálculo del mínimo, máximo, promedio +/- desvío estándar y mediana. Las variables cualitativas se resumieron mediante las frecuencias absolutas y relativas porcentuales (%) correspondientes a cada categoría o cruce de categorías. Estos valores se representaron mediante gráficos circulares o de barras. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas, se empleó la prueba chi-cuadrado y se calculó la probabilidad asociada (p). Se consideró un nivel de significación del 5% ($p<0.05$).

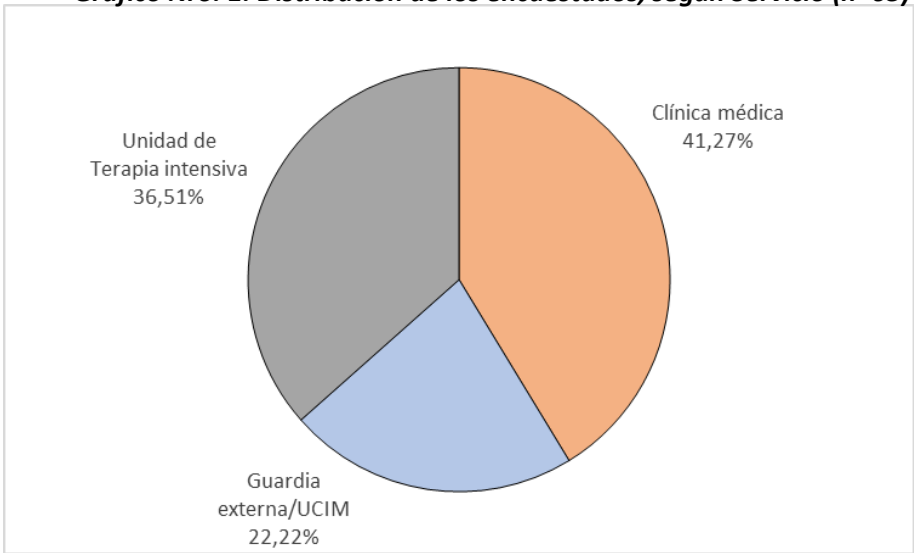
El análisis fue realizado mediante Microsoft Excel 2021 y Minitab v.21.

Resultados

Se analizó la información obtenida a partir de 63 encuestas completadas de un total de 108 médicos lo cual representa el 68.04%. La edad de los médicos encuestados se encontraba entre 25 y 64 años, con un promedio de 35.3 +/- 8.7 años. La mitad de ellos tenían 31 años o menos.

De los 63 encuestados, 26 (41.27%) pertenecían al servicio de Clínica médica, 23 (36.51%) trabajaban en la Unidad de Terapia Intensiva, mientras que 14 (22.22%) eran de Guardia externa/UCIM (Gráfico Nro. 1).

Gráfico Nro. 1: Distribución de los encuestados, según Servicio (n=63)



Veintidós encuestados (34.92%) tenían cargo de guardia de Interna/o día/noche dicho cargo corresponde a médicos que realizan jornadas de 12 a 24 hs, mientras que 19 (30.16%) eran médicas/os residentes, 15 (23.81%) eran médicas/os de staff quienes se encargan del seguimiento diario de las salas de internación, 3 (4.76%) eran Jefes de servicio, 2 (3.17%) pertenecían a Coordinación, uno (1.59%) era Jefe de residentes y otro (1.59%) era instructor de residentes de clínica médica (Gráfico Nro. 2). En la Tabla Nro. 1 se desglosan las frecuencias absolutas y porcentajes de médicos según cargo en cada uno de los servicios. En cuanto a la carga horaria semanal, 19 (30.16%) encuestados superan las 24 horas semanales en el Hospital Provincial de Rosario (Gráfico Nro. 3)

Gráfico Nro. 2: Distribución de los encuestados, según Cargo (n=63)

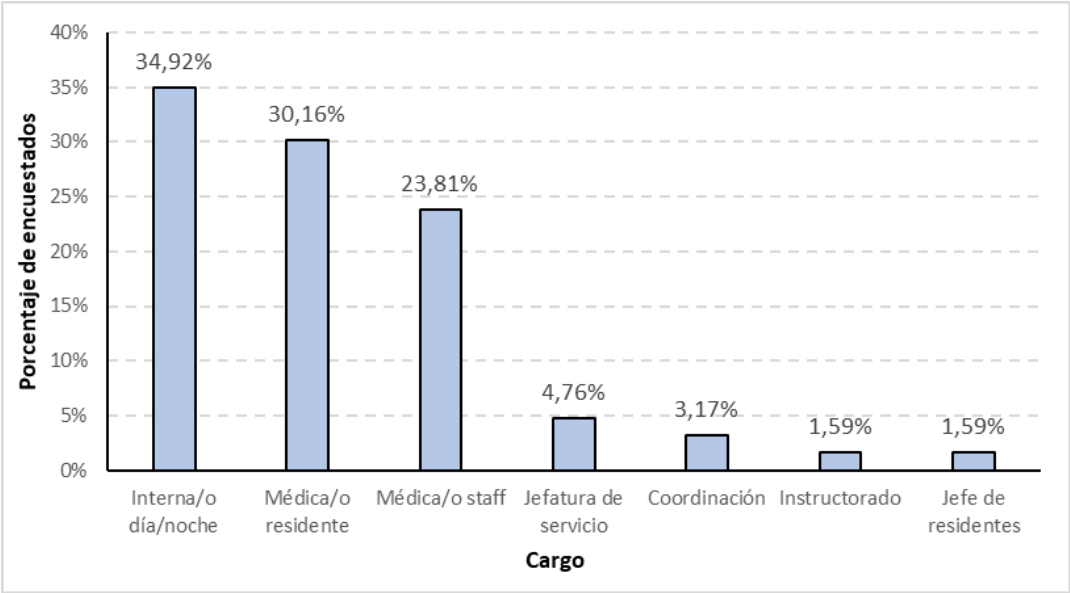
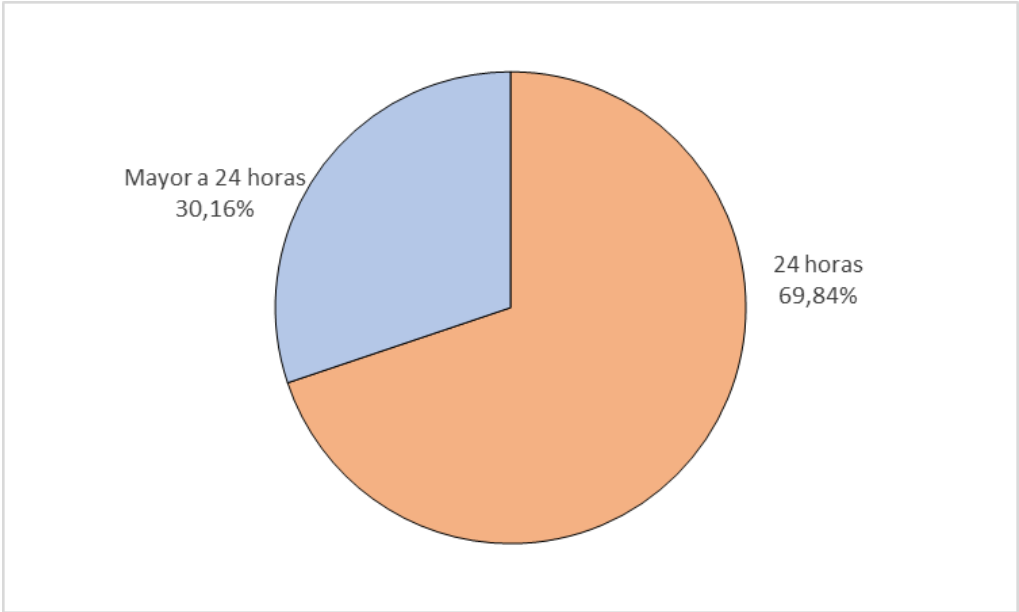


Tabla Nro. 1: Distribución de los médicos encuestados por cargo, según servicio.

Cargo	Servicio			Total general
	Clínica médica	Unidad de Terapia intensiva	Guardia externa/UCIM	
Interna/o día/noche	6 (23.08%)	6 (26.09%)	10 (71.43%)	22 (34.92%)
Médica/o residente	13 (50%)	4 (17.39%)	2 (14.29%)	19 (30.16%)
Médica/o staff	4 (15.38%)	11 (47.83%)		15 (23.81%)
Jefatura de servicio	1 (3.85%)	1 (4.35%)	1 (7.14%)	3 (4.76%)
Coordinación		1 (4.35%)	1 (7.14%)	2 (3.17%)
Instructorado	1 (3.85%)			1 (1.59%)
Jefe de residentes	1 (3.85%)			1 (1.59%)
Total general	26 (100%)	23 (100%)	14 (100%)	63 (100%)

Gráfico Nro. 3: Distribución de los encuestados, según carga horaria semanal (n=63)



El puntaje obtenido para la dimensión de cansancio emocional se ubicó entre los 8 y los 53 puntos, con un promedio de 34.67 +/- 10.98 puntos. La mitad de los encuestados presentaron un puntaje de 36 puntos o más. De esta forma, 48 encuestados (76.19%) tenían un nivel alto de cansancio emocional, 10 (15.87%) presentaban un nivel medio, y los 5 restantes (7.94%) tenía un bajo nivel para esta dimensión (Gráfico Nro. 4).

Respecto a la dimensión relacionada con la despersonalización, el puntaje se ubicó entre los 4 y los 27 puntos, con un promedio de 16.71 +/- 5.44 puntos, siendo la mitad de los puntajes iguales o mayores a 17 puntos. Así, 58 encuestados (92.06%) tenían un nivel alto de despersonalización, 4 (6.35%) presentaban un nivel medio, y uno (1.59%) tenía un nivel bajo para esta dimensión (Gráfico Nro. 5).

En relación a la dimensión relacionada con la realización personal, el puntaje se ubicó entre los 17 y los 46 puntos, con un promedio de 30.51 +/- 6.87 puntos, siendo la mitad de los puntajes iguales o mayores a 31 puntos. En consecuencia, 3 encuestados (4.76%) tenían un nivel alto de realización personal, 22 (34.92%) presentaban un nivel medio, y 38 (60.32%) tenían un nivel bajo para esta dimensión (Gráfico Nro. 6).

Gráfico Nro. 4: Distribución de los encuestados, según nivel de cansancio emocional (n=63)

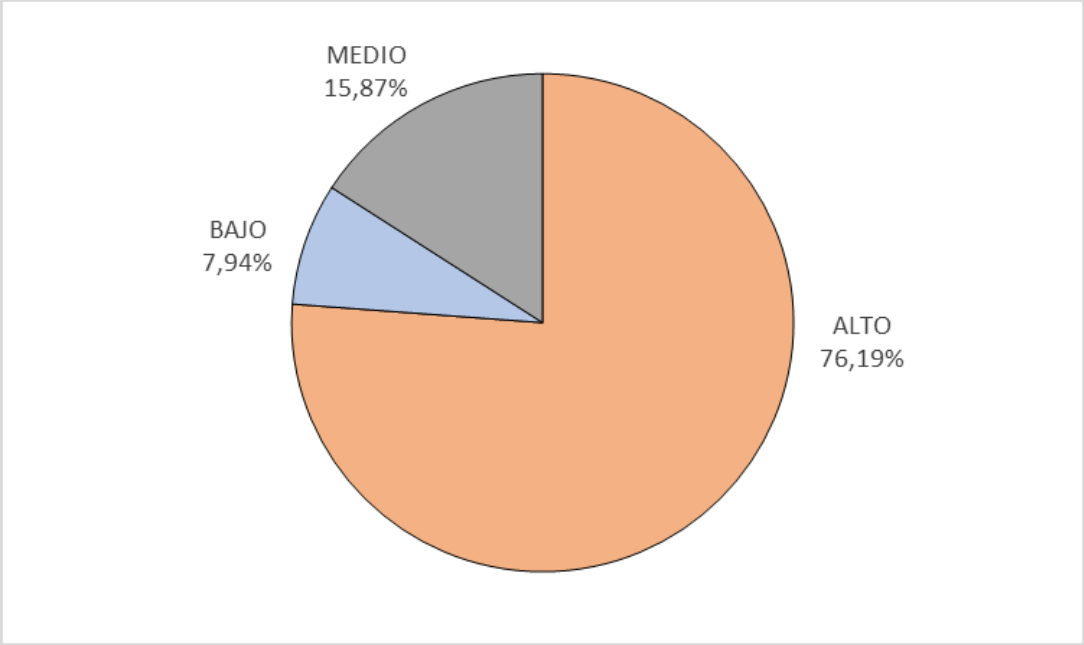


Gráfico Nro. 5: Distribución de los encuestados, según nivel de despersonalización (n=63)

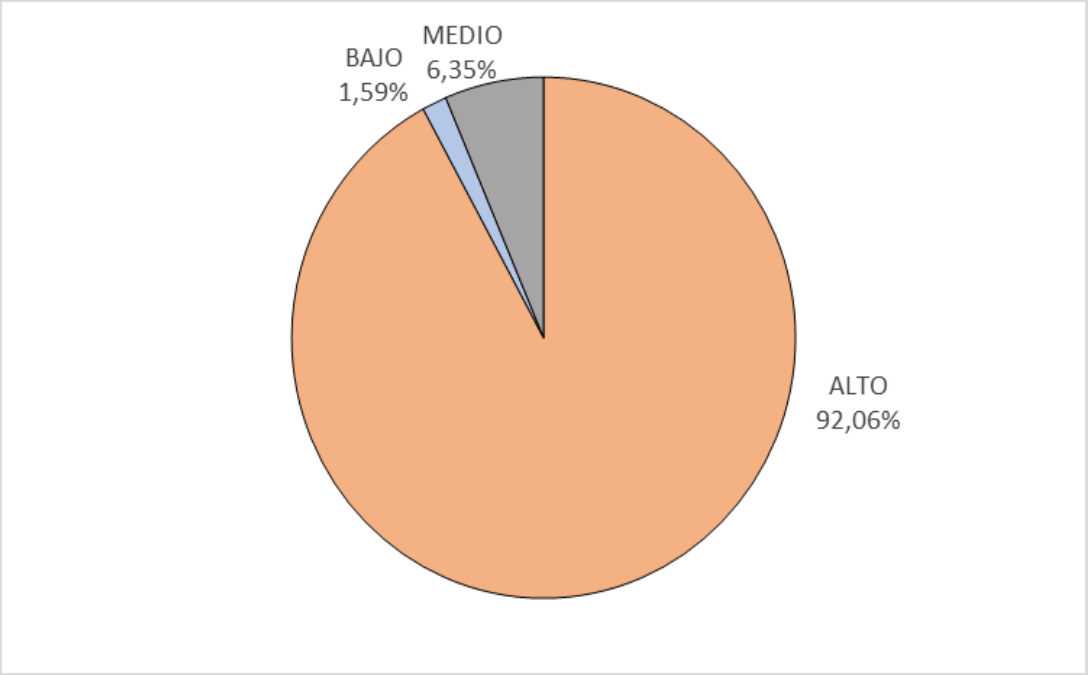
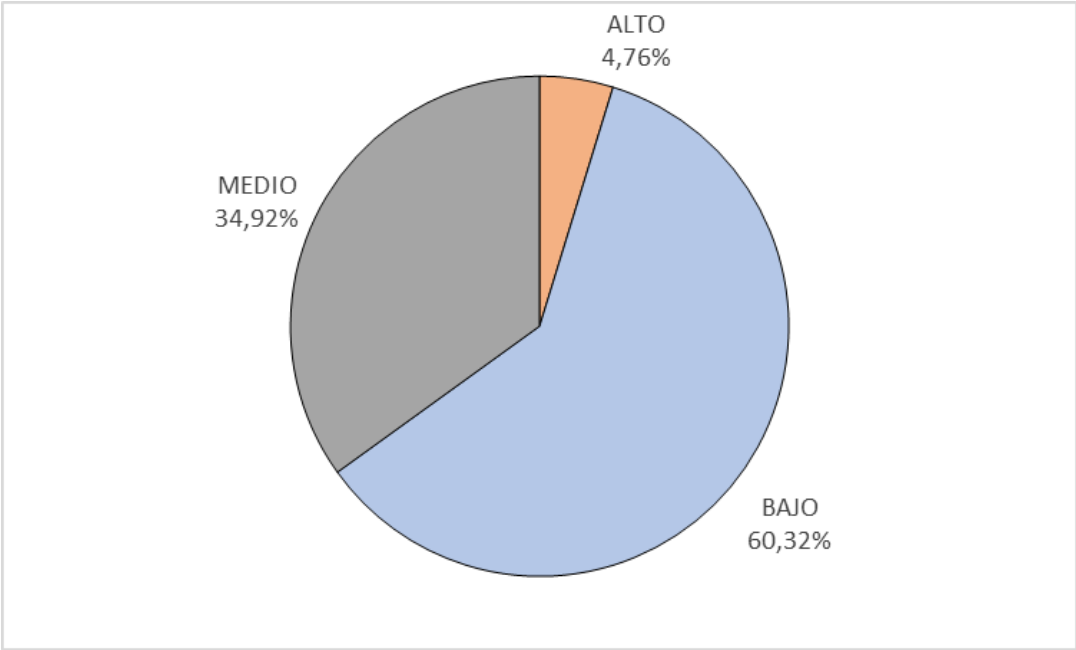
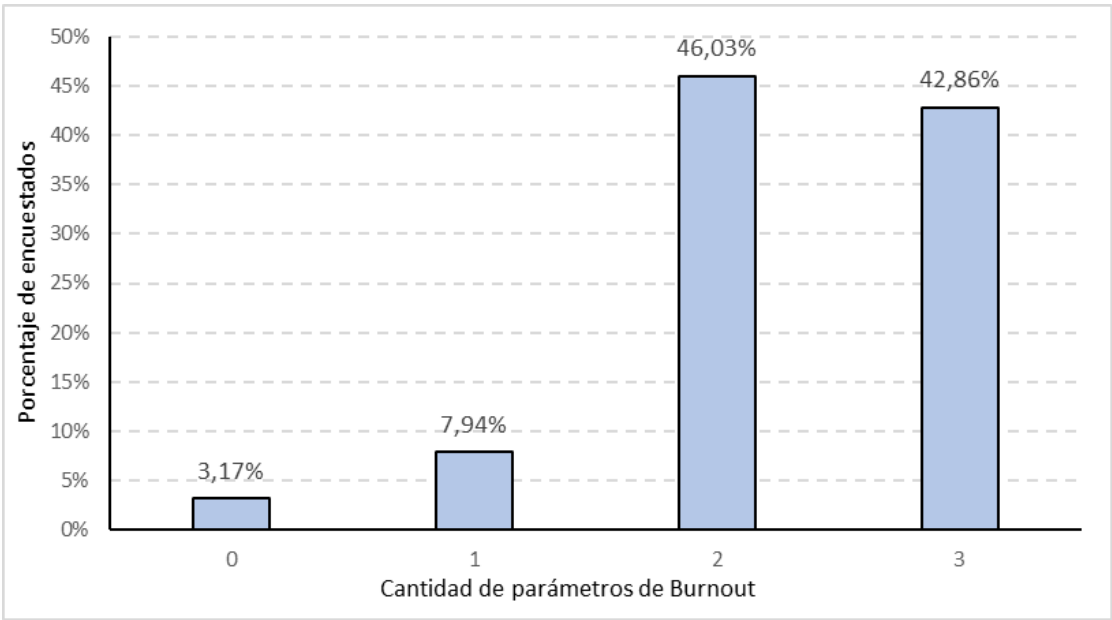


Gráfico Nro. 6: Distribución de los encuestados, según nivel de realización personal (n=63)



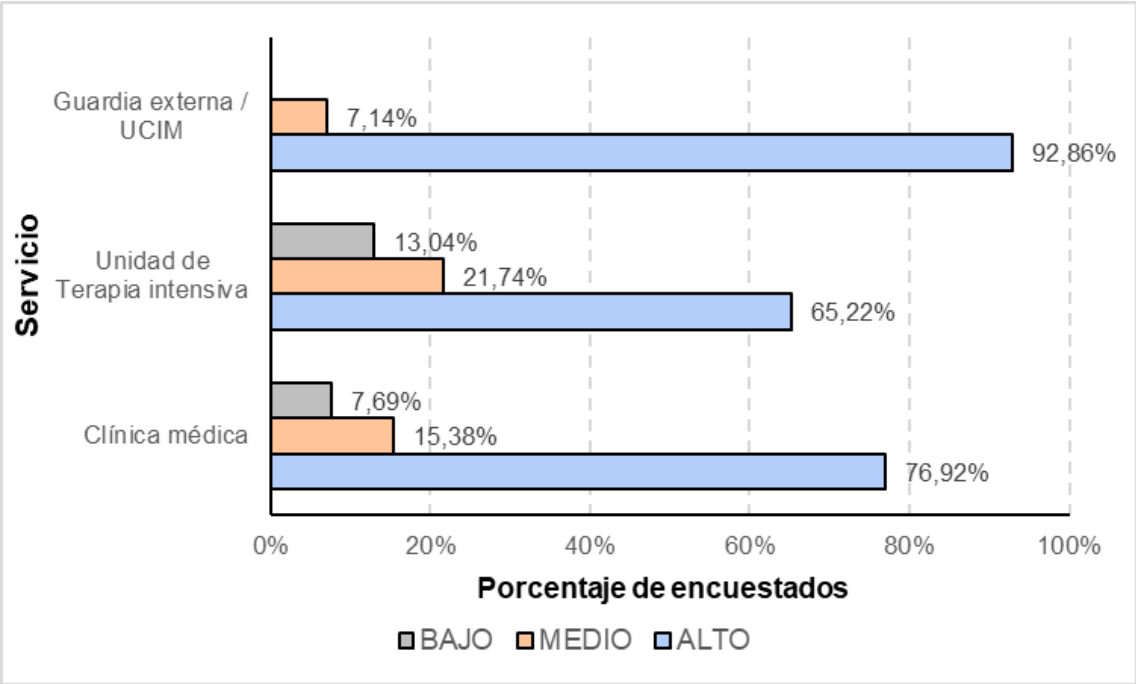
Teniendo en cuenta las 3 dimensiones mencionadas anteriormente y los niveles alcanzados por cada encuestado, se estableció que 2 (3.17%) no tenían parámetros de Burnout, mientras que 5 de ellos (7.94%) presentaban un parámetro de Burnout, 29 (46.03%) presentaban 2 parámetros y los restantes 27 (42.86%) tenían 3 parámetros de Burnout (Gráfico Nro. 7).

Gráfico Nro. 7: Distribución de los encuestados, según cantidad de parámetros de Burnout (n=63)



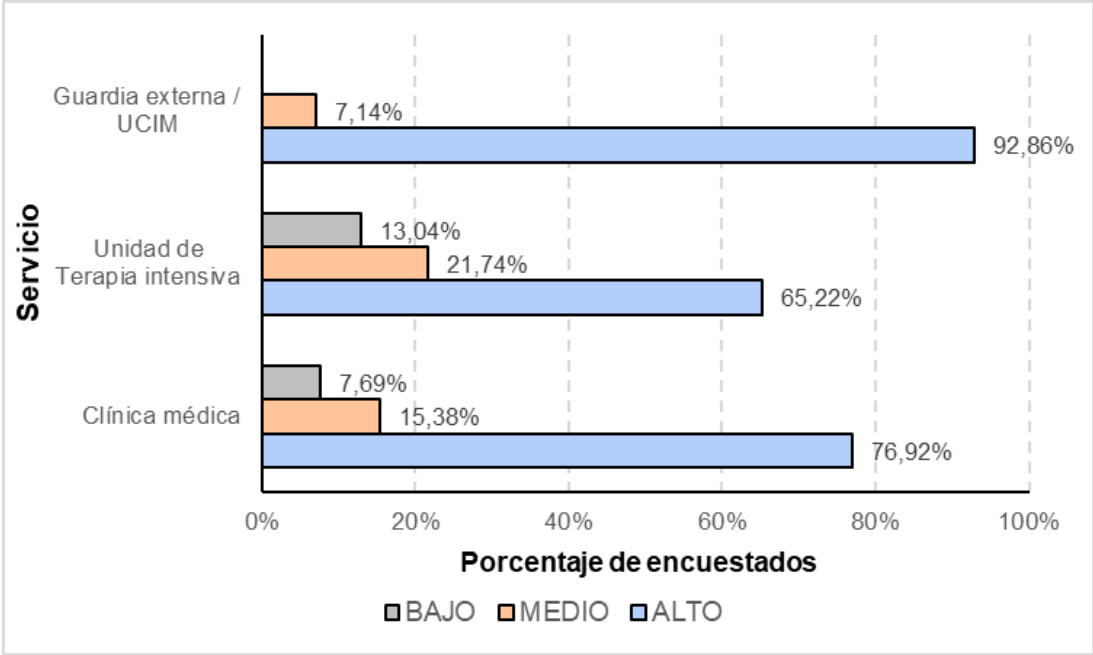
De los 26 encuestados pertenecientes al servicio de Clínica médica, 20 (76.92%) tenían un nivel alto de cansancio emocional, 4 (15.38%) tenían nivel medio y 2 (7.69%), bajo. Entre los 23 pertenecientes a la Unidad de Terapia intensiva, 15 (65.22%) tenían alto cansancio emocional, 5 (21.74%) presentaban nivel medio y 3 (13.04%) nivel bajo. Finalmente, entre quienes pertenecían a Guardia externa/UCIM, 13 (92.86%) tenían cansancio emocional de nivel alto y uno (7.14%), nivel bajo (Gráfico Nro. 7). La asociación entre el nivel de cansancio emocional (Alto vs. Otros) y el servicio de los encuestados no resultó estadísticamente significativa ($p=0.159$).

Gráfico Nro. 8: Distribución de los encuestados, según nivel de cansancio emocional, por servicio (n=63)



De los 26 encuestados pertenecientes al servicio de Clínica médica, 24 (92.31%) tenían un nivel alto de despersonalización, uno (3.85%) tenía nivel medio y otro (3.85%), bajo. Entre los 23 pertenecientes a la Unidad de Terapia intensiva, 20 (86.96%) tenían alto despersonalización y 3 (13.04%) presentaban nivel medio. Finalmente, entre quienes pertenecían a Guardia externa/UCIM, los 14 (100.00%) tenían despersonalización de nivel alto (Gráfico Nro. 9). La asociación entre el nivel de despersonalización (Alto vs. Otros) y el servicio de los encuestados no resultó estadísticamente significativa ($p=0.362$).

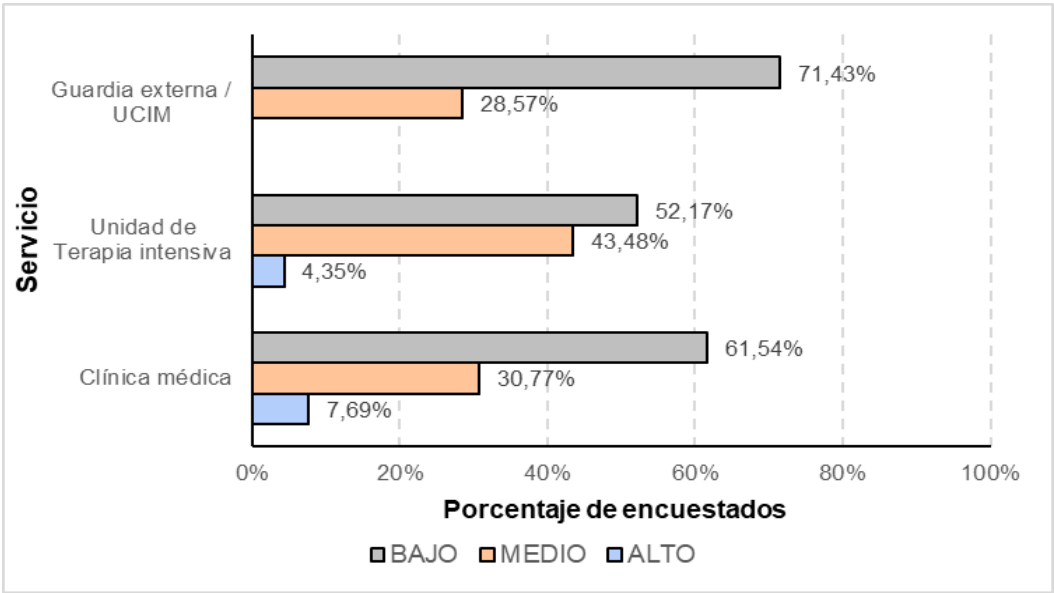
Gráfico Nro. 9: Distribución de los encuestados, según nivel de despersonalización, por servicio (n=63)



De los 26 encuestados pertenecientes al servicio de Clínica médica, 2 (7.69%) tenían un nivel alto de realización personal, 8 (30.77%) tenían nivel medio y 16 (61.54%), bajo. Entre los 23 pertenecientes a la Unidad de Terapia intensiva, 1 (4.35%) tenía alto nivel de realización personal, 10 (43.48%) presentaban nivel medio y 12 (52.17%) nivel bajo. Finalmente, entre quienes pertenecían a Guardia

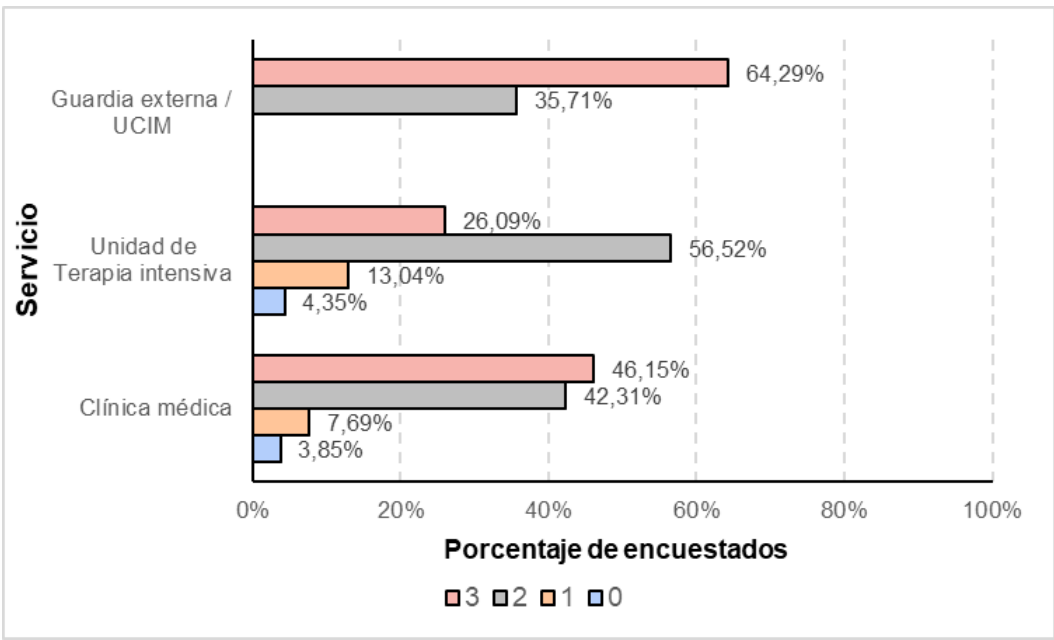
externa/UCIM, 4 (28.57%) tenían realización personal de nivel medio y 10 (71.43%), nivel bajo (Gráfico Nro. 10). La asociación entre el nivel de realización personal (Baja vs. Otros) y el servicio de los encuestados no resultó estadísticamente significativa ($p=0.503$).

Gráfico Nro. 10: Distribución de los encuestados, según nivel de realización personal, por servicio (n=63)



Entre quienes trabajaban en Clínica médica, uno (3.85%) no presentaba parámetros de Burnout, 2 (7.69%) tenían un parámetro, 11 (42.31%) tenían 2 parámetros y 12 (46.15%) presentaban 3 parámetros de Burnout. De los 23 trabajadores de la Unidad de Terapia Intensiva, uno (4.35%) no presentaba parámetros de Burnout, 3 (13.04%) tenían un parámetro, 13 (56.52%) tenían 2 parámetros y 6 (26.09%) presentaban 3 parámetros de Burnout. Finalmente, entre los encuestados de la Guardia externa/UCIM, 5 (35.71%) tenían 2 parámetros y 9 (64.29%) presentaban 3 parámetros de Burnout (Gráfico Nro. 11). La asociación entre la cantidad de parámetros de Burnout (0 o 1 vs. 2 o 3) y el servicio de los encuestados no resultó estadísticamente significativa ($p=0.263$).

Gráfico Nro. 11: Distribución de los encuestados, según cantidad de parámetros de Burnout, por servicio.

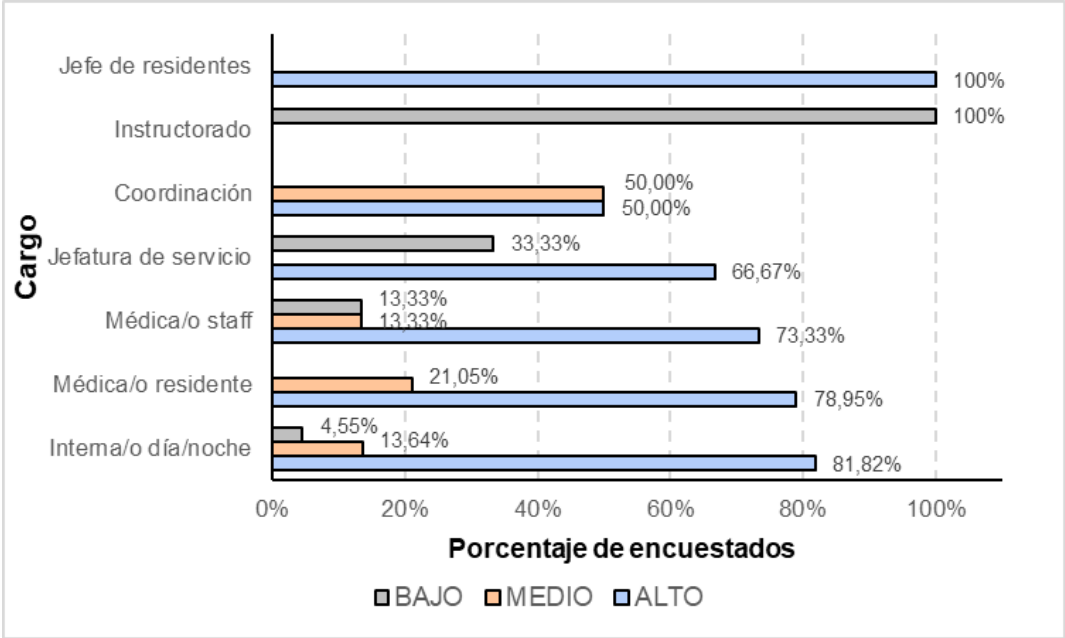


A continuación, se detalla la distribución de los niveles de cansancio emocional para cada uno de los cargos, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 12:

- Interna/o día/noche (n=22): 18 (81.82%) casos con nivel alto, 3 (13.64%) con nivel medio y uno (4.55%) con nivel bajo.
- Médica/o residente (n=19): 15 (78.95%) casos con nivel alto y 4 (21.05%) con nivel medio.
- Médica/o staff (n=15): 11 (73.33%) casos con nivel alto, 2 (13.33%) con nivel medio y 2 (13.33%) con nivel bajo.
- Jefatura de servicio (n=3): 2 (66.67%) casos con nivel alto y uno (33.33%) con nivel bajo.
- Coordinación (n=2): Un (50.00%) caso con nivel alto y uno (50.00%) con nivel medio.
- Instructorado (n=1): Un (100.00%) caso con nivel bajo.
- Jefe de residentes (n=1): Un (100.00%) caso con nivel alto.

La asociación entre el nivel de cansancio emocional (Alto vs. Otros) y el cargo de los encuestados (Interna/o día/ vs. Médica/o residente vs. Médica/o staff vs. Otros) no resultó estadísticamente significativa (p=0.587).

Gráfico Nro. 12: Distribución de los encuestados, según nivel de cansancio emocional, por cargo (n=63)

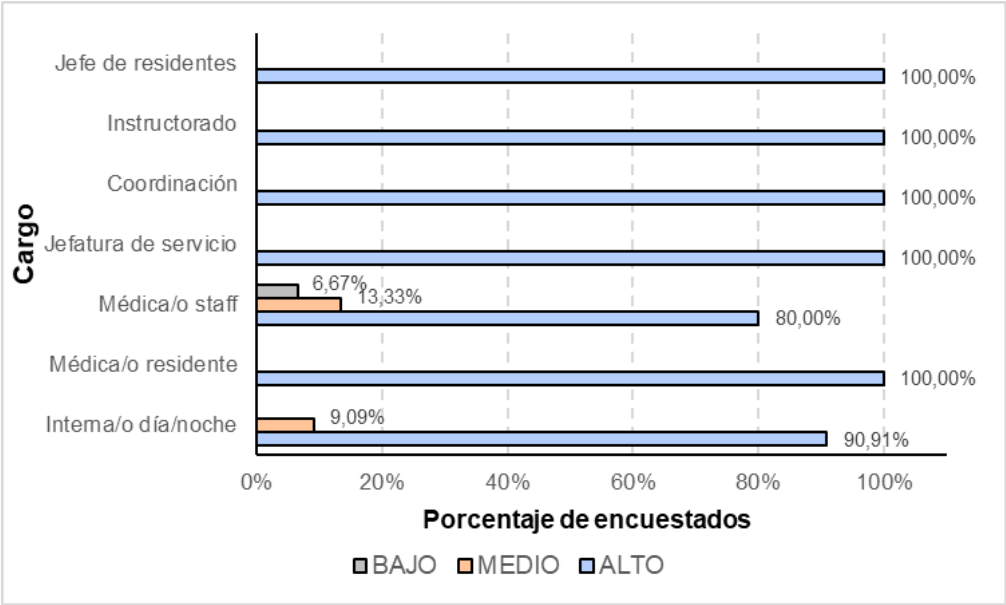


A continuación, se detalla la distribución de los niveles de despersonalización para cada uno de los cargos, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 13:

- Interna/o día/noche (n=22): 20 (90.91%) casos con nivel alto y 2 (9.09%) con nivel medio.
- Médica/o residente (n=19): 19 (100.00%) casos con nivel alto.
- Médica/o staff (n=15): 12 (80.00%) casos con nivel alto, 2 (13.33%) con nivel medio y uno (6.67%) con nivel bajo.
- Jefatura de servicio (n=3): 3 (100.00%) casos con nivel alto.
- Coordinación (n=2): 2 (100.00%) casos con nivel alto.
- Instructorado (n=1): Un (100.00%) caso con nivel alto.
- Jefe de residentes (n=1): Un (100.00%) caso con nivel alto.

La asociación entre el nivel de despersonalización (Alto vs. Otros) y el cargo de los encuestados (Interna/o día/ vs. Médica/o residente vs. Médica/o staff vs. Otros) no resultó estadísticamente significativa (p=0.153).

Gráfico Nro. 13: Distribución de los encuestados, según nivel de despersonalización, por cargo

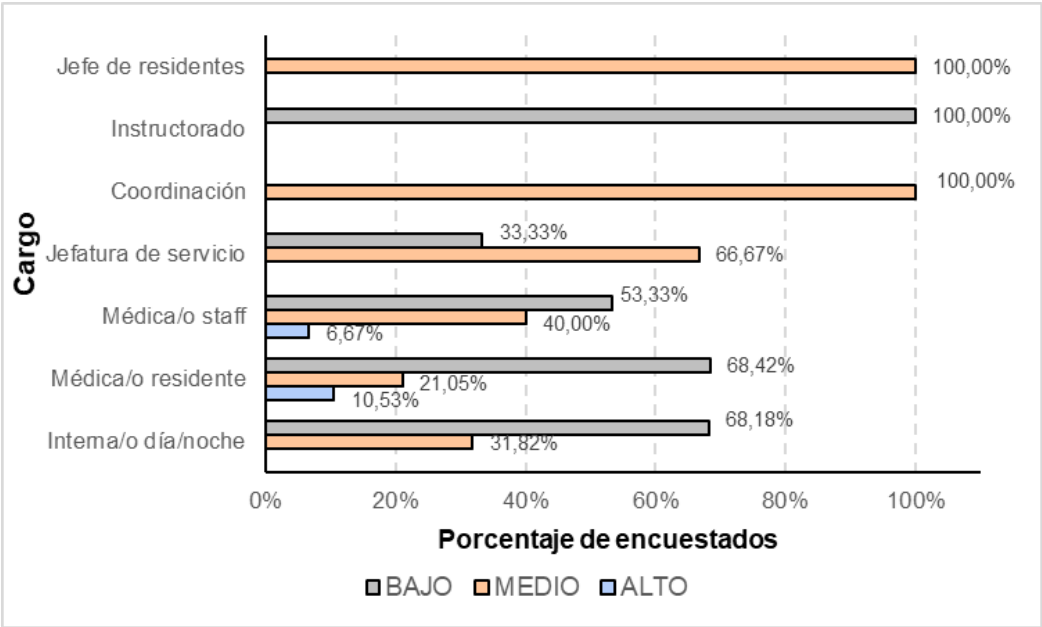


A continuación, se detalla la distribución de los niveles de realización personal para cada uno de los cargos, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 14:

- Interna/o día/noche (n=22): 7 (31.82%) con nivel medio y 15 (68.18%) con nivel bajo.
- Médica/o residente (n=19): 2 (10.53%) casos con nivel alto, 4 (21.05%) con nivel medio y 13 (68.42%) con nivel bajo.
- Médica/o staff (n=15): Un (6.67%) caso con nivel alto, 6 (40.00%) con nivel medio y 8 (53.33%) con nivel bajo.
- Jefatura de servicio (n=3): 2 (66.67%) casos con nivel medio y uno (33.33%) con nivel bajo.
- Coordinación (n=2): 2 (100.00%) con nivel medio.
- Instructorado (n=1): Un (100.00%) caso con nivel bajo.
- Jefe de residentes (n=1): Un (100.00%) caso con nivel medio.

La asociación entre el nivel de realización personal (Bajo vs. Otros) y el cargo de los encuestados (Interna/o día/ vs. Médica/o residente vs. Médica/o staff vs. Otros) no resultó estadísticamente significativa ($p=0.227$).

Gráfico Nro. 14: Distribución de los encuestados, según nivel de realización personal, por cargo

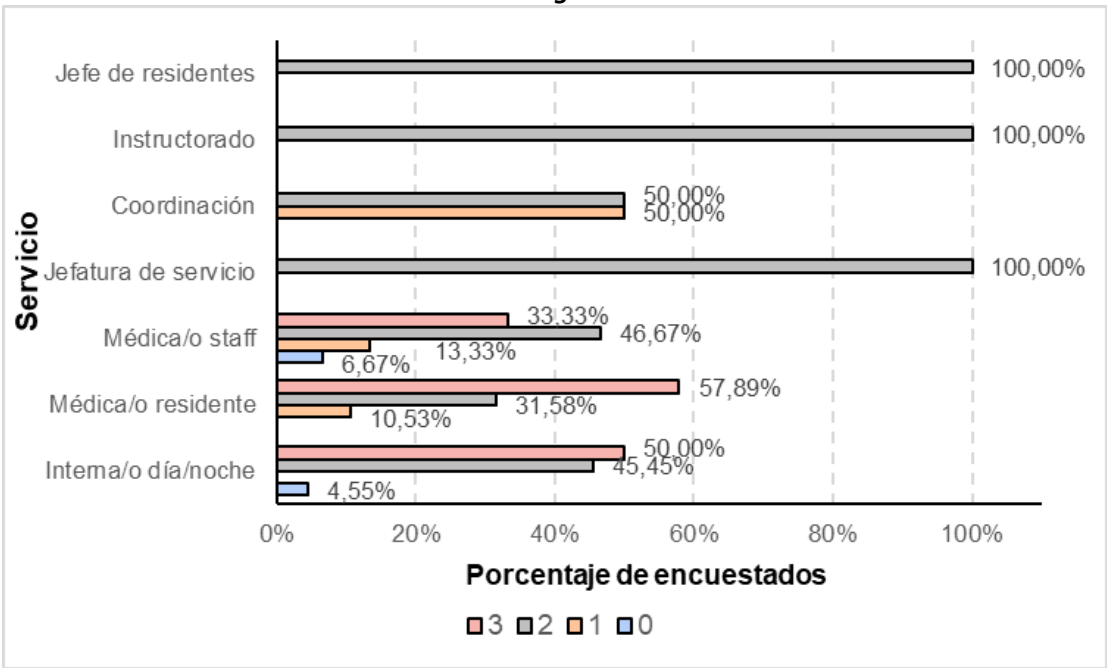


Finalmente, se especifica la distribución de la cantidad de parámetros de Burnout para cada uno de los cargos, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 15:

- Interna/o día/noche (n=22): Un (4.55%) caso con ningún parámetro, 10 (45.45%) con 2 parámetros y 11 (50.00%) con 3 parámetros de Burnout.
- Médica/o residente (n=19): 2 (10.53%) casos con un parámetro, 6 (31.58%) con 2 parámetros y 11 (57.89%) con 3 parámetros de Burnout.
- Médica/o staff (n=15): Un (6.67%) caso con ningún parámetro, 2 (13.33%) casos con un parámetro, 7 (46.67%) con 2 parámetros y 5 (33.33%) con 3 parámetros de Burnout.
- Jefatura de servicio (n=3): 3 (100.00%) casos con 2 parámetros de Burnout.
- Coordinación (n=2): Un (50.00%) caso con un parámetro y un (50.00%) caso con 2 parámetros de Burnout.
- Instructorado (n=1): Un (100.00%) caso con 2 parámetros de Burnout.
- Jefe de residentes (n=1): Un (100.00%) caso con 2 parámetros de Burnout.

La asociación entre la cantidad de parámetros de Burnout (0 o 1 vs. 2 o 3) y el cargo de los encuestados (Interna/o día/ vs. Médica/o residente vs. Médica/o staff vs. Otros) no resultó estadísticamente significativa (p=0.525).

Gráfico Nro. 15: Distribución de los encuestados, según cantidad de parámetros de Burnout, por cargo.

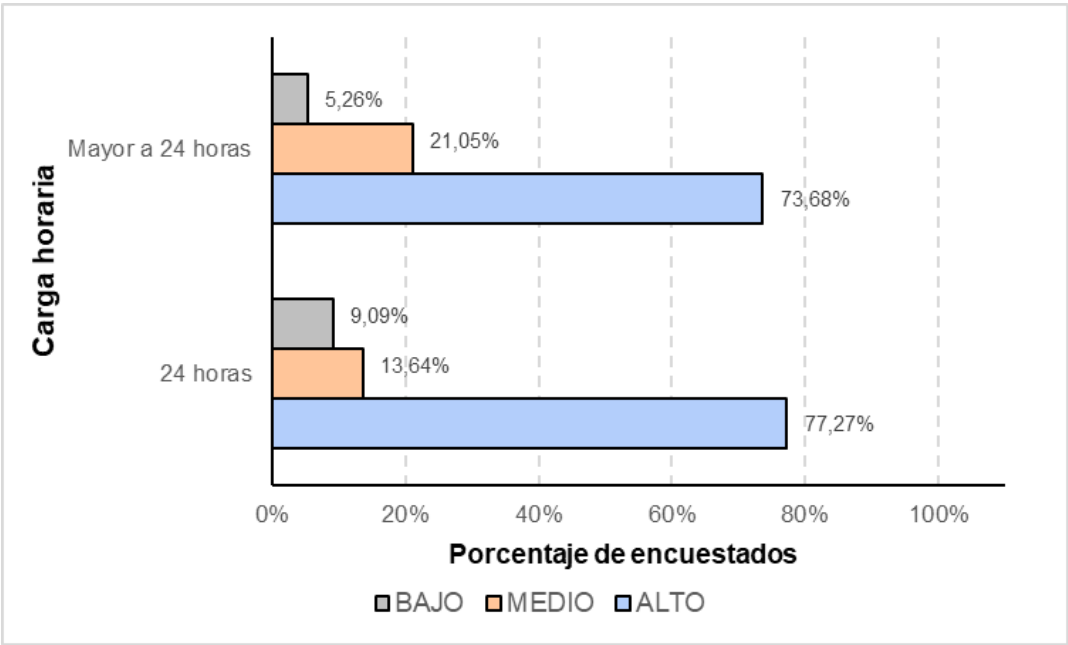


A continuación, se detalla la distribución de los niveles de cansancio emocional según la carga horaria semanal, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 16:

- Carga horaria semanal de 24 horas (n=44): 34 (77.27%) casos con nivel alto, 6 (13.64%) con nivel medio y 4 (9.09%) con nivel bajo.
- Carga horaria semanal mayor a 24 horas (n=19): 14 (73.68%) casos con nivel alto, 4 (21.05%) con nivel medio y uno (5.26%) con nivel bajo.

La asociación entre el nivel de cansancio emocional (Alto vs. Otros) y la carga horaria de los encuestados no resultó estadísticamente significativa (p=0.759).

Gráfico Nro. 16: Distribución de los encuestados, según nivel de cansancio emocional, por carga horaria

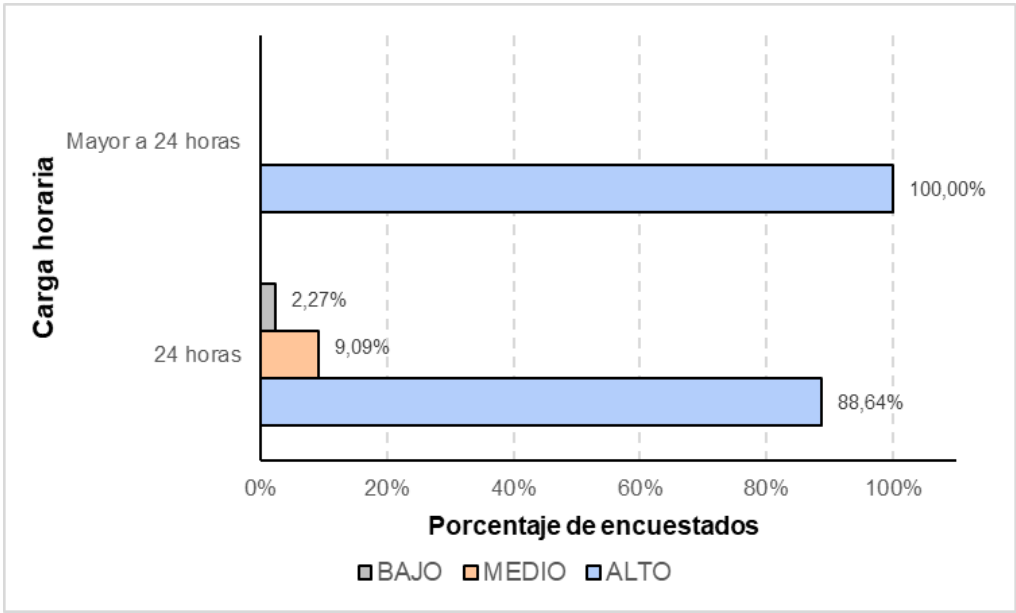


A continuación, se detalla la distribución de los niveles de despersonalización según la carga horaria semanal, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 17:

- Carga horaria semanal de 24 horas (n=44): 39 (88.64%) casos con nivel alto, 4 (9.09%) con nivel medio y uno (2.27%) con nivel bajo.
- Carga horaria semanal mayor a 24 horas (n=19): La totalidad con nivel alto.

La asociación entre el nivel de despersonalización (Alto vs. Otros) y la carga horaria de los encuestados no resultó estadísticamente significativa ($p=0.126$).

Gráfico Nro. 17: Distribución de los encuestados, según nivel de despersonalización, por carga horaria



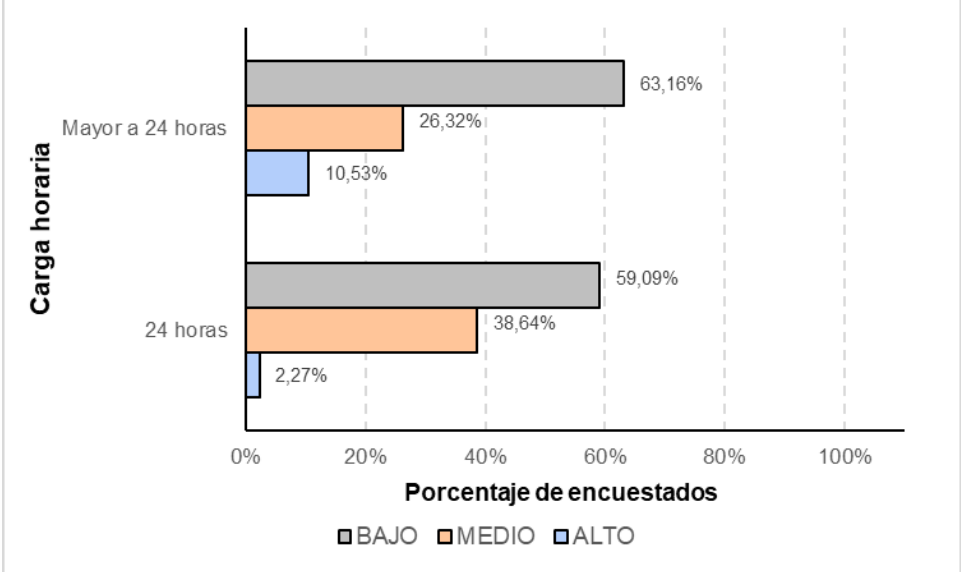
A continuación, se detalla la distribución de los niveles de realización personal según la carga horaria, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 18:

- Carga horaria semanal de 24 horas (n=44): Un (2.27%) caso con nivel alto, 17 (38.64%) con nivel medio y 26 (59.09%) con nivel bajo.

- Carga horaria semanal mayor a 24 horas (n=19): 2 (10.53%) casos con nivel alto, 5 (26.32%) con nivel medio y 12 (63.16%) con nivel bajo.

La asociación entre el nivel de realización personal (Bajo vs. Otros) y la carga horaria de los encuestados no resultó estadísticamente significativa (p=0.762).

Gráfico Nro. 18: Distribución de los encuestados, según nivel de realización personal, por cargo

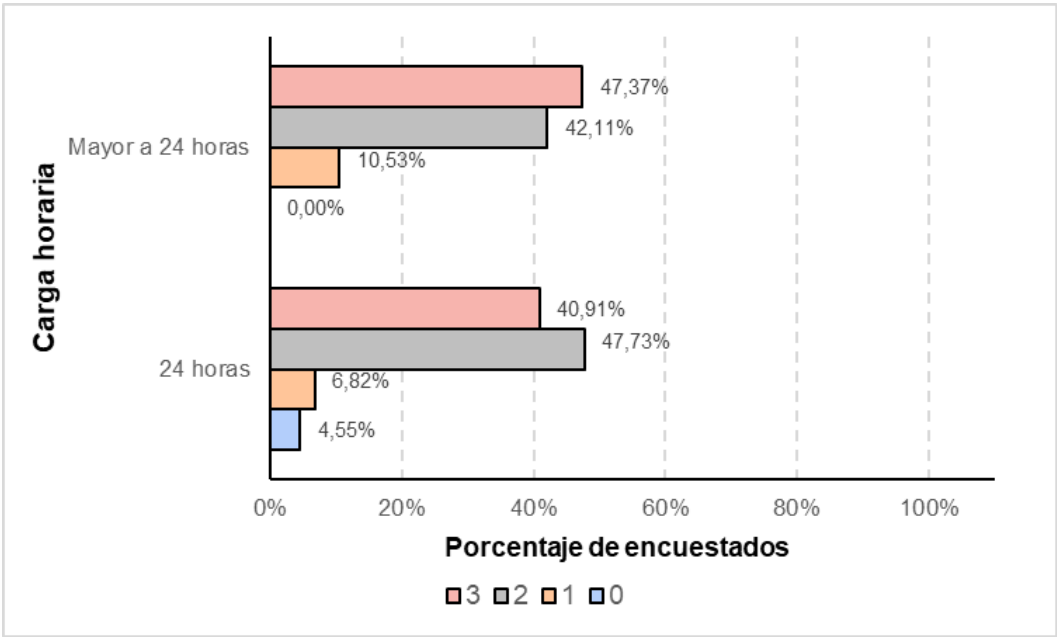


Finalmente, se especifica la distribución de la cantidad de parámetros de Burnout según la carga horaria, cuyos valores se resumen en el Gráfico Nro. 19:

- Carga horaria semanal de 24 horas (n=44): Dos (4.55%) casos con ningún parámetro, 3 (6.82%) con un parámetro, 21 (47.73%) con 2 parámetros y 18 (40.91%) con 3 parámetros de Burnout.
- Carga horaria semanal mayor a 24 horas (n=19): 2 (10.53%) casos con un parámetro, 8 (42.11%) con 2 parámetros y 9 (47.37%) con 3 parámetros de Burnout.

La asociación entre la cantidad de parámetros de Burnout (0 o 1 vs. 2 o 3) y la carga horaria de los encuestados no resultó estadísticamente significativa (p=0.889).

Gráfico Nro. 19: Distribución de los encuestados, según cantidad de parámetros de Burnout, por cargo.



DISCUSIÓN

La pandemia de Sars Cov 2 ha sido un acontecimiento que puso en crisis las formas de relacionarnos con las personas y entorno. Desafortunadamente, las consecuencias en el ámbito de la salud mental no han sido estudiadas en profundidad (13).

El burnout es una problemática a nivel mundial, en nuestro país no contamos con datos epidemiológicos actualizados y sectorizados por profesiones, en el caso de los profesionales de la salud no hay datos actualizados por especialidades y cargos jerárquicos, otra dificultad a la hora de comparar los datos se encuentra la falta de homogeneidad a la hora de definir el concepto de burnout (13).

Se estableció que el 7.94% presentaba burnout leve, el 46.03% burnout moderado y el 42.86% burnout grave respectivamente. El 88.89% de los encuestados presentaba burnout moderado - grave dicho dato coincide con un trabajo de Ecuador el mismo se realizó en 151 médicos/as siendo un estudio analítico de tipo transversal donde el 95% de los encuestados presentaba parámetros burnout moderado - grave (13), pero algo más elevado con respecto a un trabajo realizado en Colombia donde el 76% de los encuestados presentaban parámetros de burnout.

Teniendo en cuenta las 3 dimensiones evaluadas y los niveles alcanzados por cada encuestado, se estableció que el 3.17% no presentó parámetros de Burnout, mientras que el 7.94% presentaban un parámetro de Burnout, 46.03% presentaban 2 parámetros y el 42.86% presentó 3 parámetros de Burnout, esto arroja una frecuencia del 96.86%.

La prevalencia de burnout en este trabajo fue del 100 % para el servicio de guardia, clínica médica presentó el 96.15% y el servicio de UTI el 95.65% respectivamente.

La asociación entre la cantidad de parámetros de Burnout y el servicio de los encuestados no resultó estadísticamente significativa $p=0.263$.

La asociación entre la cantidad de parámetros de Burnout y el cargo de los encuestados (Interna/o día/ vs. Médica/o residente vs. Médica/o staff vs. Otros) no resultó estadísticamente significativa $p=0.525$

Si bien no hemos observado trabajos donde se haya realizado un análisis sobre el cargo jerárquico, carga horaria y el nivel de burnout en nuestra muestra el 30.16 % de los encuestados realiza más de 24 hs por semana en el Hospital provincial de Rosario de los cuales el 100% presenta parámetros altos de burnout. Cabe destacar que en este análisis no se ponderaron las horas de trabajo realizadas por los profesionales en otros centros de salud.

Con respecto al Burnout durante la pandemia se realizó un estudio en Rumania con residentes de diversas especialidades donde se observó que posterior a 2 meses al inicio de la misma se encontró una prevalencia del 66% para un total de 50 encuestados(19), número menor al encontrado en nuestras encuestas donde el 30.16% de los encuestados fueron Médica/o residente $n=19$: el 10.53% de los casos con un parámetro, 31.58% con 2 parámetros y 57.89% con 3 parámetros de Burnout(19) por lo tanto el 100 % presenta al menos 1 parámetro de burnout lo cual demuestra una prevalencia del 100%

Con respecto al estudio de corte transversal realizado por el Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2022 mostró una prevalencia en personal médico del 40 % con una N° de 106 médicos resultados menores a nuestra muestra. (14)

En nuestro país no contamos con estudios a gran escala que hayan medido el burnout en el personal de salud intra/post pandemia.

En las encuestas realizadas para este trabajo en los servicios de clínica médica, guardia externa/UCIM - UTI se observó que el 96.86% presentaron al menos 1 de las 3 dimensiones en niveles elevados. Si bien no hemos observado trabajos donde se haya realizado un análisis sobre el cargo jerárquico, carga horaria y el nivel de burnout en nuestra muestra el 30.16 % de los encuestados realiza más de 24 hs por semana en el Hospital provincial de Rosario de los cuales el 100% presenta parámetros altos de burnout.

En relación al trabajo del Hospital Provincial de Rosario del año 2015 el 16% presentaba al menos una dimensión elevada (10) otro trabajo realizado en España en residentes en el año 2019 arrojó como resultado que el 29,4% de los encuestados presentó burnout (18). Dichos datos en comparación a los obtenidos durante la pandemia nos demuestran un claro aumento donde la prevalencia osciló entre servicios entre un 95,65% hasta un 100%

LIMITACIONES

Consideramos que una de las principales limitaciones de este estudio fue que se trató de un trabajo unicéntrico y donde solo se tuvieron en cuenta las horas trabajadas en un único centro quedando sin análisis las horas realizadas en otras instituciones. Sería importante disponer de estudios multicéntricos para poder analizar de manera amplia la situación de los trabajadores de la salud y de esta manera poder diseñar estrategias en salud pública.

CONCLUSIONES

Los datos expuestos deberían ser una alarma para poder dar una discusión profunda y seria sobre esta problemática.

La intensidad y frecuencia de burnout en los trabajadores de Clínica médica, UTI, UCIM/guardia externa durante la pandemia de SARS cov 2 es similar a los trabajos publicados a nivel mundial, sin embargo, la comparación de los datos entre los estudios pre e intra pandemia demuestran un aumento de la prevalencia e intensidad de manera considerable.

El servicio que presentó tendencia mayor de prevalencia e intensidad de síndrome de burnout fue el de guardia externa/UCIM, esto se puede interpretar por varios motivos, el principal es que dicho servicio fue la puerta de entrada de los pacientes tanto leves como graves. Largas jornadas laborales, malas condiciones, falta de lugar para la atención y situaciones de violencia diaria. Sin embargo, el resto de los servicios presentó valores muy similares.

Consideramos fundamental ampliar el alcance de este trabajo a múltiples centros, realizar un análisis más detallado de los factores contextuales y personales que contribuyen al burnout. Sería muy importante realizar este análisis anualmente a fin de detectar nuevos casos, realizar seguimiento de los servicios y tomar decisiones concretas para la prevención, detección temprana y tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues [Internet]. 1974;30(1):159-165. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
2. Maslach C. Understanding burnout: definitional issues and analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. London, England: SAGE Publications; 1982.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav [Internet]. 1981;2(2):99-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
4. Montero-Marín J, García-Campayo J, Andrés E, et al. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Panamericana de salud pública [Internet]. 2011;30(4):373-382. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001000002>
5. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. Revista De Comunicación. 2010;(112):42-80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
6. Leka S, Griffiths A, Cox T. Protection of workers' health series No. 3. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
7. The Stress Solution" de Lyle H. Miller, PhD, y Alma Dell Smith, PhD. Pocket Books, 1994
8. Rojas CM. Trastorno de estrés postraumático. Rev Med Cos Cen. 2016;73(619):233-240.
9. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Pág 1 traige en enfermería. Buenos Aires: MSLN Argentina; 2020. Available from: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/575>
10. Tomey MA, Co A, Coria M, et al. Síndrome de Burnout en residentes del Hospital Provincial de Rosario. 2015. En: Salomón SE, Cámara LA, Valdez PR, compiladores. Compilación de trabajos sobre el síndrome de burnout presentados en diez años de congresos de la sociedad argentina de medicina: revisión sistemática (2005-2015). Rev Argent Med [Internet]. 2019 Abr;23-34. ISSN 2618-4427.
11. Salomón SE, Cámara LA, Valdez PR. Compilación de trabajos sobre el síndrome de burnout presentados en diez años de congresos de la sociedad argentina de medicina revisión sistemática (2005 - 2015). Revista Argentina de medicina [Internet]. 2019 Apr; 23-34. ISSN 2618-4427.
12. Quiroz-Ascencio G, Vergara-Orozco MG, del R Y-CM, Pelayo-Guerrero P, Moreno-Ponce. Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante la pandemia de COVID-19. Revista salud Jalisco. 2021;8.
13. Vinuesa-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinuesa-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.708>
14. Horacio M. Castro, Manuel A. Prieto, Agustín M. Muñoz. Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. Medicina (Buenos Aires). 2022; 82: 479-486. ISSN 1669-9106.
15. Farrell CM, Hayward BJ. Ethical dilemmas, moral distress, and the risk of moral injury: Experiences of residents and fellows during the COVID-19 pandemic in the United States. Acad Med [Internet]. 2022;97(3S):S55-S60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000004536>
16. Canadian Medical Association. COVID-19 and Moral Distress [Internet]. Quebec: Canadian Medical Association; 2020 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Moral_distress_COVID_EN.pdf
17. Maslach C. Maslach burnout inventory. 1981

18. Rev Asoc Esp Med Trab. (2019). Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Rev Asoc Esp Med Trab*, 28(1), 1-82
19. Dimitriu, M.C.T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A.C., Nica, A.A., Carap, A.C., Constantin, V.D., Davitoiu, A.M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O.G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C.D., Smarandache, C.G., & Socea, B. (Año). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic.