

Estrés, burnout y emociones en personal de salud ante la emergencia por COVID-19.

Stress, burnout and emotions in health workers' emergency conditions due to the COVID-19.

Ileana Fernández Pérez ¹, Jesús Salvador Hernández Romaro ² & Arlene Oramas Viera ³

Resumen

La situación epidemiológica originada por la COVID-19 provocó nuevas demandas a las ya existentes en el personal de salud. Objetivos: Describir las dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización profesional en el personal del área de salud, determinar los niveles de estrés, explorar el ambiente emocional en sus dimensiones de afectividad positiva y negativa y delimitar la relación entre estas variables. Estudio cuantitativo con un diseño descriptivo de corte transversal, en un Policlínico durante el mes de diciembre del 2021. En personal médico (n=23) y de enfermería (n=16), se aplica el Inventario de burnout de Maslach, la Escala sintomática de estrés y la Escala de afectividad positiva y negativa. Resultados: Se obtiene agotamiento emocional alto en el 30,8%, medio en 33,3%; despersonalización, en un sujeto fue alto, y en 6 medio; la eficacia profesional en 9 sujetos fue medio y en 1 bajo; el nivel de estrés fue patológico en 41%, la afectividad positiva es alta en 53,8%, la negativa en el 5,1%. No existen diferencias respecto al sexo, ocupación y haber padecido o no COVID-19, se constata relación inversa entre la despersonalización y la edad. Conclusiones: La relación directa entre el estrés, agotamiento emocional y afectividad negativa son expresión de un desgaste producto de las respuestas fisiológicas y emocionales a situaciones mantenidas de movilización de recursos en el entorno laboral, lo cual se manifiesta en el grupo estudiado. Se recomiendan acciones dirigidas a intervenir de modo participativo y prevenir el ambiente emocional negativo.

Palabras clave: estrés, burnout, COVID-19.

Fecha de recepción: 14-12-2022

Abstract

The epidemiological situation originated by COVID-19 caused new demands to those already existing in health personnel. Objectives: Describe the dimensions of the burnout syndrome, determine the levels of stress explore the emotional environment in its positive and negative affectivity dimensions and define the relationship between these variables. Quantitative study with cross-sectional design, in a polyclinic during the month of December 2021. In medical (n=23) and nursing (n=16) staff the Scale of Positive and Negative Affect -PANAS- the Symptomatic Scales of Stress and the Maslach Burnout Inventory were applied. Measures of central tendency, absolutes and relative frequencies, measures of association and correlation coefficients with a reliability of 95% were used. Results: High emotional exhaustion is obtained in 30.8%, medium in 33.3%, depersonalization in one subject was high and in 6 medium, professional efficacy in 9 subjects was medium and in 1 low; the level of pathological stress in 41%, the positive affectivity is high in 53.8%, the negative in the 5.1%. There are no differences regarding sex, occupation and having suffered or not COVID-19. An inverse relationship between depersonalization and age is verified. Conclusions: The direct relationship between stress, emotional exhaustion and negative affectivity are expressions of a wear due to the physiological and emotional response to chronic situations of mobilization of resource at work. Actions aimed at intervening in a participatory way and preventing the negative emotional environment is recommended.

Keywords: stress, burnout, COVID-19 pandemic.

Fecha de aceptación: 25-01-2023

¹Policlínico Docente "30 de Noviembre", La Habana, Cuba. Email: ileanafp@infomed.sld.cu

²Economista. Master en Salud de los Trabajadores. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba. Email: insatinv@infomed.sld.cu

³Psicóloga. Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba. Email: Arlene.oramas@infomed.sld.cu

Introducción

La pandemia por COVID-19, ha añadido a la carga de trabajo que ya presentaban los profesionales de la salud la incertidumbre y el estrés que acompañan a una patología nueva caracterizada por el desconocimiento de la evolución, del tratamiento adecuado para la misma, su alto índice de contagio y de letalidad (Solano, 2020). Estresores inherentes a la labor del personal de salud identificadas por *Wolfgang* en el siglo pasado tales como: *“tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho”*, *“sentirse responsable de los resultados de los pacientes”*, *“sentirse indeciso de qué decir a pacientes y familiares acerca de las condiciones y tratamiento”*, *“no tener oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con colegas”*, *“permitir que sentimientos y emociones interfirieran con el cuidado de los pacientes”* y *“estar inadecuadamente preparados para enfrentar las necesidades de los pacientes”*, entre muchas otras, son algunas de las que adquirieron una alarmante presencia en este contexto laboral y medios no científicos incluso, lo hicieron visible (Palacios et al., 2014).

Entre los retos que ha asumido el personal sanitario durante la pandemia del nuevo coronavirus se encuentran el desbordamiento en la demanda asistencial, el riesgo de infección mantenidos, equipos de protección incómodos para el trabajo, proporcionar apoyo emocional junto a la atención sanitaria, gran estrés en las zonas de atención directa (Zona roja), exposición al desconuelo de las familias y conflictos éticos y morales para tomar decisiones (Hernández, 2020).

Prácticamente desde que comienza la atención a los enfermos de COVID-19 en *Wuhan*, China, a finales del 2019, aparece la preocupación por el estado de salud mental del personal que brinda atención. El primer estudio, realizado con profesionales de ese lugar, donde se originó el primer brote se desarrolló entre el 29 de enero al 4 de febrero de 2020. Mediante un cuestionario de salud mental se evaluaron los síntomas de depresión, ansiedad, angustia e insomnio en 183 médicos y 811 enfermeras que trabajan en *Wuhan*.

Los resultados mostraron que el 34% de los trabajadores médicos mostraron alteraciones psicológicas leves, el 22% mostraron alteraciones moderadas y el 6% mostraron alteraciones graves. Se desarrollaron, a partir de esto planes de intervención de salud mental para estos profesionales. Se ofreció apoyo en forma de folletos de salud mental, psicoterapia y asesoramiento (Kang et al, 2020).

En los resultados de las investigaciones aparecen los principales problemas de salud física y mental de los profesionales de la salud y las causas. En México se realizó un estudio transversal en línea a 5983 trabajadores y los principales problemas identificados fueron: insomnio (52% del total); depresión (37,7%) y desorden de estrés postraumático (37,5%). Los principales factores de riesgo fueron: la falta de tiempo para descansar, el duelo por amigos o seres queridos fallecidos y la percepción personal de la situación del COVID-19. Estos factores resultaron más frecuentes entre los médicos que estaban en la primera línea de atención, particularmente en las mujeres (Robles et al., 2021).

Otra encuesta en línea fue realizada en China entre febrero y marzo de 2020 en 927 trabajadores de la salud y 1255 sujetos no profesionales del área. El estudio encontró prevalencias significativamente más elevadas de insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, en el personal de salud, al compararlo con el grupo de trabajadores ajenos al área de salud (Zhang et al., 2020).

Algunas publicaciones no científicas también muestran el problema y sobretodo llamar la atención hacia los peligros que supone (Mouzo, 2021), a tenor con esto se realizan intentos por darle una ayuda a los profesionales (Xiang et al., 2020; Chen et al., 2020).

En el Área de Atención Primaria de Salud, a las situaciones estresantes inherentes a la COVID-19 durante el último semestre del año 2021, en Cuba, se añaden las carencias de medios y facilidades para el trabajo en los consultorios médicos, la alta demanda asistencial en la consulta

de infecciones respiratorias agudas (IRA) y los altos índices de ingreso en el hogar, con medios insuficientes de protección y los cambios frecuentes en los protocolos y procedimientos, así como en normativas, inherente a una situación novedosa y compleja de afrontar.

El estar expuesto a altas exigencias mentales y emocionales hace a los trabajadores de la salud vulnerables a padecer estrés crónico y el síndrome de *burnout* o desgaste profesional. Este síndrome, consecuencia de un estrés mantenido, fue reconocido en la década de los años 70 del pasado siglo por *Freundenberger* (1974) quien lo define como un estado de fatiga o frustración, dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada y que en consecuencia provoca un desgaste o pérdida paulatina de los recursos de las personas.

En la ratificación de la Revisión 11a de la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) aprobada en el 2018, se reconoce el Síndrome de Desgaste por el Trabajo, de *burnout*, de desgaste psíquico, como un problema de salud, lo cual entró en vigor el recién 1ro de enero del año 2022. Se incluye como un fenómeno ocupacional, lo cual muestra la importante relación del síndrome con las condiciones de trabajo, principalmente los estresores presentes en el ambiente laboral.

Para caracterizarlo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) retomó lo escrito por *Maslach y Jackson* y definió al síndrome, como “el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo, que no se ha manejado con éxito”.

En un estudio en 12000 médicos de 29 especialidades se constató que el *burnout* se incrementó durante la pandemia, las prevalencias encontradas fueron más elevadas, a saber: cuidados intensivos (51%), reumatología, enfermedades infecciosas y urología (49%) y neumología (48%). El 20% de los médicos refirió sufrir depresión “ligera”, muchos consideraron que estaba relacionada con el *burnout*. Lo más alarmante fue que el 13% de los médicos que participaron tuvo

ideas suicidas (*Medscape*, 2021).

En Ecuador, 224 encuestas a personal médico y de enfermería que laboran en establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana arrojó que la mayor parte del personal médico y de enfermería presentó agotamiento emocional severo y moderado (78,15% vs. 63,02%, respectivamente), despersonalización severa y moderada (72,61% vs. 65,63%, respectivamente). La proporción de realización personal en el trabajo baja y moderada también fue elevada entre personal médico y de enfermería (85,41% vs. 78,09%, respectivamente).

Por último, el 95,36% del personal médico mostró *burnout* moderado y severo, al igual que el 95,89% del personal de enfermería (*Vinueza et al.*, 2020).

En Cuba, uno de los primeros reportes sobre el estudio del *burnout* en personal de la salud fue presentado en la I^a Actividad Científica Virtual del Capítulo La Habana de la Sociedad Cubana de Enfermería. Se realizó durante los meses de abril a diciembre del año 2020 en personal de enfermería - n=82- que labora en el servicio de respiratorio de emergencia, en los Policlínicos del Municipio, Habana Vieja. Con el empleo del Inventario de *burnout* de *Maslach* se detectó que 41 de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, 52 presentó un nivel alto de despersonalización y 48 un bajo nivel de realización personal (*Suarez et al.*, 2021). Estos resultados son importantes si se considera la repercusión del síndrome en la salud y en el desempeño profesional.

En Cuba, existen antecedentes de investigaciones relacionadas con el estudio del estrés y el *burnout* en médicos y enfermeras que labora en los diferentes servicios y niveles de atención (*Chacón et al.*, 2005; *Hernández et al.*, 2014 y *Hernández*, 2015).

En la etapa de trabajo con la pandemia se publicaron orientaciones a directivos y al personal sanitario cubanos para amortiguar los efectos de esta situación en la salud mental (*Oramas*, 2020).

El síndrome de *burnout* no tiene síntomas patognomónicos, los síntomas iniciales de deficiencia de la salud a niveles cognitivos, afectivos, conativos y psicosomáticos que lo acompañan, son también reconocidos como síntomas del estrés. Lo que distingue a ambos procesos, estrés y *burnout*, son el cambio en las actitudes y valoraciones que hace la persona de su trabajo ante el intenso y frustrante agotamiento que siente, o sea, la despersonalización o el cinismo y la disminución de la autoeficacia y realización personal en el trabajo.

El *burnout* tiene consecuencias emocionales, la evaluación de la afectividad puede ser un indicador complementario al igual que los síntomas de estrés, que permiten comprenderlo mejor, o sea en qué fase se encuentra la persona en el desarrollo del síndrome. Se conoce que ante el cansancio emocional se movilizan diferentes recursos para el afrontamiento y la despersonalización es una consecuencia del agotamiento de estos recursos. Sin embargo, este proceso de movilización, de intentos por adaptarse a la situación altamente demandante sin una recuperación adecuada, se expresa a nivel afectivo.

La caracterización del ambiente emocional en el trabajo puede complementar el estudio del estrés y el *burnout* y servir para identificar precozmente aspectos disfuncionales. Para esto se requiere conocer la relación entre el estrés, las dimensiones del *burnout* y la afectividad positiva y negativa. Evaluar las emociones puede además ser de utilidad para monitorear cambios en el bienestar en breves periodos de tiempo. En esta idea se basa el Inventario de Bienestar del Hospital *St. Elizabeth Youngstown*, un cuestionario para evaluar bienestar en médicos y enfermeras que incluye 4 ítems de afectividad positiva, 7 de afectividad negativa y fue validado con la Escala de afectividad positiva y afectividad negativa (PANAS) y el Inventario de *burnout* de Maslach (MBI) (Dunham et al., 2019).

La Norma ISO 45001 sobre los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en su 1ra edición en marzo del 2018, en el acápite A.6.1.2.1 de Identificación de peligros, incluye los

peligros psicosociales junto a los físicos, químicos, biológicos, mecánicos, entre otros. La Organización Internacional de Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés), ha elaborado la Guía ISO 45003 “Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo: Salud y Seguridad Psicológica en el espacio de Trabajo-Directrices.”, publicada en el 2021. Esta Guía define parámetros de medición, identifica los mayores riesgos psicológicos y brinda nociones para su gestión. Deviene en un complemento necesario para la gestión de los riesgos psicosociales. La misma se está adaptando a Norma Cubana por el Comité Técnico de Normalización.

Las organizaciones laborales cubanas que se rigen por un Sistema Integrado de Gestión, desde hace aproximadamente dos años se encuentran en un proceso de implementación de la NC ISO 45001 que deroga la NC 18001:2015 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y que implica introducir la gestión de los riesgos psicosociales laborales.

El estudio, en un centro de la Atención Primaria de Salud (APS) en un momento de exigencias superiores a las habituales, aportará evidencias empíricas sobre el ambiente psicosocial laboral y la salud psicológica en estos profesionales y contribuirá a hacer visible la importancia de su abordaje para lograr mantener el bienestar en el trabajo, proteger la salud de los profesionales de ese sector y mantener el buen desempeño. Los objetivos propuestos son describir las dimensiones del síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización profesional en el personal del área de salud, determinar los niveles de estrés, explorar el ambiente emocional en sus dimensiones de afectividad positiva y negativa y finalmente delimitar la relación entre el síndrome de *burnout*, el estrés y la afectividad positiva y negativa.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo de corte transversal. La obtención de los datos empíricos se realizó durante

el mes de diciembre del 2021 en el área de salud del Policlínico Docente, en La Habana, Cuba. La investigación se realizó entre los meses de octubre del 2021 a febrero del 2022.

El universo de la población de personal médico y de enfermería del Policlínico es de 58 médicos y 48 de personal de enfermería. La selección de la muestra fue mediante un muestreo intencional, no probabilístico, según los criterios de inclusión: tener 1 año o más de experiencia profesional, 1 año o más de antigüedad en el centro, haber trabajado durante el último año directamente en las labores relacionadas con el enfrentamiento de la pandemia en la APS y aceptar participar en el estudio, después de informársele sobre el mismo. Se seleccionaron 40 sujetos, se eliminó uno por no completar los procedimientos del estudio. La muestra final quedó conformada por un total de 39 sujetos, de estos médicos son 23 (59%) y personal de enfermería 16 (41%) y según el sexo 33 mujeres (84,6%) y 6 hombres (15,4%). Según la ocupación y el sexo, de las 33 mujeres, 18 son médicos y 15 enfermeras; de los masculinos 5 son médicos y solamente 1 es enfermero. Nivel universitario poseen 33 sujetos (84,6%), los 23 personal médico y 10 personal de enfermería, de estos 6 son técnico medio (15,4%). Las edades están comprendidas entre los 23 y 67 años, con una edad promedio de $45,3 \pm 12,2$ años. La antigüedad en el puesto entre 1 y 34 años con una media de $8,4 \pm 9,2$ años y la antigüedad laboral transita desde 1 hasta 45 años, con una media de $21,9 \pm 12,9$ años. La antigüedad en el centro está entre 1 y 34 años con una media de $12,4 \pm 10,4$ años. Los instrumentos utilizados fueron:

Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI)

Adaptación de la versión española de *Seisdedos del Maslach Burnout Inventory*, -MBI- (Maslach, 1993). El cuestionario, está compuesto por 22 ítems, tiene siete opciones de respuestas tipo *Likert*, las cuales expresan la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma desde el 1, “nunca”; hasta el 7, “todos los días”. Los ítems se distribuyen en las tres escalas que exploran las dimensiones básicas del *burnout*: agotamiento emocional (AE): 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20;

despersonalización (D): 5,10,11,15 y 22; eficacia profesional (IP): 4,7,9,12,17,18,19 y 21.

Escala Sintomática de Estrés (ESE)

Cuestionario para la determinación del nivel de estrés, que se destaca dentro de otros instrumentos que tienen este mismo objetivo por el respaldo estadístico que posee. Su autor, *Seppo-Aro* de origen finlandés, investigó, en 1980, a 5000 personas y se determinaron un conjunto de síntomas cortico viscerales propios del estrés. Su aplicación es muy sencilla, consta de 18 ítems que puntúan de manera aditiva y el resultado final es comparado con la norma. Es necesario comprobar que los síntomas no sean referidos como consecuencias de la ingestión de bebidas alcohólicas o del ciclo menstrual y en el momento de realizada la investigación, como consecuencia de padecer la COVID-19. El instrumento ha sido ampliamente utilizado en nuestro contexto para estudios en poblaciones trabajadoras expuestas al estrés. Tiene una escala tipo *Likert* desde raramente/nunca, algunas veces, frecuentemente y muy frecuentemente con valores del 1-4.

Inventario de afecto positivo y negativo (PANAS)

Se utilizará la versión española llevada a cabo por *Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente*, y empleada en población adulta cubana (Martín et al., 2013 y Torres, 2013). Técnica de lápiz y papel y a los sujetos se les pide que se evalúen en cada uno de los 20 adjetivos sobre una escala tipo *Likert* con un rango de 1 (nada o casi nada) hasta 5 (muchísimo) para expresar el grado en que de forma general experimentan el particular sentimiento o emoción. Este inventario consta de 20 ítems descriptores de sentimientos y emociones. Diez de ellos describen afectividad positiva (por ejemplo, entusiasmo) y otros diez miden afectividad negativa (por ejemplo, irritable). Cada grupo de descriptores se suman de forma separada dando lugar a la puntuación en las dos escalas. Se ha constatado una fiabilidad con valores del coeficiente α de *Cronbach* superiores a 0.85 para AP y AN, en población cubana (Martín et al, 2013 y Torres, 2013). Ítems para evaluar la dimensión

positiva: 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19; Ítems para evaluar la dimensión negativa: 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20. Se determina lo que predomina, se suman las respuestas a los ítems positivos o y negativos, y se comparan.

Para la recogida de la información se solicitó autorización personalmente a la dirección del Policlínico. Los tres cuestionarios se aplicaron de forma similar. Se confeccionó un folleto con la consigna general, el PANAS, la ESE, y el *MBI*; finalmente se solicitaban los datos socio-demográficos. Fueron aplicados en los consultorios y en el Policlínico, de forma individual generalmente, en presencia de los evaluadores, durante la jornada laboral, en condiciones de privacidad, protegiendo al sujeto de interrupciones. Se contó con la autorización y el apoyo del personal directivo para la realización de la investigación. Se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos, teniendo en cuenta los posibles riesgos a los que se exponen en una investigación de tipo psicosocial y ofreciendo garantías de confidencialidad de la información. Se crearon las condiciones necesarias para ofrecer ayuda asistencial si se requería. No obstante, se respetó el criterio de voluntariedad para participar en el mismo.

El procesamiento estadístico de la información obtenida se realizó con el empleo de los Programas: *PASWStatistics.18* y *Statistica 8*. Para comprobar la confiabilidad de los instrumentos se utilizó la determinación del coeficiente α de *Cronbach*. Se emplearon estadígrafos des-

criptivos: medidas de tendencia central (media y desviación típica, mediana, moda), distribución por tertiles, frecuencias absolutas y relativas. Pruebas de *t* para la comparación de medias y coeficiente de correlación de *Pearson*. Se estableció con un nivel de significación de $p \leq 0.05$.

Resultados

El análisis de la confiabilidad de los instrumentos utilizados mostró niveles altos de consistencia interna para las escalas. Del Inventario de *Burnout* de *Maslach*, la escala más alta fue la de agotamiento emocional -coeficiente α de *Cronbach*:0.92- y la de Eficacia -coeficiente α de *Cronbach*:0.756-; la despersonalización fue la más baja -coeficiente α de *Cronbach*: 0.623-. El PANAS mostró muy buena consistencia en ambas escalas, afectividad positiva y negativa (coeficiente α de *Cronbach*: 0.893 y 0.778, respectivamente) y la Escala sintomática de estrés, igualmente como era de esperarse por ser un instrumento de amplio uso -coeficiente α de *Cronbach*: 0.923-.

La descripción del síndrome de *burnout* se realizó primeramente por sus dimensiones o escalas. El agotamiento emocional prácticamente divide a la muestra en tres grupos muy próximos, en los valores absolutos se observa mejor, aunque es más frecuente el nivel bajo de agotamiento, el alto está presente en el 30,8% (12 sujetos) y el medio en 33,3% (13 sujetos) lo que indican, entre ambos, que 25 personas obtuvieron niveles altos o medios de agotamiento (34,1%), (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de sujetos según dimensiones del burnout

<i>Dimensiones</i>	<i>Rangos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>AE</i>	Bajo	14	35.9
	Medio	13	33.3
	Alto	12	30.8
<i>D</i>	Bajo	32	82.1
	Medio	6	15.4
	Alto	1	2.6
<i>IP</i>	Bajo	29	74.4
	Medio	9	23.1
	Alto	1	2.6

Fuente: Base de datos de la investigación (2022)

El aspecto actitudinal del *burnout* no se expresa de modo negativo pues los niveles de despersonalización encontrados son muy bajos relativamente, solo en un sujeto fue alto, y en 6 medio. En este sentido si se considera la connotación de la escala y su confiabilidad no es un resultado del todo favorable, indica que

elementos disfuncionales de despersonalización pueden estar presentes en algunos sujetos. La eficacia profesional se mantiene conservada, pero en 10 sujetos los niveles son medios o bajos lo cual es importante. Nótese que se exponen los resultados en sentido negativo, de ineficacia profesional (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de sujetos según afectividad positiva y negativa

<i>Dimensiones</i>	<i>Rangos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>AP</i>	Bajo	18	46.2
	Alto	21	53.8
<i>AN</i>	Bajo	37	94.9
	Alto	2	5.1

Fuente: Base de datos de la investigación (2022)

Resumiendo, por escalas, la dimensión que más presentó resultados negativos fue el agotamiento emocional seguido de la ineficacia profesional y la despersonalización.

A continuación, se describen estas dimensiones según las variables de control y sociodemográficas. Del personal evaluado, un 25.6% que son 10 sujetos, fueron afectados por la COVID-19. Dato que se tomó en cuenta como variable de control por los posibles síntomas que pueden presentar como secuela de la enfermedad. Sin embargo, no existieron diferencias significativas en relación con las tres dimensiones del *burnout* entre los que enfermaron y los que no (AE: $t = -.081$ gl: 37 sig.0.936; D: $t = 0.498$ gl:37 sig.0.621; EP: $t = 0.415$ gl:37 sig.0.681).

En relación con las variables sociodemográficas, de las tres dimensiones del *burnout* se encontró solamente correlación significativa e inversa de la despersonalización con la edad y con los años de trabajo ($r = -0.344$ $p = 0.032$; $r = -0.341$ $p = 0.034$, respectivamente) obviamente estas dos variables cronológicas se relacionan entre sí, no existen correlaciones con la antigüedad en el cargo ni en el centro de trabajo. A más edad y años de antigüedad, menor despersonalización. Entre el personal médico y de enfermería no se encontraron diferencias significativas respecto a las dimensiones del

burnout aunque en el personal médico, son mayores los valores medios del agotamiento emocional y la despersonalización y es menor la eficacia profesional, este resultado sino es concluyente, puede ser interesante (AE: M 39.17 vs E 32.75; D: M 11.3 vs E 10.6; EP M 43.9 vs E 45.8). Según el sexo tampoco existieron diferencias significativas pero las muestras son muy diferentes en tamaño, observando los valores medios se aprecian valores discretamente mayores de agotamiento emocional en mujeres, mayores de despersonalización en hombres y menores de eficacia profesional en las mujeres (AE: F 37.3 vs M 32; D: F 10.2 vs M 15.1; EP: F 43.8 vs M 49.6).

De los sujetos estudiados 16, para un 41% presentan síntomas de estrés en niveles patológicos y 23 para un 59% no lo presentan, una parte importante de la muestra tiene estrés patológico, lo cual se traduce en un conjunto de síntomas que afectan diversos sistemas funcionales. Los síntomas de estrés que aparecen con más frecuencia son *las dificultades para quedarse dormido o despertarse durante la noche* -23 sujetos-, *la acidez o ardor en el estómago* -22 sujetos-, *el nerviosismo o ansiedad* -27-, *los dolores de cabeza*-26-, *la falta de energía o depresión*-27-, *la irritabilidad o enfurecimientos*-25- y *la fatiga o debilidad*-24. Son estos síntomas que afectan a nivel emocional, mental y del comportamiento generando malestares y

dificultades para la recuperación, la concentración, el manejo de las emociones y el desempeño.

El haber padecido COVID-19 no establece diferencias significativas en este grupo estudiado con respecto a los síntomas de estrés ($t=0.796$ gl:37 sig:0.431), incluso en los que no padecieron la enfermedad los valores medios de estrés son discretamente más altos.

Los síntomas de estrés son independientes de las variables de la edad, antigüedad en el cargo, en el centro de trabajo y de trabajo en general, no existen correlaciones significativas y con respecto a la ocupación no existieron diferencias significativas entre personal médico y de enfermería, los valores medios de estrés fueron cercanos. En relación con el sexo los datos, aunque fueron mayores para las mujeres esto no resultó ser significativo ($F 11.9, M 8.33$).

Pasando al análisis de las emociones, aunque la afectividad positiva en niveles altos predominó, un número importante de sujetos, la presentaron en valores bajos, en contraste, la afectividad negativa se comportó en valores bajos para la casi totalidad de la muestra, solamente dos sujetos mostraron afectividad negativa alta (Tabla 2).

Con respecto a la afectividad positiva y negativa no se encontraron diferencias significativas entre los que tuvieron COVID-19 y no la tuvieron (AP $t=-1.215$ gl: 37 sig 0.232 AN $t=0.426$ gl: 37 sig 0.672). Los valores medios de afectividad positiva son discretamente menores en los que no enfermaron.

Ninguna de las dos dimensiones de la afectividad correlacionó de modo significativo con la edad, la antigüedad en el cargo, en el centro y la antigüedad laboral en general. Existió una correlación cercana a la significación entre la antigüedad en el cargo y la afectividad negativa, de tipo directo, pero no es concluyente ($r=0.330$ $p=0.053$). En relación con la ocupación tampoco existen diferencias significativas en las dos dimensiones de la afectividad para el personal médico y de enfermería, ni con respecto al sexo.

A continuación, se analizan las relaciones entre las variables de estudio. Primeramente, las relaciones que sustentan el modelo teórico sobre el *burnout* y justifican su validez, posteriormente, las relaciones entre las variables del estudio que dan respuesta a uno de los objetivos de la investigación.

Se encontró una correlación directa, fuerte y significativa entre el agotamiento emocional y la despersonalización ($r: 0.624, p =0.000$). Apareció una correlación inversa y significativa entre el agotamiento emocional y la eficacia profesional ($r: -0.574, p: 0.000$). Sin embargo, la despersonalización y la eficacia profesional no tienen correlaciones significativas ($r: -0.167, p: 0.311$) aunque el signo negativo es congruente, e indica una posible relación inversa a mayor despersonalización menor eficacia profesional y viceversa.

Con respecto a las tres dimensiones del *burnout* y los síntomas de estrés, se encontraron correlaciones significativas, directas del estrés con el agotamiento emocional ($r: 0.533, p: 0.000$) e inversas con la eficacia profesional ($r: -0.479, p: 0.002$) con fortaleza media. Esto se traduce en que, a más síntomas de estrés, mayor es el agotamiento emocional y menor la eficacia, y viceversa. En relación con la despersonalización no existe correlación significativa con el estrés ($r: 0.170, p: 0.301$).

El análisis de las correlaciones entre el estrés y la afectividad mostró una correlación significativa, directa y relativamente fuerte entre el estrés y la afectividad negativa ($r: 0.562, p: 0.000$), la correlación del estrés con la afectividad positiva, no fue significativa si bien es inversa, negativa. ($r: -0.274, p: 0.091$). Pasando al análisis de las correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y de la afectividad (Tabla 3) se encontró que las correlaciones entre las dimensiones del *burnout* y la afectividad positiva son para las tres dimensiones significativas. Con el agotamiento emocional la afectividad positiva correlaciona relativamente fuerte y de modo negativo, o sea a mayor agotamiento emocional menor afectividad positiva y viceversa, y la despersonalización de

modo similar, a mayor esta menor afectividad positiva, y viceversa, y en cuanto a la eficacia profesional la correlación es directa, positiva, a mayor eficacia, mayor afectividad positiva; o sea,

menos agotamiento emocional y despersonalización y más eficacia se relacionan con mayor afectividad positiva.

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre dimensiones del burnout y de la afectividad

Variables	N:39	AP	AN
AE	Correlación de Pearson	-.606**	.643**
	Significación	.000	.000
D	Correlación de Pearson	-.389*	.298
	Significación	.015	.065
FRP	Correlación de Pearson	-.571**	.410**
	Significación	.000	.010

**correlación significativa

Fuente: Base de datos de la investigación (2022)

Por el contrario, la afectividad negativa correlacionó directamente con el agotamiento emocional e inversamente con la eficacia profesional, ambas correlaciones son significativas. La despersonalización no tiene correlación significativa con la afectividad negativa. O sea, a mayor agotamiento emocional y menor eficacia profesional mayor es la afectividad negativa y viceversa.

Discusión

El comportamiento de las dimensiones del *burnout* puede ser comparado con un estudio similar realizado en Cuba, durante los meses de abril a diciembre del año 2020 en personal de enfermería, con una muestra de 82 sujetos, que trabajan en el servicio de respiratorio de emergencia, habilitado para dar respuesta a la demanda asistencial por la COVID-19, en los Policlínicos del Municipio Habana Vieja. Con el empleo del Inventario de *Burnout* de Maslach se detectó en dicho estudio, que el 50% de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, un 63.4% presentó un nivel alto de despersonalización y 58% presentó un bajo nivel de realización personal (Suarez et al., 2021).

Como puede apreciarse, los valores son considerablemente más bajos en los resultados

obtenidos en el estudio actual y resulta oportuno comentar que el comportamiento epidemiológico fue más complejo en el 2021, lo cual no justifica estos resultados pues aunque la demanda de atención asistencial era mayor, en el 2020 la población no estaba vacunada, la evolución de la enfermedad era más compleja y existía gran incertidumbre sobre el tratamiento y el pronóstico; escenario que cambia a mediados del 2021, pues aunque se detectan picos de contagio altos sin antecedentes, el personal ya tiene elaborado recursos para el afrontamiento por el tiempo que ha pasado lidiando con esas demandas. Esta es una explicación, aunque pueden existir otras para las cuales hubiera sido de interés realizar entrevistas individuales o grupales, que permitieran abundar en las causas de estos resultados, limitación del estudio por la falta de disponibilidad de tiempo de los sujetos.

En Ecuador, 224 encuestas a personal médico y de enfermería que laboran en establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana arrojó que la mayor parte del personal médico y de enfermería presentó agotamiento emocional severo y moderado (78.15% vs. 63.02%, respectivamente), despersonalización severa y moderada (72.61% vs. 65.63%, respectivamente). La proporción de realización personal en el trabajo baja y moderada también fue elevada entre personal médico y de enfermería (85.41% vs.

78.09%, respectivamente). Por último, el 95.36% del personal médico mostró *burnout* moderado y severo, al igual que el 95.89% del personal de enfermería (Vinuesa et al., 2020).

La relación encontrada entre la edad y la experiencia profesional con el síndrome de *burnout* se ha constatado en otros estudios pues las personas más jóvenes, de menos experiencia poseen menos recursos de afrontamiento (Hernández, 2015; Chacón et al., 2005), sin embargo, en este estudio, al ser solamente la despersonalización y no el agotamiento emocional no se deben dar interpretaciones concluyentes.

Sobre el sexo, parece ser que los sujetos masculinos tienen más despersonalización, pero mayor eficacia profesional y menor agotamiento que sus colegas femeninas, resultado también interesante y congruente con el modelo teórico del constructo, pero no concluyente, pues los datos no son significativos.

Los datos sobre los niveles de afectividad positiva y negativa son congruentes con el modelo bidimensional de las emociones, o sea, afectividad positiva y negativa como continuos distintos, bidimensional y unipolar independiente, con una dimensión que incluye afectividad positiva - alegría, entusiasmo o interés- y otra negativa - tristeza, el miedo y la ira- (Chío, 2019).

La correlación directa, fuerte y significativa entre el agotamiento emocional y la despersonalización se corresponde con el modelo teórico en el cual la despersonalización es un mecanismo no adaptativo de afrontamiento ante el agotamiento. La correlación inversa y significativa entre el agotamiento emocional y la eficacia profesional lo cual es también congruente con el modelo, el agotamiento emocional provoca una disminución de los recursos y disminuye los niveles de desempeño y la autovaloración de eficacia profesional, una de las consecuencias más negativas del síndrome y lo que impacta negativamente en la salud mental por los síntomas de depresión que provoca. La no correlación significativa entre la despersonalización y la eficacia profesional, pero con un signo negativo es

congruente, e indica una posible relación inversa a mayor despersonalización menor eficacia profesional y viceversa, lo cual es consistente teóricamente, el resultado estadístico puede estar dado por las frecuencias bajas de las observaciones para valores altos de despersonalización y bajos de eficacia.

Los resultados sobre las relaciones entre la afectividad y el síndrome de *burnout* son compatibles con antecedentes donde se constatan la evidencia de la relación directa de las emociones negativas con el *burnout* y de las positivas con el *engagement* (Navarro, 2017; Oramas, 2017). Las emociones que se experimentan en el trabajo son consecuencia de los eventos cotidianos que ocurren allí, aunque existen diferencias individuales en el modo en que estos eventos se vivencian.

No todos los hechos generan respuestas afectivas, pero los que son significativos, importantes para la persona, sí, por ejemplo: un reconocimiento por parte de un paciente o de sus familiares es gratificante y genera emociones positivas en el personal de la salud comprometido con su trabajo, por el contrario, un trato violento por parte de un jefe puede generar ira o tristeza y esto condicionar cuotas adicionales para un cambio de actitud ante el trabajo, incluso deseos de abandono.

Según las teorías de las emociones aplicadas en el área laboral (Navarro, 2017), se conoce que por un mecanismo de protección y supervivencia se retiene y presta mayor atención a las emociones negativas que a las positivas, como consecuencia las emociones positivas son menos estables, las negativas tienden a mantenerse por más tiempo.

Las relaciones exploradas en este estudio no son lineales, ni unidireccionales, las respuestas emocionales acompañan a todo el proceso, y se convierte en un proceso cíclico, pues el evento estresante genera emociones negativas y estas a su vez pueden traer cambios negativos en el desempeño y provocar un mantenimiento de experiencias negativas incluso en las relaciones interpersonales.

Los resultados de este estudio, en cuanto a las emociones, si bien no son alarmantes expresan disfuncionalidad, la afectividad positiva baja en 18 sujetos es un indicador y debe considerarse además el peligro del contagio de las emociones. Esto justifica la necesidad de facilitar en el entorno eventos positivos significativos, en especial en los momentos de recuperación de la emergencia sanitaria por la pandemia y mantener relaciones interpersonales de apoyo y cooperación.

Conclusiones

El agotamiento emocional es la dimensión del síndrome de *burnout* que se muestra con mayor afectación sin distinción entre personal médico y de enfermería. Los niveles de despersonalización y

falta de realización profesional que predominan son bajos, siendo esta más frecuente en el personal de menos edad y años de trabajo. Los síntomas de estrés a nivel patológico tienen una frecuencia elevada sin distinción entre sexo y ocupación. Aunque predominan niveles bajos de afectividad negativa, la afectividad positiva es baja en una frecuencia considerable. El haber enfermado de COVID-19 no aportó diferencias significativas en las variables del estudio. La relación directa entre el estrés, agotamiento emocional y afectividad negativa son expresión de un desgaste producto de las respuestas fisiológicas y emocionales a situaciones mantenidas de movilización de recursos en el entorno laboral, lo cual se manifiesta en el grupo estudiado.

Referencias Bibliográficas

- Chacón, M., Grau, J., Hernández, L., Hernández, E., y Román, J. (2005). El desgaste profesional o *burnout* como problema de la Psicología de la salud: su control en los equipos de salud. En: Hernández E, Grau J, Editores. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: CUCS; 641-77.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L & Zhang, Z. (2020) Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 7(4), 15-6. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chío, A. (2019). Validación de *Happiness at Work Scale* en una muestra multifuncional de trabajadores peruanos / Trabajo de Diploma, Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad San Ignacio de Loyola.
- Dunham, M., Burger, B., Hileman, M. & Chance, E. (2019) Psychometric properties of the St. Elizabeth Youngstown hospital wellbeing inventory and non-burnout inventory for physicians and nurses. *BMC Psychology* 7, 36-45. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0316-x>
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 30, 159-166.
- Hernández, L. (2015). Desgaste profesional en especialistas en medicina general integral de la atención primaria de salud. Plaza de la revolución, 2007 y 2012. Repositorio de Tesis en Ciencias Biomédicas y de la Salud. Consultado el 20 de abril del 2022. <http://tesis.sld.cu/index.php?P=AdvancedSearch&Q=Y&FK=lidia+caridad+hernandez+gomez&RP=5&SR=25&SF=62&SD=1>
- Hernández, L. (2020). Recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario cubano ante la COVID-19. Información para directivos de la Salud. (Sep-Dic), 32:e_799 https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- Hernández, L., Hernández, M., y Bayarre, H. (2014). La autoestima como variable moduladora del desgaste profesional en

- especialistas en Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 30(2), 149-59. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200001
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*. 87, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. En: Schaufeli WB, Maslach C & Marek T (Eds.) *Professional Burnout*. Taylor & Francis. Washington. 19-32
- Martín, M., Riquelme, A., y Pérez, R. (2015) Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 410-423. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6668>
- MEDSCAPE. (2021). Public Health. Death by 1000 cuts. Physician burnout and suicide report, 2021. Consultado el 21 de diciembre del 2021. <https://wb.md/3BDVygJ>
- Mouzo, J., editor. (2021). Una ola de mala salud mental amenaza a los sanitarios. *El País*. Consultado el 13 de diciembre del 2021. <https://bit.ly/3DEFr4o>
- Navarro, J. (2017). Afecto en el trabajo. Dirección basada en la Evidencia. Consultado el 20 de mayo del 2020. <https://www.researchgate.net/publication/312173298>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2019). Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases. <https://bit.ly/2YesOwt>
- Oramas, A. (2017). Dos modos de vinculación con el trabajo: compromiso (*work engagement*) y adicción. Relación con bienestar físico y psicológico. *Revista Cubana de Salud y trabajo*, 18(3), 18-26. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77898>
- Oramas, A. (2020). El ambiente psicosocial laboral en la etapa de la COVID-19. *Revista Cubana de Salud y trabajo*. 21(2), 6-13. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106056>
- Palacios, N.M.E., Morán, A.C.I. & Paz, R.M.P. (2014). Validation of Wolfgang’s inventory in Mexican doctors. Measurement of work stress in hospitals. *Rev Mex Sal Trab*. 6,62-68. <https://bit.ly/3DDoZ4c>.
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M. E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytán, J. M., ... & Reyes-Terán, G. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil:1999), 43(5), 494–503. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Solano, L.P. (2020). Personal médico, exhausto y frustrado por muertes que no puede evitar. Recuperado: 21 de mayo de 2021. *La Jornada*. <https://bit.ly/3ByouXd>
- Suarez, D., Glean, A., Calzado, I., Casal, M., Rosales, L., y Calderón, J P. (2021). Síndrome de *Burnout*: prevalencia en el personal de Enfermería ante el sars-cov-2. Recuperado: 12 de enero de 2021, <https://promociondeeventos.sld.cu>

- Torres, L. (2013). Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin trastornos psicopatológicos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana* 2, (1), 21-29. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45301>
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Dipaola, P., Tapia, E., y Vinueza, M. (2020) Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID- 19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. Recuperado: 19 de diciembre de 2021. <https://bit.ly/3BANqNM>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>