



**Estrés Percibido y Síndrome de Burnout
en los Profesionales del Área de la Salud
al inicio y un año después de la
Declaratoria de Pandemia por Covid-19**

Jennifer Alejandra Montoya Valencia

Universidad Simón Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialidad Médica en Psiquiatría
Barraquilla (Atl), Colombia
2021

Estrés Percibido y Síndrome de Burnout en los Profesionales del Área de la Salud al inicio y un años después de la Declaratoria de Pandemia por Covid-19

Jennifer Alejandra Montoya Valencia

Informe Final de Ejercicio de Investigación en la Especialidad Médica:
Psiquiatría

Tutor Disciplinar:

Fredy Sánchez Pérez
MD | Spc Psiquiatra

Tutor Metodológico:

Henry J. González-Torres
Bio | Spc App Stat | MSc Bio (Gen) | DrSc (S) BioMed

Narledis Núñez Bravo
Ft | Mag. Desarrollo y Gestión de Empresas Sociales

Universidad Simón Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialidad Médica en Psiquiatría
Barraquilla (Atl), Colombia

2021

Dedicatoria

Dedicó este trabajo de grado a mi esposo: Tú amor incondicional, tú esfuerzo permanente y ayuda han sido fundamental; tu motivación constante han hecho de este proyecto y eslabón de mi carrera profesional un camino hermoso.

Gracias a mis padres, hermanos por ser mi motivación y deseo de lucha y hacer de mi lo que hoy soy. Y a mi familia extendida por todo su apoyo, amor y ayuda en mi estancia por Barranquilla y estar en los momentos difíciles.

Y a ti mi hijo, este trabajo también es para ti.

Agradecimientos

Agradezco a esta ciudad, Barranquilla que me acogió como una propia, a mis docentes Doctor Fredy Sánchez, Doctora Alexandra Borrero, Doctora Laura Quintana y Doctora Sandra Mosquera, médicos psiquiatras por forjar en mí la pasión y el amor por la psiquiatría y por mis pacientes y contribuir con mi formación permanente como psiquiatra.

Y a mis tutores Metodológico Doctor Henry González y Narledis Núñez por su asesoría y apoyo en la construcción de mi proyecto.

Resumen

Introducción: La pandemia por Covid-19 ha aumentado la carga laboral del personal de salud, generando variados niveles de ansiedad e intensas cargas emocionales, a corto y largo plazo. Objetivos: Evaluar la relación entre el estrés percibido y síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud al inicio de la declaratoria de pandemia (3 meses) y 12 meses posteriores a la misma en Colombia. Materiales y métodos: estudio prospectivo, transversal, analítico con un carácter de medida cuantitativa con una profundidad exploratoria. Resultados: Se incluyó una muestra de 98 profesionales de la salud con una proporción 2:9 Hombre: mujer, con una edad promedio global de 36 ± 12 años. Al inicio de la pandemia el valor promedio de burnout fue de 58 ± 18 pts, y a los 12 meses fue de 65 ± 25 pts, al comparar los puntajes encontramos una P (0.0060) y al evaluar los niveles de burnout inventory observamos que el nivel alto [>66 pts] fue significativamente superior con una P (0.0411): al comparar el subnivel de cansancio emocional se observó que para los 3 meses el valor promedio fue de 15.54 ± 11.32 pts y 12 meses de 21.03 ± 13.76 pts, con una P (0.0010). Al comparar (EEP – 14) entre los puntos de corte (3 meses y 12 meses) se encontró diferencia entre ambos, viéndose esta claramente aumentada pasando de 20.04 ± 6.07 pts (3 meses) a 24.80 ± 9.48 pts (12 meses) con una P (0.0000). Conclusiones: Se aumentó el efecto Burnout de moderado [34 – 66 pts.] a alto > [66 pts] en un número importante de profesionales de la salud, El subnivel de cansancio emocional del Burnout inventory fue el que más tuvo cambios al compararlo con otros subniveles, en cuanto al EEP – 14 se observó un aumento significativo de los primeros 3 meses comparado con los 12 meses denotando la afectación del personal de salud. A si mismo aumento la percepción de estrés los puntos de corte (3 y 12 meses) y se correlaciona el efecto Burnout con EEP –

14

Palabras clave: Covid – 19, estrés percibido, Burnout, personal de salud, Colombia, Pandemia, salud mental

Abstract

The Covid-19 pandemic has increased the workload of healthcare services personnel, generating varying levels of anxiety and intense emotional burdens, both short and long term. Objectives: To evaluate the relationship between perceived stress levels and Burnout syndrome in health professionals at the beginning of the Covid-19 pandemic declaration (3 months) and the 12 following months in Colombia. Materials and methods: Prospective, cross-sectional, analytical study With a quantitative measurement character with an exploratory depth. Results: A sample of 98 health professionals was included with a 2:9 male:female ratio, with an overall mean age of 36 ± 12 years. At the beginning of the pandemic the mean value of burnout was 58 ± 18 pts, and at 12 months it was 65 ± 25 pts, when comparing the scores we found a P (0.0060) and when evaluating the levels of burnout inventory we observed that the high level [>66 pts] was significantly higher with a P (0.0411): when comparing the sub-level of emotional exhaustion we observed that for 3 months the average value was 15.54 ± 11.32 pts and 12 months 21.03 ± 13.76 pts, with a P (0.0010). When comparing (EEP - 14) between the cut-off points (3 months and 12 months) a difference was found between both, seeing this clearly increased from 20.04 ± 6.07 pts (3 months) to 24.80 ± 9.48 pts (12 months) with a P (0.0000). Conclusions: Burnout effect was increased from moderate [34 - 66 pts.] to high > [66 pts] in a significant number of healthcare services professionals, The sub-level of emotional exhaustion of Burnout inventory was the one that had more changes when compared with other sub-levels, as for the EEP - 14 a significant increase was observed in the first 3 months compared to the 12 months denoting the affectation of healthcare services personnel. At the same time, the perception of stress increased at the cut-off points (3 and 12 months) and was correlated to the Burnout effect with EEP-14.

Keywords: palabras clave en inglés (preferiblemente seleccionadas de las listas internacionales que permitan el indizado cruzado).

Contenido

	Pág.
1. Problema de Investigación.....	17
1.1. Planteamiento del Problema	17
1.2. Justificación.....	20
2. Objetivos.....	23
2.1. Objetivo General	23
2.2. Objetivo específicos	23
3. Marco Teórico.....	24
3.1. Impacto del Estrés en la Salud Mental	25
3.1.1. Clasificación del Estrés Sindromático	26
3.1.2. Síndromes Agudos	27
3.2. Síndromes Crónicos.....	28
3.2.1. Estrés percibido	28
3.2.2. Medición del Estrés Percibido	30
3.2.3. Escala de Estrés Percibido	31
3.3. Desgaste Laboral o Síndrome de Burnout	33
3.3.1. Causas.....	36
3.3.2. Síntomas Generales	38
3.3.3. Diagnóstico	40
3.3.4. Manejo	41
3.4. Pandemia Covid-19.....	42
3.4.1. Epidemiología	43
3.4.2. Efecto sobre la Salud Mental de la Pandemia	44
3.4.3. Efecto de la pandemia en la Carga Laboral de los Profesionales de la Salud 46	
3.5. Estado del arte	48
4. Diseño Metodológico.....	51
4.1. Tipo de Estudio	51
4.2. Área de Estudio.....	51
4.3. Población y Muestra.....	52
4.4. Instrumentos de Captura de Datos.....	52

4.5. Fase de Análisis de Datos.....	53
5. Resultados y Discusiones.....	55
6. Discusiones.....	62
7. Conclusiones y Recomendaciones	68
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
8. Referencias Bibliográficas	70

Lista de figuras

	Pág.
Ilustración 1 <i>Distribución de la proporción sexual (Izquierda) y Distribución etaria por sexo</i>	55
Ilustración 2 <i>Distribución de estrato socioeconómico (Izquierda) y de la profesión de los sujetos encuestados.</i>	56
Ilustración 3 <i>Distribución de los puntajes de Burnout al inicio de la Pandemia y 12 meses de la misma</i>	56
Ilustración 4 <i>Burnout Inventory de acuerdo a Cansancio emocional [CE], Despersonalización [DP] y Realización personal [RP] 3 meses iniciada la Pandemia y 12 meses posterior a su declaratoria</i>	58
Ilustración 5 <i>Distribución de los puntajes de EEP al inicio de la Pandemia (3 meses) y 12 meses de la misma</i>	59
Ilustración 6 <i>EEP de acuerdo a Percepción y Afrontamiento 3 meses iniciada la Pandemia y 12 meses posterior a su declaratoria</i>	60

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Escala de estrés Percibido (EEP-14)	32
Tabla 1 Burnout Inventory	57
Tabla 2 Aspectos del síndrome de Burnout	59
Tabla 3 <i>Comparación de EEP-14 3 meses y 12 meses iniciada la Pandemia</i>	60

Introducción

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

A finales del 2019 en Wuhan, China, apareció un nuevo coronavirus que llamaron síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) que ocasiona la enfermedad del Covid-19, a medida que fue afectando a más países con un gran número de casos fue denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia el 11 de marzo del 2020 (1,2). El mundo a lo que se conocía comenzó a cambiar para poder contener la propagación del virus, por lo cual se tuvieron que tomar distintas medidas que hasta el día de hoy siguen vigentes; estas medidas fueron con bases al aislamiento, la cuarentena, distanciamiento social, cierre de instituciones educativas, entre otras, donde el sistema de atención media se vieron afectados, a medida que pasaba el tiempo los casos iba aumentando y con ello se saturaba los servicios de salud; habiendo una mayor demanda en todos los aspectos relacionados con la salud referente al Covid-19 (3).

A medida que los casos aumentaron y los servicios de salud se saturaron, los profesionales de la salud debían continuar trabajando ininterrumpidamente, lo que los hizo más vulnerables en este contexto debido a que corrían con un mayor riesgo de verse afectados por el Covid-19 que junto con otros factores se traduce en una población con mayor susceptibilidad para desarrollar estrés u otros síntomas de salud mental, es decir, corren un riesgo significativo de sufrir resultados adversos de salud mental, ya sea por las largas horas de trabajo, el riesgo de infección, la

escasez de equipos de protección, la soledad, la fatiga física y la separación de las familia. De acuerdo a estudios anteriores, la información registrada en pandemias anteriores indican que los trabajadores de salud pueden aumentar su estrés, desencadenado así enfermedades de salud mental (4).

De esta forma, desde el día uno en que apareció este nuevo virus produjo desafíos para todos los sistemas de salud a nivel mundial y por ende a todos los profesionales de la salud, que son los encargados de hacerle frente, junto con lo mencionado se producen numerosas cargas psicológicas y factores de estrés que directamente afectan la salud mental del personal de salud, además de los factores estresantes inherentes a la pandemia (2). Pero desde un punto de vista, el estrés generado y demás condiciones pueden ser considerados como una reacción en medida normal, justamente por el contexto en que nos encontramos, pero el punto es que ese estrés al que están expuestos tiene el potencial de promover enfermedades mentales como trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, entre otros (5).

El estrés ocupacional es una condición en donde los factores relacionados con la ocupación conllevan a cambios en las condiciones psicológicas y fisiológicas de una persona, haciendo que se desvíe del funcionamiento normal (6), mientras que el síndrome de Burnout se define como una exposición prolongada a la presión ocupacional, incluidos los factores estresantes emocionales e interpersonales, caracterizado por asociarse con una mala salud a causa del trabajo (7). En esta misma línea en un estudio en china examinaron cuales eran los factores que se relacionaban con la salud mental de los trabajadores de salud que tratan a pacientes con la enfermedad del Covid-19 donde informaron una alta prevalencia de síntomas de salud mental, entre los síntomas que reportaron prevalecieron síntomas depresivos, de ansiedad, insomnio y más del 70% informo angustia psicológica, por otro lado mencionaron que el 76,7% de los participantes eran mujeres y en su mayoría enfermeras, lo que se relacionaría con que haya hallazgos que indiquen

que las mujeres informaron síntomas más graves de depresión, ansiedad y angustia (8). Con los resultados similares en un estudio de enfermeras de la UCI donde evaluaron los niveles y factores de estrés ocupacional expresaron que un 63% de las participantes manifestaban un estrés moderado y el 20% tenía alto nivel de estrés percibido ya que experimentaban condiciones de trabajo difíciles y grandes responsabilidades, como el cuidado prolongado y continuo de los pacientes críticos, además de un salario inadecuado, gran carga de trabajo, falta de elementos de protección personal, condiciones ambientales negativas y fatiga prolongada (9).

Por otro lado, en otra investigación exploraron la demanda de servicios de salud mental en el contexto actual de la pandemia en un tiempo poco después del inicio de la pandemia, donde revelaron ciertos límites en la disponibilidad de los servicios de salud mental brindados por psicólogos y psiquiatras, se presentaron límites en la atención psicológica, fuentes de apoyo menos personalizadas, como materiales psicológicos de estilo de publicación y recursos psicológicos disponibles en medios de comunicación (10). De acuerdo a esto en una revisión donde estudiaban a los trabajadores de salud en los cuales ya se ha detectado síntomas de estrés y síndrome de burnout recomendaron distintas actividades de promoción y protección en salud mental para que a largo plazo la salud mental no este afectada a consecuencia de la pandemia por el Covid-19 (11).

Entonces, por todo este alto riesgo de infección por Covid-19 ha aumentado la carga laboral del personal de salud, donde ha generado una ansiedad generalizada a toda la población en general y el personal médico no es la excepción, además de intensas cargas emocionales y niveles variados de ansiedad, haciendo que pueda interferir con las labores como personal de la salud por todo ese estrés que se presenta, interfiriendo en las tomas de decisiones (12), afectando no solamente a corto plazo, sino también a largo plazo, por lo que se deben tomar acciones eficaces e integrales de una manera rápida y oportuna para poder proteger la salud mental del personal de salud. Por lo que es propio realizar esta investigación enmarcada

en cómo afecta el estrés laboral y el síndrome de burnout al personal de área de salud con la finalidad de conocer con mayor detalles todas las implicaciones y repercusiones que se han manifestado desde el inicio de la pandemia hasta el momento, así mismo conocer estos aspectos brinda una mayor base para poder enfrentar esta problemática, motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta problema: ¿Cómo ha impactado la pandemia del Covid-19 al personal de salud respecto al estrés percibido y el síndrome de burnout en el periodo comprendido desde el inicio de la pandemia y un año después de haber iniciado?

1.2. Justificación

La investigación que se pretende realizar es muy conveniente por el contextual actual en el que nos encontramos, debido a que aún estamos padeciendo de la enfermedad por el Covid-19 y las secuelas poco a poco han ido floreciendo, sin embargo es hasta que se tenga un control casi que absoluto no se puede tener una información completa sobre todas las consecuencias que se ha generado, pero a medida que eso acontece, es válido ir teniendo aproximaciones de lo que está sucediendo para poder ir enfrentándolo, por lo que sería muy útil para la población en general y en este caso para el personal de salud para poder prever aquellas complicaciones que sean un poco más complicadas de resolver, así como podría ser bases a estudios futuros que pueden tomar como referencia este estudio e ir evaluando la evolución en el daño de la salud mental del personal de salud.

Los efectos psicológicos relacionados con el virus evidenciado en el personal de salud son en consecuencia de la gran carga laboral que ha representado esta pandemia, así como de las malas condiciones de trabajo en las que han tenido que estar, junto con poco apoyo por parte del estado y demás entidades, por ejemplo una de estas es al no proporcionar los elementos de protección personal ideales y adecuado para protegerlos, así como los demás factores inherentes a la pandemia

que son el distanciamiento social, no poder tener acercamiento con sus familiares y demás factores lo que ha conllevado a que se manifiesta síntomas de afectación mental, como la depresión, la ansiedad el estrés y posiblemente haya aflorado el síndrome de burnout (13). Esta problemática en particular tiene una gran relevancia social, porque al ser el personal de salud el que está haciendo frente y contrarrestando el virus tiene mayor susceptibilidad y vulnerabilidad a las consecuencias de la pandemia y si el personal de salud no está en las condiciones óptimas para seguir haciendo su labora, disminuyendo posiblemente el número de personal, lo cual es un aspecto muy negativo porque ante la demanda tan grande de casos, se espera una oferta igual de grande para la misma.

Se ha demostrado con base a información de pandemias o emergencia sanitarias anteriores que estas situaciones generan una demanda alta de síntomas de estrés emocional, ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático durante o incluso después del brote de las enfermedades infecciosas (14). El estado de salud mental de los trabajadores de la salud se ha convertido en un problema grave durante la pandemia mundial de COVID-19, ya que es una labor desafiante, la presión psicológica debido a la enorme cantidad de casos y muertes asociadas con esta pandemia, lo que ha aumentado la carga sobre el sistema de salud, lo que ha tenido consecuencias adversas que podrían afectar a la sociedad (15). Estos problemas pueden variar según la persona a quien afecte y a las circunstancias, destacando los efectos que la respuesta de emergencia al COVID-19 ha tenido en los trabajadores de la salud, en especial para aquellos que trabajan en hospitales que atienden a pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19, o que no solo coloca a los trabajadores de la salud en un alto riesgo de infectarse, sino que también genera temor al contagio. y de contagiar el virus a sus seres queridos (16).

Esta investigación contribuye a ir resolviendo los distintos problemas que se pueden presentar en la esfera de la salud mental en el personal de salud, a través de una fundamentación teórica sobre los resultados que se puedan obtener, así mismo la

limitación en la información y posiblemente la falta de estudios a temas en concreto como lo es este caso donde se involucra el síndrome de burnout en la pandemia contribuyen a ir teniendo más información sobre lo que está sucediendo y que posiblemente se pueda presentar más adelante.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Evaluar la relación entre el estrés percibido y síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud al inicio de la declaratoria de pandemia (3 meses) y 12 meses posteriores a la misma en Colombia.

2.2. Objetivo específicos

- Describir la sociodemográfica del personal de Salud que se encuentran laborando al inicio y 12 meses después de la declaratoria de pandemia en Colombia.
- Caracterizar el desgaste laboral a través del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) al inicio y 12 meses después de la declaratoria de pandemia en Colombia
- Caracterizar el estrés percibido a través de la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10) al inicio y 12 meses después de la declaratoria de pandemia en Colombia
- Establecer la relación entre el desgaste laboral estrés percibido al inicio y 12 meses después de la declaratoria de pandemia en Colombia.

3. Marco Teórico

En la década de 1930, Selye había definido el estrés como una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda de cambio y posteriormente la volvió a definir como la tasa de desgaste del cuerpo, sin embargo así como este cambio ha habido muchas modificaciones en la definición de entres, algunos centrándolas en dos componentes que son la “causa” que se entiende como los estresores o estímulos ambientales que participan en el desencadenamiento del estrés y el otro componente es el efecto, es decir, la reacción subjetiva al estrés, que tiene dos componentes más: valoración del estrés (procesamiento perceptual) y respuesta emocional (17,18). En forma general, el estrés es una respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno.

El estrés es un rasgo importante en la supervivencia del ser humano; estrechamente relacionado con el bienestar psicológico, pero que cuando pasa de ser algo fisiológico a ser algo nocivo para la salud actúa como precursor de afecciones psiquiátricas (19). El estrés influye en el estado de homeostasis del organismo, percibiendo el estrés como una amenaza ante una situación en específico; sea este un factor externo o interno, de tal manera que el organismo tendrá su respectiva respuesta fisiológica ante estos estímulos que se puede denominar como estímulos positivos o negativos (20). Este se entiende desde tres perspectivas: la primera es la ambiental, que se centra en los eventos vitales estresores; la segunda, la psicológica, que implica la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a los

estresores; y la tercera, la biomédica, que estudia la respuesta y los sistemas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales (21).

3.1. Impacto del Estrés en la Salud Mental

Son varios los factores que influyen que el estrés tenga un impacto significativo en la salud mental, por mencionar algunos se encuentra los problemas en el trabajo, dificultades económicas, conflictos familiares o personales, inclusive de acuerdo a la intensidad y la gravedad la afectación va a generar ciertas consecuencias en la persona al crear hábitos y conductas poco saludables (22). Incursionando un poco más, se estima que la parte económica y con ella el desempleo son los componentes que generan aún más entres influyendo negativamente en la salud mental de las personas, siendo los hombres mayormente afectados en comparación con las mujeres, otros escenarios que también juegan un papel protagónico en generar estrés e influí en la salud mental son las poblaciones vulnerables con las personas en condición de calle, los niños y ancianos, los pacientes con enfermedades mentales preexistentes. En esta misma línea todos estos componentes o factores afectan la calidad de vida de las personas, donde el estrés generado hace referencia a que el organismo está dando señales de que necesita ayuda ente las situaciones de la vida cotidiana (23).

Para una mayor comprensión, mencionaremos como el estrés influye en el organismo y las alteraciones que genera, empezando con ese apartado, el estrés produce alteraciones en la arquitectura y funciones cerebrales, produciendo una desregulación en la sinapsis exactamente en la corteza prefrontal medial, lo que explicaría ciertas manifestaciones, otras alteraciones que se puede desarrollar es la liberación anormal en neurotransmisores, aumento de la dopamina que puede ser característicos en las personas con psicosis y esquizofrenia, incremento en los niveles de cortisol que genera una sobreexposicion de sus receptores, desencadenando efectos excitotóxicos que producen atrofia dendrítica de las

neuronas piramidales del hipocampo que finalmente lleva a una desregulación en la actividad del eje HPA a causa de la disminución del efecto del cortisol el cual impide que se inhiba el eje, desencadenando una hiperreactividad del mismo, así mismo el estrés crónico está asociado con muchas enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad (24).

El estrés se relaciona con una mala salud, tanto física como mental, además de asociarse con morbilidades e incluso generar mortalidad (25), pero debemos estar claros en que el estrés en principio no debe percibirse como algo negativo, sino como esa respuesta fisiológica frente a situaciones específicas, produciendo en el cuerpo mecanismos neuroendócrinos de autorregulación para mantener un equilibrio interno energético y emocional, siendo la base de la salud física y mental, que si bien estos mecanismos compensatorios alostáticos no devuelven la homeostasis al individuo estos pueden tener efectos adversos cuando se mantienen activos por periodos constantes y prolongados, causando varias enfermedades físicas así como mentales (24,26).

Por eso es recomendable tener buenos hábitos y un estilo de vida saludable de tal manera que las personas pueden adaptarse a estas situaciones de la vida cotidiana donde se genera mucho estrés, se recomienda tener actividad física, comer sano, si la persona percibe que el problema que afronta sobrepasa sus recursos lo recomendable es buscar un ayuda psicológica, entre otras (27).

3.1.1. Clasificación del Estrés Sindromático

La respuesta al estrés se puede clasificar en dos, en agudo y crónico; cuando se refiere al agudo se considera que es necesaria y beneficiosa porque interviene en las adaptaciones conductuales y fisiológicas para poder mantener la homeostasis en escenarios estresantes, sin embargo esta respuesta puede demorar un poco más de lo usual generando ciertas molestias en las personas que la presentan, mientras que el crónico el tiempo acá es aún más prolongado en comparación en el agudo, donde la exposición a estresores es más prolongado, conduciendo a una

carga energética excesiva que resulta en cambios fisiológicos duraderos, que al no sobreponerse a esta sobrecarga ni mediar el factor estresante causante genera consecuencias negativas en la salud, tanto físicas como mentales (28). Esa respuesta al estrés, intenso, agudo y crónico conduce a un deterioro del organismo que altera los ejes que funcionan en la homeostasis y regulación del organismo, causando trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad o enfermedades inmunológicas, cardiovasculares, entre otras, así mismo, el estrés agudo y el crónico ocasiona alteraciones en la memoria declarativa y de trabajo, asociándose además a conductas negativas asociadas a las adicciones (29).

3.1.2. Síndromes Agudos

Se refiere cuando el tiempo es prolongado, pero que no sobrepasa los 6 meses, donde la persona lentamente puede modular o irse adaptando ante esa situación específica que aqueja, pero en los casos donde se presenta una reactivación biológica al estrés y no es tratada de forma oportuna, esta puede avanzar y convertirse en un cuadro crónico (30). Este síndrome agudo se caracteriza por un incremento del estrés después de la exposición a un evento estresante (31), además el cuadro es agudo cuando la persona presenta en reiteradas ocasiones estrés, originando así una reacción descontrolada y emocional al tener una demanda más alta, aumentando la cantidad de exigencias, otra forma de percibir este cuadro es cuando no se ha dado una buena adaptación al entorno social, colocando la situación más crítica cuando hay una tensión continua en el organismo, pero la ventaja es que se puede controlar si se hacen los cambios respectivos de acuerdo al estresor causante, continuando en esta línea, muchas veces el mecanismo de defensa de constante tensión obliga a nuestro cuerpo a dar el máximo y que al final termina generalmente en forma de algún tipo de enfermedad o problema de salud (32).

3.2. Síndromes Crónicos

El tiempo para referirse al crónico es mayor de 6 meses de evolución al ser este de forma mantenida, produciéndose una activación fisiológica perdurable en el tiempo y por ende no se puede activar la respuesta de relajación debido a la acción de varios estresores o la exposición repetida a los mismos agentes estresantes agudos (30), causando una desregulación en los sistemas de estrés neurobiológico, que como consecuencia produce un desgaste en el cuerpo y el cerebro, de tal forma que los mismos mecanismos que son adaptativos en un principio pueden promover cambios fisiopatológicos cuando se presenta de forma crónica (33).

La causa de esta respuesta al estrés crónico se puede dar por dos mecanismos, uno por eventos traumáticos de la vida y segundo por acumulación de la carga alostática que se va acumulando en consecuencia a eventos estresores no traumáticos pero que son persistentes (20). Además un punto importante ante estas respuestas es que estas desregulaciones se comportan como catalizadores en la aceleración del envejecimiento y en el decaimiento de enfermedades, siendo susceptible el organismo a presentar enfermedades por la susceptibilidad al estrés inclusive los cambios cerebrales asociados con el estrés crónico y la remodelación dendrítica, neurogénesis suprimida, atrofia o hipertrofia de las estructura disminuyen aún más la capacidad del cuerpo para procesar cognitivamente y responder fisiológicamente a los factores estresantes, consecuentemente la secreción prolongada de las hormonas del estrés puede fallar en su capacidad para proteger al individuo angustiado y en su lugar comenzar dañar el cerebro y el cuerpo (34).

3.2.1. Estrés percibido

Desde la perspectiva transaccional del estrés según Lazarus y Folkman en 1984, el estrés percibido se considera como una relación entre las personas y su entorno evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (35), además que se menciona que los estímulos o el ambiente no son

estresantes por sí mismo, siendo el sujeto el que los percibe o no como tales, este proceso o perceptivo se produce según un doble proceso de evaluación en el cual el individuo percibe e interpreta el ambiente que le genera estrés, y seguidamente, valora poner en práctica aquellas estrategias de afrontamiento de las que dispone (36). El estrés es considerado como un factor de riesgo para la salud, donde los altos niveles de estrés producen síntomas físicos y psicológicos como la fatiga, debilidad, problemas en el sueño, enfermedades psicosomáticas, el Burnout, depresión e irritabilidad, entre otros (37).

Estas respuestas se manifiestan en la persona a través de tres dimensiones, la fisiológica, la emocional y la conductual, es decir cuando se habla de fisiológica se refiere a la hiperactividad simpática, a los niveles altos de catecolaminas y cortisol, cuando se refiere a emocional por ejemplo esta la ansiedad, el miedo, la irritabilidad, entre otros y por último la conductual que se refiere a la agitación, involucrarse demasiado con el trabajo o el estudio o en cualquier actividad distractora, de tal forma que estas dimensiones permiten que las personas perciben de forma consciente su reacciones automáticas ante los estresores; de ahí que se puede hablar de un estrés percibido y ser evaluado a través del autoinforme; que de forma general este estrés percibido no es más que la respuesta global que influye de forma negativa en la salud en la medida en que esta respuesta es más intensa y sostenida en el tiempo (38).

Así mismo, el estrés percibido está relacionado con la salud mental, además de relacionarse ambos con la fuente de estrés, que en consecuencia las personas que perciben altos niveles de estrés tienen significativamente peor salud mental (39). El estrés percibido es una variable que se ha investigado extensamente en relación con diversos aspectos asociados con la salud y el bienestar, como lo son la ansiedad, la depresión, el Burnout (40). En una buena parte de los casos, el estrés percibido sería consecuencia de un inadecuado afrontamiento de los conflictos, o bien los estímulos estresantes serían consecuencias del mal afrontamiento que, lejos de resolver los conflictos, generarían una espiral de pérdida de recursos, a su

vez el estrés percibido puede ser un elemento causal o mediador en multitud de problemas de salud física o psicológica , y provoca el bloqueo del funcionamiento de la corteza prefrontal, derivando en la pérdida del control superior de la conducta (41).

3.2.2. Medición del Estrés Percibido

De acuerdo a la definición de estrés, la evaluación del estrés se basa en tres enfoques; el primero es el enfoque ambiental, basado en el modelo de estímulo del estrés y se centra en la evaluación de los factores estresantes, el segundo enfoque es el psicológico que se basa en el modelo transaccional de estrés y se centra en la evaluación subjetiva de una persona de sus habilidades para hacer frente a las demandas planteadas por eventos específicos y como tercer enfoque está el biológico que se basa en el método de Selye que es el modelo de estrés basado en la respuesta y se centra en la medición de la activación de sistemas fisiológicos específicos que están involucrados en la respuesta al estrés, sin embargo se hace más utilidad de los instrumentos de evaluación del estrés que se centran principalmente en las experiencias de estrés subjetivo, de tal forma que la medición del estrés se basa en cuestionarios de autoinforme que evalúa la importancia de las experiencias de estrés subjetivo en la patogenia del estrés, pero no quita el hecho de que existan otros métodos encargados de medir el estrés como lo son las técnicas de entrevista, basadas en investigadores; sin embargo, rara vez se utilizan debido al alto costo de implementación, y la pérdida de información subjetiva sobre el estrés (18), concluyendo que la medición del estrés es compleja, en especial porque implica factores psicológicos, sociales y biológicos, sin embargo algunos autores refieren que el uso de estos instrumentos lleva a que se explique una cantidad limitada de la varianza, ya que estos instrumentos se circunscriben al estrés percibido, dejando de lado componentes fisiológicos del estrés que no son percibidos conscientemente (42).

En la actualidad hay varios instrumentos autoadministrados para medir el estrés percibido en un contexto clínico, diseñado para medir el grado en que los individuos evalúan situaciones de sus vidas como estresantes, percibiendo como las personas creen que su vida ha sido impredecible, incontrolable y sobrecargada durante el mes anterior, además son elementos evaluados de forma general en lugar de centrarse en eventos o experiencias específicas (43). Entre esas la más conocida es la Escala de Estrés Percibido (EEP), que de hecho se puede aplicar en diferentes ámbitos y poblaciones haciendo que se cuente con diferentes versiones de este instrumento de medición, en primera instancia esta la versión original que consta de 14 puntos (EEP-14), con 7 ítems positivos que son el 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y 7 ítems negativos 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 (44) y versiones resumidas como la constituida con 10 ítems (EEP-10) que no tienen en cuenta los ítems 4, 5, 12 y 13 esta tiene 4 ítems positivos que son el 6, 7, 9 y 10, mientras que los ítems negativos son 6 y son 1, 2, 3, 8, 11 y 14 (45) y la de 4 ítems (EEP-4) que tiene dos ítems positivos que son el 6 y el 7 y dos ítems negativos que son el 2 y el 4; esta versión breve es para situaciones que requieren una escala muy corta o entrevistas telefónicas, con la ventaja de que al poseer menos ítems reduce el tiempo de diligenciamiento, siendo estas escalas traducida en diferentes idiomas, aproximadamente en 25 idiomas, entre esas el español (46,47).

3.2.3. Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido de 14 ítems (EEP-14) fue creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983 que se utilizó como una medida de validez convergente, que de forma general lo que pretende evaluar son los niveles de estrés percibidos por los encuestados, sin necesidad de acudir a mediciones fisiológicas o de laboratorio, es por eso que esta escala busca conocer que tan estresantes perciben las personas los eventos de la vida cotidiana, además cabe señalar que la EEP-14 ha demostrado una validez criterial frente a marcadores biológicos de estrés como el cortisol salivar y citoquinas, la escala modificada que está constituida por 10 ítems y que deriva de la versión original (48).

Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta correspondientes a una marcación numérica y que se interpretan de la siguiente manera; “Nunca”, “Casi nunca”, “De vez en cuando”, “Casi siempre o en otras literaturas la pueden referenciar como a menudo”, “Siempre o en otras literaturas la pueden referenciar como muy a menudo”. Los ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10 se califican de manera directa de 0 a 4 y los ítems 4, 5, 7 y 8, a la inversa, de 4 a 0. Se crean puntuaciones de suma, de modo que las puntuaciones más altas indiquen más estrés percibido; siendo las puntuaciones de 0 a 56, esta correspondiente a la EEP-14, porque la EEP-10 las puntuaciones van de 0 a 40 (49).

A continuación se anexa la Escala de estrés Percibido (EEP-14)(50):

Tabla 1 Escala de estrés Percibido (EEP-14)

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

3.3. Desgaste Laboral o Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en 1970 por Herbert Freudenberger, entonces la historia data de que el estrés psicológico relacionado con el trabajo se denominó por primera vez como agotamiento o Burnout por su escritura en inglés que se describe como una exposición prolongada a la presión ocupacional, incluidos los factores estresantes emocionales e interpersonales, caracterizado por asociarse con una mala salud a causa del trabajo y que se puede identificar a partir de tres características muy importantes que son el agotamiento

emocional, poca realización personal, es decir, la eficacia que antes tenía el trabajador se va a ver afectada significativamente, así como un la disminución en la realización de trabajos y por último la despersonalización o cinismo que se entiende como la despreocupación por los destinatarios y retirada del trabajo (7), pero de los tres el agotamiento emocional es el síntoma más notable y, a menudo, el principal, además se supone que el agotamiento emocional sustenta el agotamiento y, a través de los mecanismos de afrontamiento empleados por el individuo emocionalmente agotado, surgen los otros elementos del agotamiento, la despersonalización y la reducción de la realización personal (51,52).

Detallando cada de estas tres características es importante mencionar que el agotamiento que siente la persona de una manera más profunda la describe el agotamiento emocional así como físico, además de sentirse sobrecargado, con falta de energía y lo específico en si un estado de ánimo bajo, mientras que la falta o disminución de la eficacia profesional la persona se siente incompetente e insuficiente debido a que no tiene confianza de lo que hace y ya en cuanto a la despersonalización o el cinismo la persona lo puede describir con una actitud distante e insensible hacia el trabajo, la persona va a referir que se siente desmotivado e inclusive puede retirarse del trabajo, de tal forma que el Burnout es el resultado de un estrés prolongado que no se resuelve en el trabajo o también por un desajuste a largo plazo entre las demandas asociadas al trabajo y los recursos del trabajador, interpretándose este como una falla adaptativa duradera, difiriendo del estrés laboral agudo y no mórbido (53).

Cuando ya se habla de una causa general o central que desencadena el Burnout se cree que es por una exposición crónica a factores estresantes incontrolables en el trabajo y se presenta lo que se ha hablado en la definición de estrés y estrés percibido; la persona no da para adaptarse ante estos estresores, son incontrolables

a su naturaleza de sobreponerse que en consecuencia no puede neutralizar esos estresores, llevando a soportar resignadamente los efectos dañinos de los factores estresantes (54). También es importante mencionar que este síndrome no solo es una disminución de la productividad laboral y las demás características mencionadas, sino que también se producen efectos físicos como alteraciones del sueño, aumento del riesgo cardiovascular y mayores tasas de suicidio (55).

El síndrome de Burnout o desgaste profesional o laboral es considerado como el daño psicosocial más importante en la sociedad actual, que como se ha mencionado aparece cuando falla las estrategias de afrontamiento al estrés, funcionando como una variable mediadora entre la percepción de fuentes de estrés crónico y sus consecuencias. Este síndrome ha llamado la atención por investigadores en los últimos años y cada vez se hace más popular escuchar estas palabras aunque quizás no se tenga con precisión en que consiste, pero lo que sí se sabe con precisión es que está estrechamente relacionado con resultados importantes como el desempeño laboral, la productividad y la efectividad, teniendo un impacto negativo con sus otros compañeros de trabajo al generar conflictos personales y el efecto de desbordamiento (56). Se estima que las manifestaciones del síndrome de Burnout en el trabajo como la disminución de la productividad, ausentismo, y demás factores se cree que anualmente consume más de 300 millones, tanto es la magnitud que la Organización Mundial de la salud informe que el agotamiento como una pandemia mundial en la próxima década.

Por otro lado algunas literaturas refieren una relación entre agotamiento o Burnout con depresión, mencionando que lejos de ser reducible a sus 3 dimensiones definitorias, en realidad involucra la gama completa de síntomas depresivos clásicos como la anhedonia, estado de ánimo depresión e ideación suicida, por lo que sugiere una redefinición de este síndrome con una condición depresiva para que los

efectos dañinos del estrés laboral irresoluble puedan evaluarse de manera más precisa y completa, sin embargo no se tiene un consenso sobre esto por lo que es un campo amplio donde se debe indagar (57,58).

3.3.1. Causas

Las causas que se ha descrito en la literatura es en momento controversial, así como lo ha sido su definición, pero de forma general la etiología, así como los factores de riesgos que intervienen en este síndrome son variados y múltiples como el entorno de trabajo psicosocial, ciertas características sociodemográficas, ocupacionales y sociales fuera del entorno laboral, factores en el estilo de vida y aspectos en la personalidad, pero aun con mayor predominio lo que se conoce como tensión laboral (59).

Como se ha venido mencionando, el estrés juega un papel muy importante en el síndrome de Burnout, pero no solamente es el estrés el que influye a que se desarrolle este síndrome, sino que también se debe tener en cuenta como la crisis en el desarrollo de la carrera profesional, problemas económicos, pobre orientación profesional, aislamiento sobrecarga laboral, entre otras, además que hay diversos factores que predisponen a las personas a desarrollar este síndrome como la edad relacionada con la experiencia, el género; en este caso las mujeres saben manejar un poco más las situaciones conflictivas en el trabajo, la situación familiar, la personalidad, aquellas personalidades conflictivas, competitivas, hipere exigentes (60).

Según Fischer hay una división en factores etiológicos asociados con la personalidad y el medio ambiente, es decir, la interacción de ambos factores para

el desarrollo del desgaste o el síndrome de Burnout, a continuación se especifica los factores asociados con la personalidad y los del medio ambiente (61):

- Factores asociados a la personalidad o internos
 - Trabajo duro y compromiso hasta el punto de sobreestimarse y sobrecargarse
 - Trabajar hasta tal punto de desplazar la vida social, convirtiéndose el trabajo como la única actividad significativa
 - El perfeccionismo junto con las altas expectativas idealistas
 - Necesidad excesiva de reconocimiento
 - Reprimir las propias necesidades por complacer a los demás
 - Tener la sensación de no ser sustituido por alguien mas

- Factores del medio ambiente o externos
 - Sobrecarga en el trabajo o alta demanda de energía
 - Presión en el tiempo para cumplir las tareas o funciones
 - Largas horas laborales
 - Problemas con demás personas en el área de trabajo
 - Presiones por parte de los jefes
 - Mayor responsabilidad
 - Falta de recursos, haciendo el trabajo aún más forzoso
 - No se trabaja en equipo, al igual que la persona percibe que no cuenta con un apoyo por parte de alguna de las personas que ahí trabajan
 - Falta de claridad sobre los roles
 - Normas dentro del área trabajo que generen opiniones controversiales
 - Problemas de jerarquía
 - Pobre autonomía, así como poca libertad al tomar decisiones
 - Instrucciones contradictorias
 - Problemas de liderazgo y colaboración
 - Desequilibrio en las esferas de la vida de la persona afectada

Como se puede observar son muchas las causas que llevan a la manifestación del síndrome de Burnout, por lo que su causa es multifactorial.

3.3.2. Síntomas Generales

El síndrome se presenta con mayor frecuencia en las personas que trabajan en puestos que implican un contacto frecuente e intenso con las personas y estos síntomas comienzan a aparecer cuando la persona no sabe cómo adaptarse o lidiar con altos niveles de estrés (62). El agotamiento es el síntoma principal, que se define como un síntoma de dimensiones físicas y psicológicas, abarcando además las actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y otras personas que conllevan a desencadenar otros síntomas (63). A continuación se mencionan algunos de los síntomas generales que se puede presentar en las personas con síndrome de Burnout (64):

- Poca tolerancia al estrés
- Tensión constante
- Sentirse apresurado
- Problemas de concentración
- Desesperación
- Descuido de los deberes sociales e intereses personales
- Mayor tasa de error
- Angustia emocional
- Sensación de pérdida de control e impotencia
- Fatiga
- Sueño perturbado o inquieto
- Irritabilidad
- Aumento de la inseguridad
- Labilidad emocional

- Agotamiento tanto físico como emocional

De una forma específica estos síntomas se pueden encajar a nivel de síntomas somático, conductual, emocional y cognitivo, que embarcan los síntomas mencionados con anterioridad junto con otros síntomas agregados que se puedan presentar, se explica a continuación (65):

- **Emocional:** Expresiones de hostilidad, odio, impaciencia, ansiedad, sentimientos depresivos, dificultad para controlar y expresar emociones.
- **Somático:** Cansancio, dolor en cualquier parte del cuerpo
- **Conductual:** Superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, quejas constantes y comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas
- **Cognitivo:** Baja realización personal en el trabajo

En otra literatura al momento de hablar de síntomas lo dividen en otra forma distinta, encabezado por(61):

- Síntomas de advertencia en la fase temprana: En esta fase aun preserva el compromiso con las metas indicadas o propuestas, pero se comienza a percibir el agotamiento.
- Disminución del compromiso en forma general, con el trabajo, con las personas junto con la presencia de mayores demandas.
- Reacciones emocionales como la culpa, además también puede cursar con depresión y ansiedad.
- Disminución en la creatividad, así como una disminución en el juicio, la motivación y el rendimiento cognitivo.
- Las esferas emocionales, sociales e intelectuales estarán aplanadas.
- Reacciones psicósomáticas
- Desesperación

3.3.3. Diagnóstico

El instrumento que más se utiliza en este campo para hacer el diagnóstico es el Maslach Burnout Inventory (MBI), desarrollado a principios de los ochenta y cuantificado como la medida de burnout empleada por más del noventa por ciento de los artículos publicados sobre el tema a fines del siglo XX, evalúa los cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, sin embargo existen otros instrumentos que también evalúan el síndrome de Burnout pero evaluando aspectos diferentes a las tres características clásicas, estos son el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente, el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) que evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo, el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta incluye la desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas a diferencia de los anteriores instrumentos (66).

El MBI, fue especialmente diseñado para medir el agotamiento en los trabajadores y representa el "estándar de oro" en este campo, además de evaluar los tres componentes definitorios del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (67). Al principio el cuestionario estaba constituido por 47 de tales síntomas que fue completado por trabajadores de servicios humanos. El conjunto de ítems se redujo a través de una serie de análisis de factores, con la medida final de 22 ítems, tiene 9 ítems que miden 'agotamiento emocional', 5 que miden la 'despersonalización' y 8 que miden el 'bajo logro personal', y la medida da forma a la definición triádica de agotamiento de la CIE-11 (68). La respuesta a cada elemento del cuestionario MBI se asigna en una escala Likert a un número entre 0 y 6 ("0" significa nunca, "1" corresponde a unas pocas veces al año, "2" una vez al mes, "3" varias veces al mes, "4" una vez a la semana, "5" varias veces a la semana y, respectivamente, "6" – diariamente.

El grado de gravedad se define según categorías en cada dimensión (69):

- Despersonalización: alta > 9, media 6-9, baja <6.
- Realización personal: Bajo <30, Medio 34-39, Alto > 40.
- Agotamiento emocional Alto > 27, Medio 19-26, Bajo <19.

Este síndrome carece de criterios de diagnóstico formales, no se incluye en el DSM-5 y enumerados en el ICD-11 no como una condición médica, sino como un factor que influye en el estado de salud. Sin embargo es importante decir que el diagnóstico de este síndrome es ambiguo y no precisa la condición en la persona, ya que el MBI posiciona el agotamiento como un constructo dimensional que varía en severidad, y los autores argumentan que no hay una puntuación definitiva que pruebe que una persona está agotada, por lo tanto algunos autores sugieren que el MBI no debe considerarse como diagnóstico, y aunque algunos investigadores han impuesto varios puntajes de corte con fines de diagnóstico, estos han sido criticados como arbitrarios e inconsistentes en todos los estudios, aunque ante la falta de instrumentos precisos u otros métodos diagnósticos, el MBI es lo que se sigue utilizando para identificar el desgaste laboral en las personas (70).

3.3.4. Manejo

Consiste en direccionar ciertas medidas para modificar los sentimientos y pensamientos mencionados a las tres características que se describieron en la definición que son el agotamiento emocional, la despersonalización y el abandono o poca realización personal, algunas de estas estrategias son (66):

- Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana
- Mantener un equilibrio en las esferas de la vida

- Fomentar una atmosfera armoniosa y de equipo en el área de trabajo
- Limitar la agenda laboral
- Formación continua dentro de la jornada laboral

El tratamiento de este síndrome se centra en las recomendaciones heterogéneas de expertos y no se centra en un manejo específico, sino que va de acuerdo al requerimiento y necesidades de las personas que la padecen, de acuerdo a la gravedad y la duración, para esto puede funcionar además terapias individuales o grupales, tener un entorno psicoterapéutico ambulatorio real o en un departamento hospitalario psicosomático especializado, por otro lado es importante también que el paciente tenga conciencia del trastorno y tener un seguimiento continuo (71).

3.4. Pandemia Covid-19

Este brote epidémico comenzó en diciembre del 2019 causado por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y el 11 de marzo del año 2020 fue declarado como pandemia como una emergencia de Salud pública de importancia Internacional, debido a su rápida difusión y distribución en varios países a nivel mundial, su nivel más alto de alarma, en respuesta a la rápida propagación mundial del nuevo coronavirus (COVID-19). En consecuencia a tal decisión en muchos países han originado un estado de bloqueo para obstaculizar la propagación de la infección entre las personas, generando una afectación de la salud mental así como el desarrollo de trastornos asociados al aislamiento social y demás situaciones (72). Dado la facilidad de contagiarse y desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria que es su presentación más grave ya que provoca diversas complicaciones hasta la muerte se ha identificado como un problema de salud pública (73).

A partir de la situación, los diferentes gobiernos comenzaron a crear medidas para ir mitigando su propagación, estas fueron medidas de emergencias y de confinamiento, en especial la cuarentena y el aislamiento, abarcando así componentes biológicos, infecciosos, psicosociales y económicos, partiendo desde aquí se ha observado que al combinar los componentes biopsicosociales de la epidemia con los componentes psicosociales del confinamiento o aislamiento social ha mostrado diversas características, pero una de las que mayor ha primado y ha hecho flote en muchos países ha sido la vulnerabilidad sanitaria, cambiando la forma en cómo se venía manejando la salud en cada país, ya que todos los recursos deben ser direccionados a afrontar la pandemia (74).

Esta pandemia ha cambiado la vida para todos, donde los desastres de salud pública así sea de menor escala tienen un impacto negativo en la salud, donde se ha evidenciado en brotes anteriores que indican una disminución aguda de la salud mental debido a los efectos de la cuarentena, falta de información clara, temores de infección, aburrimiento y frustración. Los impactos a largo plazo en la salud mental han sido concentrados entre aquellos que impactan económicamente, los que se sienten estigmatizados por haber estado enfermos y aquellos que presentan antecedentes de problemas de salud mental. La pandemia no tiene precedentes, en base a las medidas de distanciamiento social, necesarias para prevenir la propagación de infecciones, limitan gravemente las relaciones interpersonales, pérdidas generalizadas de puestos de trabajo, finalmente, la fuerza de la morbilidad y la mortalidad asociado con COVID-19 es sustancial y generalizado (75).

3.4.1. Epidemiología

La situación a nivel mundial de casos confirmados en el mundo es de 179, 774,754 y ocasionando la muerte de 3, 894,845 personas. Según el ministerio de salud el

24 de junio del 2021 se confirmó 32,997 nuevos casos en Colombia aumentando el total de contagios en Colombia a 4, 060,013, se han recuperado 28,428 para un total de recuperados de 3,769,887, han fallecido 689 personas dando un total de 102,636 muertes por covid-19, los casos activos corresponden a 175,412 y se han procesado un total muestras de 19,287,638 (76).

Se han reconocido casos en todos los continentes y el 6 de marzo se confirmó el primer caso en Colombia, el cual fue importado de Italia, a medida que se fueron dando los contagios se evidenció que en un 54% de los casos fueron importados de otros países, el 32% son casos relacionados con contacto estrecho con un paciente con COVID-19 y en el 14% no se conoce la causa de transmisión, estos datos fueron recolectados en los meses iniciales de la pandemia (77). De acuerdo a estudios realizados en Colombia, se estima que el 31 de agosto 2020, la prevalencia para cada una de los departamentos de Colombia, se detalla que con mayor prevalencia de casos positivos por COVID-19, estuvieron: Amazonas 3,41%, Bogotá 2,72%, Atlántico 2,35%, Caquetá 1,47%, y Sucre 1,22%; y en los departamentos con menor proporción: Vichada 0,00%, Quindío 10,23%, Casanare 0,24%, Guainía 0,27%, y Córdoba y Caldas 0,29%, por lo que concluyeron que en lo corrido del 2020 un aumento paulatino de contagios por COVID-19 en Colombia hasta llegar a registrar a 31 de agosto 2020, 615.168 casos positivos (78).

3.4.2. Efecto sobre la Salud Mental de la Pandemia

Hoy en día es conocido que la pandemia y las medidas que se han ido tomando han tenido un gran impacto psicológico, como la ansiedad, la depresión, insomnio, negación, angustia, miedo, entre otros, atribuidos a la propia enfermedad y al confinamiento (79). En definitiva la pandemia por covid-19 ha causado graves amenazas a la salud física y la vida de las personas, además ha desencadenado

una amplia variedad de problemas psicológicos, como el trastorno de pánico, la ansiedad y la depresión (80). Diferentes estudios se han dedicado a evaluar cómo ha sido este impacto y los resultados de forma general los síntomas psicológicos fueron trastornos emocionales, depresión, estrés, estado de ánimo bajo, irritabilidad, insomnio, síntomas de estrés postraumático, ira, agotamiento emocional, mal humor e irritabilidad, estos dos últimos con una alta prevalencia (81).

Los pacientes con antecedentes previos de enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastornos afectivos se han agudizado con la pandemia y las medidas de confinamiento que se han tomado, afectando la seguridad y estabilidad clínica de estos pacientes, en los pacientes con trastornos psicóticos se ha referido significativamente el riesgo de recaídas y hospitalizaciones, especialmente los que presenten una escasa consciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento, además de que se puede presentar en estos pacientes psicosis reactivas breves desencadenadas por la pandemia (82). También se puede mencionar que en estos pacientes al tener el riesgo y el miedo a infectarse por COVID son condiciones potencialmente estresantes que modulan las características psicopatológicas de los diferentes trastornos psiquiátricos, por ejemplo, los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) pueden empeorar sus síntomas en base a las ideas obsesivas de contaminación a causa de las medidas recomendadas para disminuir el riesgo de contaminación como el lavado de manos (83).

Así mismo el miedo a lo desconocido aumenta los niveles de ansiedad en las personas sanas, así como en las que padecen enfermedades mentales preexistentes y a medida que avanza esta pandemia se evidencia aún más las consecuencias tanto en la salud física como en la mental, en especial en las poblaciones más vulneradas, en consecuencia estas situaciones están progresando generando preocupaciones de salud mental pública (84). El Covid-19 afecta

negativamente la salud mental de la población en general, en especial a los grupos más vulnerables, de tal forma que la incertidumbre que ha generado esta enfermedad, agregando el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población, tiene consecuencias psicosociales en las personas que se sienten estresados y preocupados y todo esto a consecuencia de niveles superiores de estrés (85).

El efecto de la salud mental en consecuencia a la pandemia del Covid-19 genera preocupación durante y a largo plazo, que de acuerdo a las estadísticas el impacto que ha tenido sobre las personas ha generado una angustia psicológica muy significativa que ha ido aumentando a medida que transcurre la pandemia, además ha ido incrementando los síntomas latentes o síntomas de salud mental existentes en las personas con antecedentes de salud mental (75).

3.4.3. Efecto de la pandemia en la Carga Laboral de los Profesionales de la Salud

Este alto riesgo de infección por COVID-19 aumenta la carga de trabajo de los trabajadores de la salud que participan directamente en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19 (86). La pandemia generó una ansiedad generalizada en la población general y entre los trabajadores de la salud; los médicos y otros trabajadores de la salud desempeñan un papel crucial en la primera línea en el manejo de la pandemia y, según la investigación se enfrentan a crecientes cargas emocionales y niveles de ansiedad, haciendo que pueda interferir con el funcionamiento de los médicos bajo estrés, su capacidad para tomar decisiones y puede tener efectos a largo plazo en su bienestar (12).

La pandemia de COVID-19 aumenta potencialmente las demandas laborales de los médicos esto en consecuencia, los pone en alto riesgo de impactos adversos en la salud mental y cuando se menciona que se ha incrementado un aumento en las demandas laborales se refiere en cuanto a afectación en la salud mental o física, por ejemplo en el trabajar en los diagnósticos en estos pacientes con covid ya que los síntomas de COVID-19 imitan otras enfermedades comunes leves y físicos por ejemplo, en como el trabajo prolongado con ropa completa de equipo de protección personal en condiciones de calor, también emocional al liderar con las múltiples muertes, a parte del aumento de la magnitud de las diversas demandas laborales, es posible que las personas de primera línea, en particular los médicos, disfruten de experiencias de recuperación limitadas para recuperarse de las demandas laborales (87).

El personal del salud es particularmente más vulnerable a la a la angustia emocional en la pandemia actual, dada la naturaleza novedosa del SARS-CoV-2 y su riesgo de exposición al virus, aumento de la carga de trabajo, escasez de equipo de protección personal y otros suministros médicos, pruebas inadecuadas, limitaciones opciones de tratamiento, preocupación por infectar y cuidar a sus seres queridos, y participación en decisiones de asignación de recursos emocional y éticamente cargadas (88). Se ha demostrado que los trabajadores sanitarios experimentaron un alto nivel de estrés emocional, ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático durante o incluso después del brote de las enfermedades infecciosas, en un estudio entre los trabajadores de la atención médica en un hospital de Taiwán durante el brote de SARS, el 5% padecía un trastorno de estrés agudo, que dada la magnitud de la pandemia de COVID-19 y el estrés que sufren los trabajadores de la atención médica, se espera que ocurran resultados psicológicos adversos entre ellos, especialmente aquellos en la primera línea, por otro lado, estos resultados psicológicos adversos en esta población suelen estar determinados por una variedad de factores durante un brote de una enfermedad

infecciosa con un alto nivel de mortalidad, incluida la duración incierta de la cuarentena, suministros médicos inadecuados, temores de infección, estigma y discriminación, entre otros aspectos (14). En una investigación se evaluó los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes con COVID-19 en China e informó una alta prevalencia de depresión con un 50,4%, ansiedad en un 44,6%, insomnio con 34,0% y angustia con un 71,5% (8).

3.5. Estado del arte

Rocio C., et al., en el año 2021 llevaron a cabo un estudio prospectivo en Buenos Aires, con el objetivo de comparar la incidencia del síndrome de burnout en residentes de cardiología antes y durante la pandemia de COVID-19, en el estudio se incluyó a residentes de cardiología de un centro cardiovascular terciario, el cuestionario utilizado fue el de Maslach, el cuestionario fue respondido por 39 residentes y la puntuación media de agotamiento emocional fue 38, la puntuación mediana para la despersonalización fue 12 y la puntuación media de logros personales fue de 30, concluyendo que la pandemia no se asoció con un aumento en la incidencia de burnout en los residentes de cardiología, quienes ya reportan una prevalencia significativa de este síndrome en el período prepandémico (69).

Zerbini G., Ebigdo A., Reicherts P., Kunz M., Messman H., llevaron a cabo un estudio en el Hospital universitario de Augsburg, con el objetivo de investigar la carga psicosocial de médicos y enfermeras en función de su grado de contacto con los pacientes con COVID-19, en el estudio participaron 5 enfermeras y 35 médicos, que trabajaban en una sala especial de COVID-19 y sala regular, los participantes completaron dos cuestionarios estandarizados (el Patient Health Questionnaire, PHQ; y el Maslach Burnout Inventory, MBI) e informaron su temor a una infección

por COVID-19 y estrés en el trabajo en una escala Likert de 10 puntos, los resultados arrojaron que las enfermeras que trabajaban en las salas COVID-19 informaron niveles más altos de estrés, agotamiento y estado de ánimo depresivo, así como niveles más bajos de realización relacionada con el trabajo en comparación con sus colegas en las salas regulares con puntuaciones similares en los médicos, siendo las causas más comunes de carga la tensión laboral y la incertidumbre sobre el futuro, concluyendo que las enfermeras que trabajan en las salas COVID-19 se ven afectadas psicológicamente por las consecuencias de la pandemia. Esto podría deberse a una mayor carga de trabajo y un mayor tiempo de contacto directo con los pacientes con COVID-19, en comparación con los médicos (89).

Cantor F., McDouall J., Parra A., Martin L., et al., en el 2021 en Colombia realizaron una revisión en los trabajadores de la salud ya que se han detectado síntomas de estrés y síndrome de burnout, se realizó una búsqueda de literatura en PubMed y google scholar, además participaron 13 expertos en psicología, psiquiatría, medicina y mediante consulta electrónica, como resultado se generaron 31 recomendaciones para el autocuidado del personal en la salud, las instituciones sanitarias y el cribado de signos de alarma en salud mental concluyendo que las actividades de promoción y protección en salud mental tengan como resultado a largo plazo una buena calidad de vida y así mismo disminuir trastorno de depresión, suicidios y patrones de ansiedad en las personas (11).

Rodríguez A., Díaz A., Franco J., et al., en el 2018 realizaron una investigación para determinar la prevalencia del estrés y síndrome de burnout en área de la salud evaluando grupos con depresión y ansiedad, además de otros factores secundarios, se realizó un estudio transversal multicéntrico mediante un cuestionario voluntario de datos demográficos, Maslach Burnout Inventory, escala de estrés percibido PSS

y cuestionario de cuidado del paciente PHQ-9, como resultado general el 40% de los profesionales en salud llegan a padecer de estrés y depresión por lo tanto sufren de síndrome de burnout, concluyendo así que el estrés y el síndrome de burnout cada día deteriora la motivación en el profesional de la salud ya que puede llevar un resultado negativo en la calidad de vida y pensamientos suicidas por esta razón es importante buscar ayuda profesional temprana (90).

Martínez I., Gonzales H., Méndez T., Villarin A., León A., en el 2018 llevaron a cabo un estudio descriptivo, observacional de tipo transversal con el fin de evaluar a prevalencia de burnout y sus componentes en profesionales sanitarios de Atención Primaria, así como la relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral, los resultados obtenidos presentaron una prevalencia de burnout del 20,7 %, el 38,9 % mostró alto grado de despersonalización, 28,2 % agotamiento emocional y 8,0 % baja realización personal. La puntuación de estrés percibido fue significativamente superior al aumentar el grado de burnout en las tres subescalas. Mediante regresión logística, las variables asociadas a burnout fueron: mayor puntuación escala estrés percibido (OR: 1,20; IC95 %: 1,12-1,28), menor puntuación en escala satisfacción (OR: 8,42; IC 95 %: 1,96-36,10), contar con mayor número de pacientes en cupo (OR: 1,01; IC 95 %: 1,00-1,02) y no ser tutor de residentes (OR: 2,88; IC 95 %: 1,06-8,25), concluyendo que El burnout afecta a uno de cada cinco profesionales de Atención Primaria, siendo la despersonalización la subescala más alterada, además de que los profesionales con burnout presentan puntuaciones superiores de estrés percibido e inferiores de satisfacción laboral (91).

4. Diseño Metodológico

4.1. Tipo de Estudio

Se presenta un estudio prospectivo, transversal, analítico con un carácter de medida cuantitativa con una profundidad exploratoria.

4.2. Área de Estudio

El estudio se realizó en Barranquilla, capital del departamento del Atlántico, a 13 km de la desembocadura del río Magdalena. Se encuentra situada al noreste de Colombia y presenta una temperatura media que oscila alrededor de los 30°C, correspondiente a la zona costera tropical, donde se evidencian dos estaciones; una lluviosa y otra seca.

La población de esta ciudad se encuentra compuesta por aproximadamente 1,218 millones de habitantes y en su gran mayoría (99,99%) cuentan con acceso al sistema de salud, el cual presenta al igual que el resto del país, entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de garantizar la prestación de servicios sanitarios a la población. Estos servicios se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

4.3. Población y Muestra

La población objetivo fueron profesionales de la Salud que se encontraban activos en los centros de salud durante el año 2020.

La muestra fue a priori, se envió la encuesta montada en Google Forms® masivamente a los profesionales de la Salud. Se esperó la respuesta por parte de ellos, pasados treinta días se cerró la posibilidad de responder. Pasado 12 meses se replicó la misma estrategia de obtención de información a los mismos sujetos para poder hacer comparaciones.

Criterio de Inclusión

- Profesionales de la Salud en el 2020.
- Trabajadores de IPS Nivel 2 o 3.

Criterio de Exclusión

- Profesionales de la Salud graduados en el 2020.

Fase de Captura de Datos

4.4. Instrumentos de Captura de Datos

Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido-14 (PSS) es una de las escalas más conocidas que se utiliza para medir las respuestas psicológicas generales a los factores estresantes (3). La evaluación psicométrica de EEP en diferentes entornos y poblaciones permite múltiples versiones de esta herramienta de medición.

Cuestionario de Maslach

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Validación del Instrumento de Captura de datos (Si aplica)

Este instrumento ha tenido varias validaciones entre la que destacan la realizada por campos et al en momentos de la pandemia donde comprueba la efectividad de la aplicación de la PSS-14 vía online (21) y la del Maslach (22).

4.5. Fase de Análisis de Datos

A los datos se les realizó medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar) como pruebas ad hoc para establecer la distribución de estos y la idoneidad de los estadísticos que se utilizarán para el análisis.

Para caracterizar sociodemográficamente el personal de Salud que se encuentran laborando durante el año 2021, se realizó un análisis de frecuencia y representatividad porcentual de las variables que corresponden a estos ítems.

Para establecer el nivel de estrés percibido del personal de Salud que se encuentran laborando durante el año 2021 de acuerdo con la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10), se determinó el umbral mínimo de acuerdo con lo estipulado en el instructivo de la escala

Para establecer el nivel de desgaste laboral del personal de Salud que se encuentran laborando durante el año 2021 de acuerdo a través del Cuestionario

Maslach Burnout Inventory (MBI), se determinó el umbral mínimo de acuerdo a lo estipulado en el instructivo de la escala

Para establecer la relación entre el desgaste laboral estrés percibido al inicio y 12 meses después de la declaratoria de pandemia en Colombia, se realizó un modelo de regresión lineal ajustado de acuerdo con la distribución de los datos.

Esto fue realizado en Statgraphics ®, con una Alpha del 95% y una significancia estadística de al menos $p: 0.05$.

5. Resultados y Discusiones

La población estuvo constituida por 130 profesiones del área de la Salud, quedando una muestra de 98 profesionales que contestaron 3 meses inicio de la Pandemia y 12 meses posteriores al inicio de la pandemia.

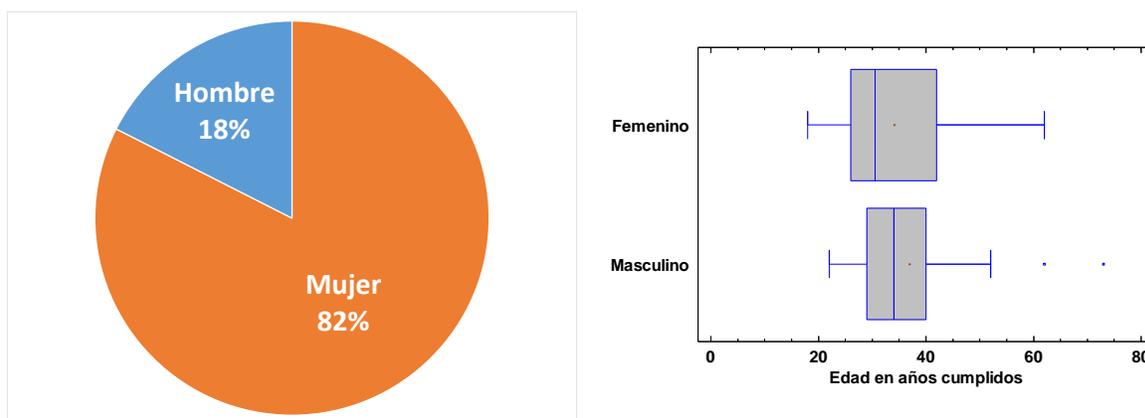


Ilustración 1 *Distribución de la proporción sexual (Izquierda) y Distribución etaria por sexo.*

El 82% de la población fueron mujeres, con una proporción sexual de 2:9 relación hombre: mujer, evidenciándose francamente la diferencia porcentual entre sexos ($p: 0.0000$). La edad promedio global fue de 36 ± 12 años, siendo la edad promedio para las mujeres de 37 ± 14 años y para los hombres de 34 ± 10 años, sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa entre las mismas ($t: -0,9511$; $p: 0,3439$).

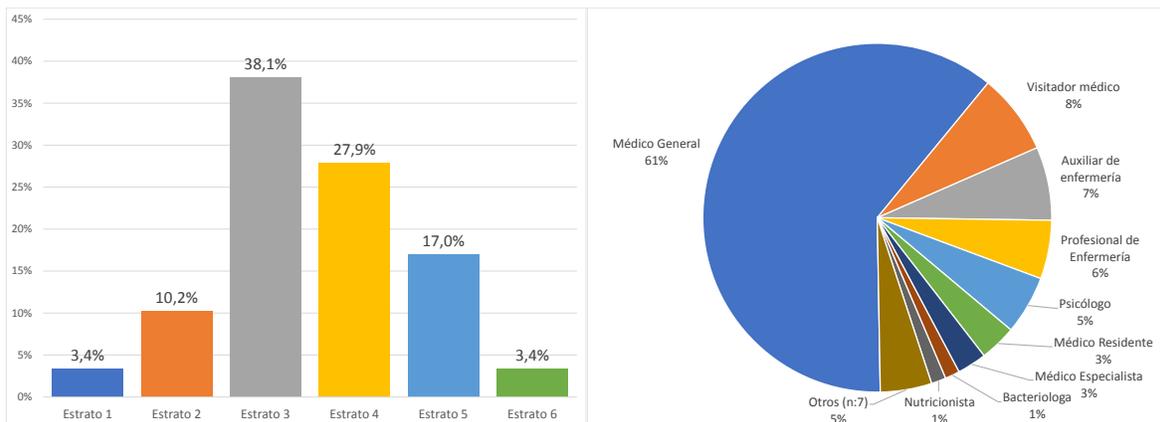


Ilustración 2 Distribución de estrato socioeconómico (Izquierda) y de la profesión de los sujetos encuestados.

El 86.4% de los participantes estaban ubicados en el estrato socioeconómico 3 o superior. Así mismo, una gran proporción de los encuestados (67%) eran médicos, de estos 6% eran Residentes o Especialistas ya graduados.

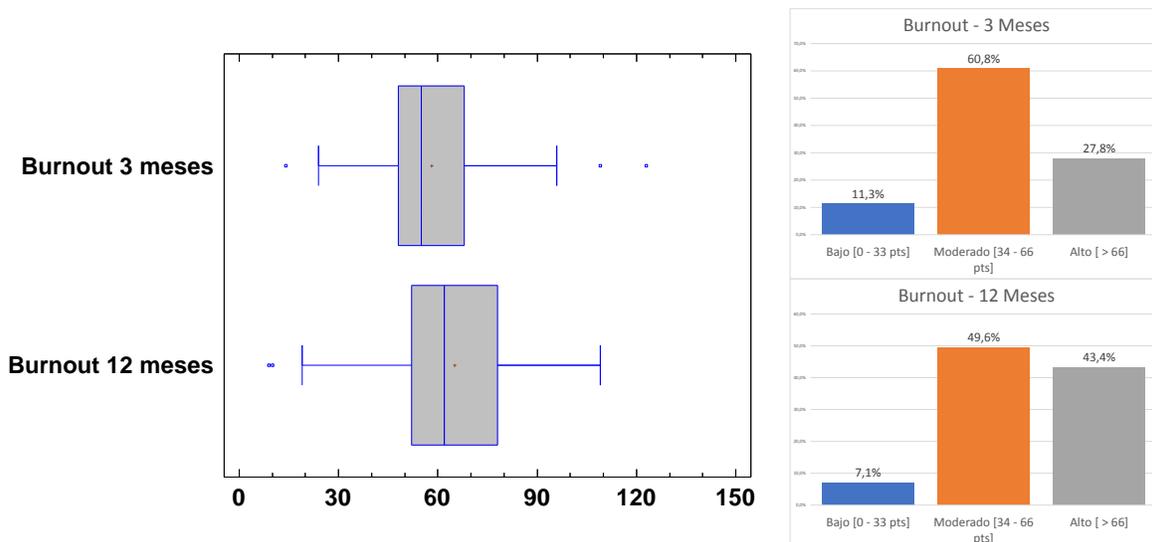


Ilustración 3 Distribución de los puntajes de Burnout al inicio de la Pandemia y 12 meses de la misma

Al inicio de la pandemia (3 meses) el valor promedio de Burnout fue de 58 ± 18 pts, mientras que pasado 12 meses de la declaratoria de la misma este fue de 65 ± 25 pts, al comparar los puntajes en ambos periodos, encontramos una diferencia

estadísticamente significativa en las medias de ambos puntos de corte ($t = -2,534$; p -valor: 0,0060).

Tabla 2 Burnout Inventory

Burnout Inventory	3 meses	12 meses	p-valor
Bajo [0 - 33 pts]	11,3%	7,1%	0,3749
Moderado [34 - 66 pts]	60,8%	49,6%	0,1122
Alto [> 66]	27,8%	43,4%	0,0411

Al evaluar por cada uno de los niveles del Burnout Inventory, observamos que por niveles el nivel Alto [>66 pts] fue significativamente superior a ese mismo nivel a los 3 meses del inicio de la pandemia con respecto a los 12 meses posteriores a la declaratoria de la misma (p : 0.0411).

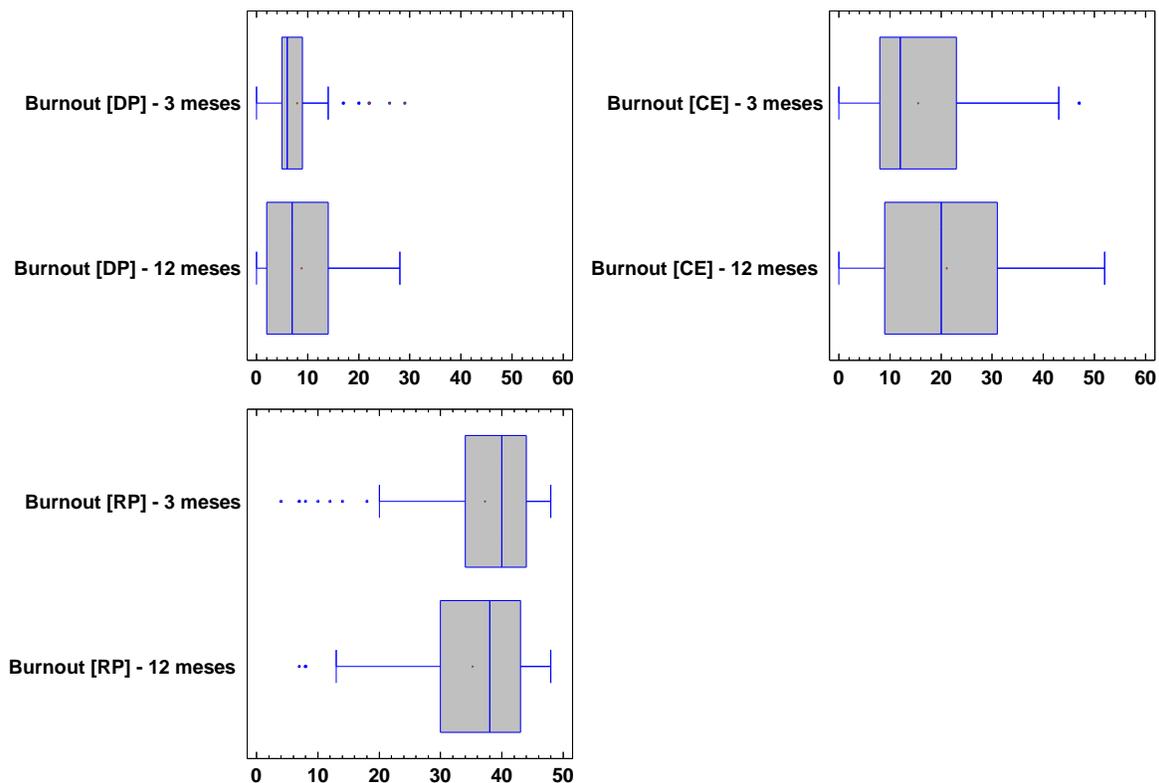


Ilustración 4 Burnout Inventory de acuerdo a Cansancio emocional [CE], Despersonalización [DP] y Realización personal [RP] 3 meses iniciada la Pandemia y 12 meses posterior a su declaratoria.

Al comparar el subnivel de Cansancio Emocional [CE], se observó que para 3 meses el valor promedio fue de $15,54 \pm 11.32$ pts con un IC: 1,92 y 12 meses posteriores a la declaratoria fue de $21,03 \pm 13.76$ con un IC: 2,14, lo cual indica que 12 meses posterior a la pandemia esta fue significativamente mayor (t: -3,10; p-valor: 0,0010).

En el subnivel de Despersonalización [DP], se observó que inicialmente fue de $7,95 \pm 5.2$ pts (IC: 0.89) y 12 meses subsiguientes fue de $8,79 \pm 7.60$ (IC: 1.18), sin encontrar diferencia entre ambos periodos (w: 5373,5; p-valor: 0,4949). Para el subnivel de Realización personal [RP], tampoco se encontró diferencia significativa entre los 3 meses y 12 meses posteriores a la declaratoria de pandemia, siendo sus promedios para el primero de $37,23 \pm 10.49$ pts (IC: 1,78) y para el segundo de $35,17 \pm 10.30$ pts (IC: 1,61) (w: 4613,0; p-valor: 0,9596).

Tabla 3 Aspectos del síndrome de Burnout

Aspecto	Grado	3 meses	12 meses	p-valor
Cansancio emocional	Baja	69,5%	46,9%	0,4435
	Moderada	14,7%	19,5%	0,1407
	Alto	15,8%	33,6%	0,0713
Despersonalización	Baja	26,3%	39,8%	0,1276
	Moderada	49,5%	20,4%	0,0039
	Alto	24,2%	39,8%	0,0880
Realización personal	Baja	24,2%	36,3%	0,1499
	Moderada	17,9%	20,4%	0,4211
	Alto	57,9%	43,4%	0,0678

Cualitativamente, el aspecto de Cansancio emocional no se encontró diferencia significativa al comparar ambos puntos de corte (3 meses y 12 meses), en el aspecto Despersonalización el nivel moderado aumento (0.0038) del primero punto de corte (3 meses) al segundo (12 meses) y aspecto de Realización personal no se encontró diferencia significativa en ningún nivel.

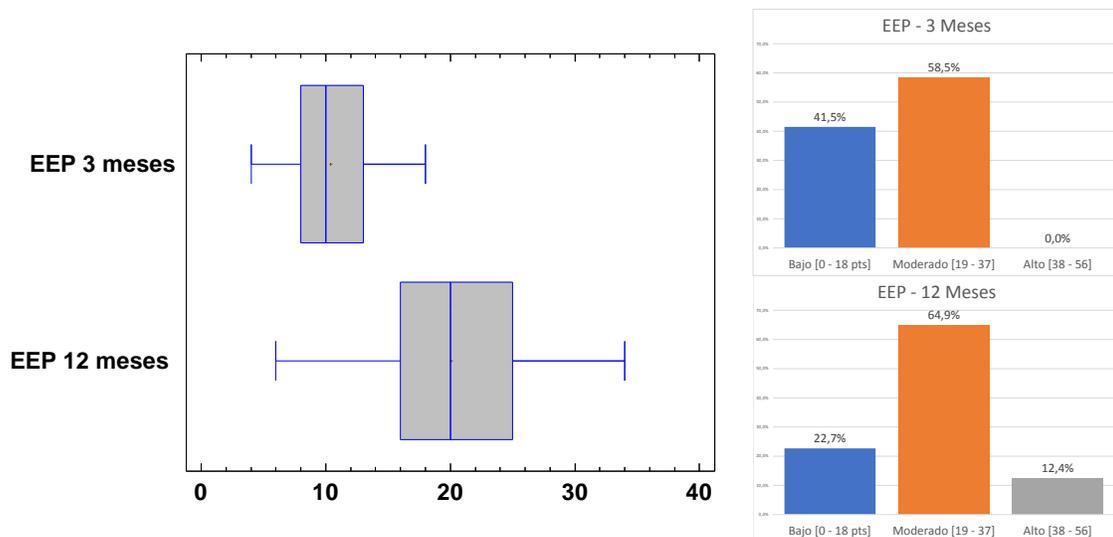


Ilustración 5 Distribución de los puntajes de EEP al inicio de la Pandemia (3 meses) y 12 meses de la misma

Al comparar el EEP-14 entre los puntos del corte (3 meses y 12 meses) se encontró diferencia entre ambos, viéndose esta claramente aumentada, pasando de 20.04±6.07pts (3 meses) a 24.80±9.48pts (12 meses) (t: -4,78; p-valor: 0,0000).

Tabla 4 Comparación de EEP-14 3 meses y 12 meses iniciada la Pandemia

EEP-14	3 meses	12 meses	p-valor
Bajo [0 - 18 pts]	41,5%	22,7%	0,0428
Moderado [19 - 37]	58,5%	64,9%	0,2124
Alto [38 - 56]	-	12,4%	NA

El puntaje para el nivel Bajo [0 - 18 pts] de la EEP-14 disminuyó significativamente (p: 0.0428) pasando de 41.5% a 22.7%, y apareció un nuevo nivel 12 meses posterior a la declaratoria de pandemia con un 12.4% de representatividad, lo cual evidencia que la percepción de estrés aumentó entre los dos cortes (3 meses y 12 meses).

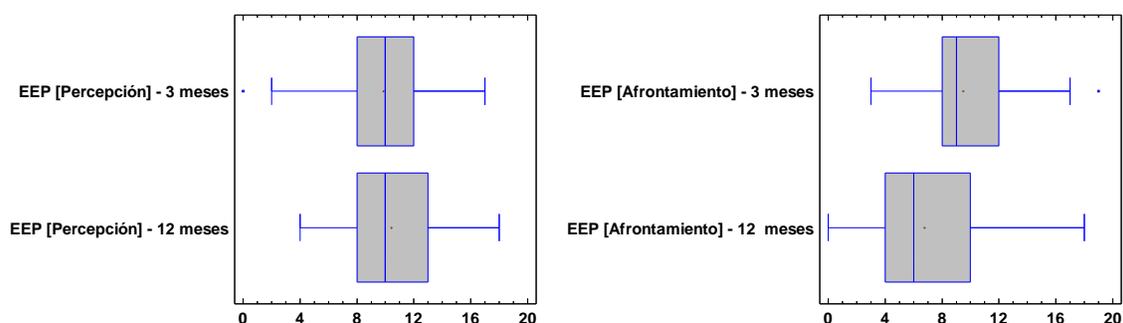


Ilustración 6 EEP de acuerdo a Percepción y Afrontamiento 3 meses iniciada la Pandemia y 12 meses posterior a su declaratoria.

La percepción de EEP 3 meses iniciada la pandemia fue de 10,41± 4.32pts (IC 0.5975) y 12 meses posteriores fue de 10,41±3.85pts, sin encontrarse diferencia entre los periodos para este factor (t: 0; p-valor: 0,5). En cuanto a la percepción de Afrontamiento para EEP, los primeros 3 meses, este fue de 6,76±4.32 pts (IC

0,7301) y 12 meses después este factor fue de $9,46 \pm 3,01$ (t: -4,93; p-valor: $8,52E-7$).

6. Discusiones

Al evaluar la relación entre el estrés percibido y síndrome de Burnout en los profesionales del área de la salud al inicio de la declaratoria de pandemia (3 meses) y 12 meses posteriores a la misma se evidenció resultados estadísticamente significativos, donde se establece un aumento del síndrome de Burnout y el estrés percibido en los profesionales de la salud en Colombia tras haber pasado 12 meses de haber sido declarada pandemia. Estos resultados guardan relación en un estudio realizado en una institución de salud en el norte de Italia donde sus resultados que obtuvieron determinaron que los profesionales del área de la salud presentaron niveles severos de síndrome de Burnout, así como una prevalencia muy alta de síntomas psicopatológicos durante la emergencia del Covid-19, a su vez este estudio menciona que el 60% de los resultados se presentaron niveles de agotamiento o cansancio emocional de moderado a severo, un 25% de despersonalización de moderado a severo y una realización personal reducida (92),.

Esto se compara con nuestro estudio ya que los resultados obtenidos en ambos periodos, hubo un incremento significativamente mayor a los 12 meses pasado de la declaratoria de la pandemia en comparación con los 3 meses iniciales, mientras que en el subnivel de Despersonalización no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos, sucediendo lo mismo en el subnivel de Realización personal en la comparación de ambos periodos, es decir en nuestro estudio donde más se reflejaron cambios fue en el subnivel de cansancio

emocional con un mayor valor promedio, dato muy importante y para tener en cuenta dado que el agotamiento o cansancio emocional se relaciona con más consecuencias o complicaciones tanto físicas como psicológicas a largo plazo (93).

De tal forma, los factores que se relacionan al riesgo del síndrome de Burnout diferentes estudios han reportado el impacto que ha tenido a causa de la pandemia del Covid-19 (94,95). Shechter y colaboradores presentaron un estudio en Estado Unidos donde informaron que más de la mitad del personal del área de la salud tenían resultados positivos para estrés agudo, así como depresión y un tercio para ansiedad, a su vez otros síntomas reportados fueron la afectación al momento de dormir con una duración diaria del sueño menor de 6 horas así como insomnio moderado (96), es por eso que los hallazgos de nuestro estudio en referente a la situación actual son consistentes con otros estudios sobre los impactos que ha tenido el Covid-19 en la salud mental de los profesionales del área de la salud, no solamente con el estrés percibido y el síndrome de burnout, sino con distintos síndromes mentales. Además es muy importante tener en cuenta que antes de la pandemia los profesionales de la salud ya eran considerados como altamente estresantes con niveles elevados de Burnout (97), es decir, si se comparan ambos periodos, al inicio de la pandemia (A los 3 meses) ya las estadísticas eran altamente significativas, pero que a medida que fueron pasando los meses desde el inicio de la pandemia la situación se ha ido agravando.

De forma general en China, donde es considerado el origen de esta problemática, sugieren que más de un 25% de la población ha experimentado de estrés o ansiedad de moderados a severos (98), lo que respecta a nuestro estudio en la EEP-14 se obtuvo un aumento en las puntuaciones habiendo pasado los 12 meses desde la declaratoria de la pandemia en comparación a los 3 meses iniciales e inclusive un dato de mayor relevancia en el presente estudio es que el nivel bajo de

EEP-14 disminuyó significativamente para abrir campo al nivel alto con un 12,4% a los 12 meses posteriores a la declaratoria de la pandemia, significando que la percepción de estrés aumentó entre los dos cortes (3 meses y 12 meses), de estos resultados es evidente el impacto que ha generado el Covid-19 a los profesionales de la salud, en especial como en este tiempo se ha incrementado la severidad de los mismo, con resultados similares obtenidos en el estudio de Adina y colaboradores donde los profesionales de la salud presentaron altos niveles de estrés y angustia psicológica durante el primer mes después del brote epidémico, en específico los datos obtenidos de la escala de estrés percibido, la puntuación media fue de 16 lo que significa un nivel de estrés medio/alto (99). En Italia en el segundo mes de la pandemia Gorini y colaboradores reportaron una mayor carga general de síntomas patológicos en los profesionales italianos en comparación con los evaluados en los primeros estudios chinos, pero con resultados similares si se comparan con los estudios posteriores; esto se explica al hecho de que cuanto más tiempo pasa desde el comienzo de la pandemia hasta la recopilación de los datos, mayor es la incidencia de síntomas psicopatológicos (100), que es lo que se evidencio en nuestro estudio, a medida que fueron pasando los meses se fue incrementando los niveles de estrés y de síndrome de Burnout, es decir los profesionales de la salud fueron empeorando poco a poco, infiriendo mayor compromiso a largo plazo.

No obstante es importante determinar que la exposición a toda esta crisis sanitaria como lo ha sido la pandemia ha contribuido a que el personal de salud y la población en general haya aumentado los niveles de estrés, de tal forma que si los síntomas persisten se pueda desencadenar el síndrome de Burnout, es por eso que en el estudio de Dyrbye y colaboradores encontraron que la tasa de agotamiento era del 61% en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Burnout de Maslach, refiriendo que la pandemia del Covid-19 ha sido un factor significativo respecto a la

intersección del estrés crónico en el lugar de trabajo que resulta en una epidemia de las tasas de agotamiento médico con el estrés traumático agudo impuesto por la pandemia (101).

De la población estudiada, las mujeres fueron las que más participaron en el estudio en comparación con los hombres, con una relación 2:9 hombre: mujer, a partir de estos datos se puede inferir que las mujeres son más sensibles de ser afectadas por estas crisis sanitarias, ya que este estudio al proporcionar una población mayormente de mujeres nos permite sacar ciertos puntos de vistas como el mencionado, guardando relación en un estudio realizado en el Reino Unido e Irlanda donde mencionan que el Covid-19 se ha agregado a la carga desproporcionada que soportan las mujeres en la atención médica, destacando en este estudio que tienen mayor riesgo de padecer los peores impactos en la salud mental del Covid-19, haciendo mención también que los trabajadores de la salud son mayormente mujeres jóvenes (102), lo que favorece o guarda relación con nuestro estudio ya que la edad promedio global fue de 36, \pm 12 años, siendo la edad promedio para las mujeres de 37 \pm 14 años. Así mismo otros estudios respaldan lo anteriormente descrito donde su población de estudio el 76,7% de sus participantes eran mujeres, informando síntomas más graves de depresión, angustia, ansiedad (8), además en otras referencias informan niveles elevados de una mala salud mental en particular las enfermeras ya que se encuentran dentro de los trabajadores de salud de primera línea directamente afectados por la pandemia (103,104).

Nuestro estudio indica que de los profesionales del área de la salud, el 67% correspondía a médicos, por lo que es válido mencionar que en un informe en China donde evaluaron el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud durante el brote epidémico obtuvieron en base a la medida de Maslach Burnout Inventory-Medical que la prevalencia del síndrome de Burnout es menor en los trabajadores

de primera línea en comparación a los que están en las salas habituales (105), lo que difiere de otros informes donde sucede lo contrario, mencionando que los profesionales que hacen frente en la primera línea son los mayormente afectados, en particular las enfermeras.

La revisión actual sugiere que los profesionales del área de la salud se enfrentan a grados variables de estrés, así como una alta incidencia de síndrome de Burnout, no obstante estos resultados también permiten plantear que a largo plazo se puede desarrollar otras enfermedades mentales como ha sucedido en brotes anteriores de SARS y como lo reportan pandemias anteriores (106), dando espacio en esta situación para que se desarrollen enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad, síntomas somáticos, síntomas de trastorno de estrés postraumático, psicosis, ataques de pánico, entre otros y no solamente la aparición de enfermedades mentales, sino también causar un empeoramiento de las enfermedades preexistentes, siendo las profesiones de la salud que laboran en unidades de emergencia o cuidados intensivos los de mayor vulnerabilidad a tener impactos psiquiátricos más severos (107), estos mismo reporten respaldan lo mencionado en el estudio de Cantor y colaboradores (108).

Por otro lado, es preciso hacer mención que los pacientes con puntajes en ambas escalas podrán a futuro no solamente desarrollar enfermedades mentales sino la alteración del eje neuro-endocrino repercutiendo en una mayor afectación en materia de salud mental, esto se podría explicar ya que el agotamiento se relaciona con una disminución en la función del eje HPA, siendo esta una característica neuroendocrina del agotamiento, sin embargo se necesitan más estudios para una mayor definición (109).

A medida que pasa el tiempo y la pandemia sigue estando presente en nuestra cotidianidad se ha podido plantear que la próxima pandemia va a ser la de salud mental, si bien es cierto que este estudio se forma en base al personal de salud, no solamente es esta población de estudio la que ha sido vulnerada, sin embargo al ser los que han hecho frente a la misma juegan un papel de mayor compromiso o más bien de afectación donde la noxa no solamente está en respuesta al estrés que produce el confinamiento, el estado de salud o el covid-19 en sí mismo, sino la nuevo estrés percibido en los trabajadores de la salud, por lo descrito con anterioridad donde el personal de salud antes de la pandemia ya estaba inmerso en altos niveles de estrés, por lo que la exposición a los distintos factores estresantes que son implícitos a la pandemia han agudizado la problemática ya preexistente. De esta forma, el hecho de ser personal de la salud y hacer frente una nueva enfermedad como la sido el Covid-19, significa un estrés o noxa ambiental y laboral que al corroborarse con datos de EEP y síndrome de burnout puede influir en la salud a futuro para el personal de salud, en especial en riesgos para la salud mental.

Para los profesionales del área de la salud es un deber hacer frente a la actual pandemia dada a las difíciles circunstancia por las que se ha atravesado a nivel mundial, sin embargo es un hecho que las secuelas tanto a corto como a largo plazo en materia de salud mental son evidentes, no solamente para el personal de salud sino para la población en general, por lo tanto se debe garantizar ante cualquier crisis sanitaria una buena salud mental de los profesionales de la salud (110).

7. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

De acuerdo con los anteriores resultados, se puede llegar a las presentes conclusiones:

- Aumento el efecto Burnout de Moderado [34 - 66 pts] a Alto [> 66] en un numero importante de profesionales de la Salud.
- El subnivel de Cansancio Emocional [CE] del Burnout Inventory fue el que más tuvo cambios, aumentando significativamente al compararlo con los otros subniveles.
- Dentro del subnivel Despersonalización del Burnout Inventory se observó una tendencia al aumento en el grado de Alto de los 3 meses con respecto a los 12 meses subsiguientes.
- En cuanto al EEP-14 se observo un aumento significativo de los primeros 3 meses comparado con los 12 meses siguientes, denotando la afectación del personal de salud.
- En cuanto al Factor EEP-14 [Afrontamiento] los pacientes tuvieron una disminución de su capacidad corrido el espacio de tiempo del estudio.
- Así mismo aumentó la percepción de estrés los puntos de corte (32 meses y 12 meses)
- Se correlacionan el Efecto Burnout con EEP-14.

Recomendaciones

Una vez realizado el presente informe, los autores se permiten realizar las siguientes recomendaciones:

- Repetir el mismo cuestionario seis meses después del levantamiento de la declaratoria de pandemia.
- Hacer un estudio de estrategias de afrontamiento en general.
- Hacer un estudio de manejo del luto frente a la pérdida de pacientes, amigos y familiares

8. Referencias Bibliográficas

1. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *Br J Surg*. 2020 May;107(7):785–7.
2. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020 Feb;395(10224):e37–8.
3. Gordon JM, Magbee T, Yoder LH. The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Appl Nurs Res*. 2021 Jun;59(January):151418.
4. Babore A, Lombardi L, Viceconti ML, Pignataro S, Marino V, Crudele M, et al. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Res*. 2020;
5. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt*. 2020 May;91(5):417–21.
6. Faraji A, Karimi M, Azizi SM, Janatolmakan M, Khatony A. Occupational stress and its related demographic factors among Iranian CCU nurses: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2019 Dec;12(1):634.
7. De la Fuente-Solana EI, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, Albendín-García L, Ortega-Campos E, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs*. 2017 Oct;30(2017):91–6.
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar;3(3):e203976.
9. Şanlıtürk D. Perceived and sources of occupational stress in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021 Jun;(xxxx):103107.
10. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. 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 Behav Immun*. 2020 Jul;87(March):11–7.

11. Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martin-Benito L, Paternina Quesada N, González-Giraldo C, et al. Mental Health Care of Health Workers During Covid-19: Recommendations Based on Evidence and Expert Consensus. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;(x x):1–7.
12. Mosheva M, Hertz-Palmor N, Dorman Ilan S, Matalon N, Pessach IM, Afek A, et al. Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depress Anxiety*. 2020 Oct;37(10):965–71.
13. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig*. 2020 Feb;17(2):175–6.
14. Si M, Su X, Jiang Y, Wang W, Gu X, Ma L, et al. The Psychological Impact of COVID-19 on Medical Care Workers in China. *SSRN Electron J*. 2020;1–13.
15. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020 Sep;14(5):779–88.
16. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Advani S, Batubara SO, Suarilah I, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021 Sep;121:104002.
17. Meyer A, Pérez C, Ramírez L. Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Rev Educ Cienc Salud*. 2013;
18. Kopp MS, Thege BK, Balog P, Stauder A, Salavecz G, Rózsa S, et al. Measures of stress in epidemiological research. *J Psychosom Res*. 2010 Aug;69(2):211–25.
19. Tomova L, von Dawans B, Heinrichs M, Silani G, Lamm C. Is stress affecting our ability to tune into others? Evidence for gender differences in the effects of stress on self-other distinction. *Psychoneuroendocrinology*. 2014 May;43:95–104.
20. Engert V, Linz R, Grant JA. Psychoneuroendocrinology Embodied stress : The physiological resonance of psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;105(November 2018):138–46.
21. Epel ES. The geroscience agenda: Toxic stress, hormetic stress, and the rate of aging. *Ageing Res Rev*. 2020 Nov;63(2020):101167.
22. Espino Granado A. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2014;34(122):385–404.

23. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual. *Con-ciencia*. 2014;2(1):115–24.
24. Herrera D, Coria G, Muñoz D, Graillet O, Aranda G, Rojas F, et al. Impacto del estrés psicosocial en la salud. Vol. 12, *Neurobiología*. 2017.
25. Toussaint L, Shields GS, Dorn G, Slavich GM. Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *J Health Psychol*. 2016 Jun;21(6):1004–14.
26. Ketheesan S, Rinaudo M, Berger M, Wenitong M, Juster RP, McEwen BS, et al. Stress, allostatic load and mental health in Indigenous Australians. *Stress*. 2020 Sep;23(5):509–18.
27. de Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Mental health and public health in Spain: Epidemiological surveillance and prevention. *Psiquiatr Biol*. 2016;23(2):67–73.
28. Patterson ZR, Abizaid A. Stress induced obesity: lessons from rodent models of stress. *Front Neurosci*. 2013;7(7 JUL):1–20.
29. Rosaura R, De la torres L. *Estrés y salud*. Jaén: Universidad de Jaén. UNIVERSIDAD DE JAÉN; 2014.
30. Benegas A, Sierra L. Variables bioquímicas e inmunológicas en pacientes con estrés agudo o crónico. *Medisan*. 2017;21(8).
31. Crespo Generelo T, Camarillo Gutiérrez L, de Diego Ruiz H. Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2019 Sep;12(84):4918–28.
32. Conklin QA, Crosswell AD, Saron CD, Epel ES. Meditation, stress processes, and telomere biology. *Curr Opin Psychol*. 2019 Aug;28:92–101.
33. McEwen BS, Bowles NP, Gray JD, Hill MN, Hunter RG, Karatsoreos IN, et al. Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*. 2015 Oct;18(10):1353–63.
34. Juster R-P, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Sep;35(1):2–16.
35. González-Ramírez MT, Landero-Hernández R, Quezada-Berumen L del C. Escala de tolerancia al estrés: propiedades psicométricas en muestra mexicana y relación con estrés percibido y edad. *Ansiedad y Estrés*. 2019 Jul;25(2):79–84.
36. Muñoz AJ, González J. Percepción de estrés y perfeccionismo en

estudiantes adolescentes. Influencias de la actividad física y el género. *Ansiedad y Estrés*. 2017 Jan;23(1):32–7.

37. Vanegas-Farfano MTJ, Quezada-Berúmen LDC, González-Ramírez MT. Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Ansiedad y Estrés*. 2016 Jul;22(2–3):68–73.
38. De la Rubia J, Cazares F. Validación de la escala de estrés percibido (PSS-14) en la población de dentistas colegiados de monterrey. *Ansiedad y Estres*. 2014;20.
39. Gómez del Amo R, Guerrero-Barona E. Factores de riesgo psicosocial, estrés percibido y salud mental en el profesorado. *Clínica Contemp*. 2018;9(1):E2, 1–12.
40. Matus V, Barra E. Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicol y Salud*. 2013;23.
41. Pedrero E, Sánchez J, Lozoya P, Gloria R, Llanero M, Puerta C. LA “ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO”: ESTUDIO PSICOMÉTRICO SIN RESTRICCIONES EN POBLACIÓN NO CLÍNICA Y ADICTOS A SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO1. *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2015;23(2).
42. Morera LP, Tempesti TC, Pérez E, Medrano LA. Biomarcadores en la medición del estrés: una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*. 2019 Jan;25(1):49–58.
43. Lee E-H. Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2012 Dec;6(4):121–7.
44. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Arenas-Montaña G, Rodríguez-Alonzo E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Univ*. 2015 Jul;12(3):122–33.
45. Baik SH, Fox RS, Mills SD, Roesch SC, Sadler GR, Klonoff EA, et al. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *J Health Psychol*. 2019 Apr;24(5):628–39.
46. Carvajal CC, Gómez N, López F, Otárola N, Briceño M, Católica U, et al. ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS) EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES CHILENOS. *Salud Soc*. 2017;8(3).
47. Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2015

Mar;28(1):21–30.

48. González-Ramírez MT, Rodríguez-Ayán MN, Hernández RL. The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *Span J Psychol*. 2013 Jul;16:E47.
49. Tambling RR, Russell BS, Park CL, Fendrich M, Hutchinson M, Horton AL, et al. Measuring Cumulative Stressfulness: Psychometric Properties of the COVID-19 Stressors Scale. *Heal Educ Behav*. 2021 Feb;48(1):20–8.
50. Campos A, Bustos G, Romero A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):271–80.
51. Bretland RJ, Thorsteinsson EB. Reducing workplace burnout: the relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ*. 2015 Apr;3(1998):e891.
52. Melnick ER, Powsner SM, Shanafelt TD. In Reply—Defining Physician Burnout, and Differentiating Between Burnout and Depression. *Mayo Clin Proc*. 2017 Sep;92(9):1456–8.
53. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar;36:28–41.
54. Bianchi R, Schonfeld IS, Vandell P, Laurent E. On the depressive nature of the “burnout syndrome”: A clarification. *Eur Psychiatry*. 2017 Jan;41(1):109–10.
55. Garrido-Hermosilla AM, Soto-Sierra M, Díaz-Ruiz MC, Gutiérrez-Sánchez E, Rodríguez-de-la-Rúa Franch E. Syndrome of professional wear and tear or «burnout» in Andalusian ophthalmology. *Arch la Soc Española Oftalmol (English Ed)*. 2021 Feb;96(2):63–8.
56. Ovalle Diaz J, Gorgen ARH, Teixeira da Silva AG, de Oliveira Paludo A, Timóteo de Oliveira R, Rosito N, et al. Burnout syndrome in pediatric urology: A perspective during the COVID-19 pandemic — Ibero-American survey. *J Pediatr Urol*. 2021 Jun;17(3):402.e1-402.e7.
57. Bianchi R, Schonfeld IS. Defining Physician Burnout, and Differentiating Between Burnout and Depression—I. *Mayo Clin Proc*. 2017 Sep;92(9):1455.
58. Bianchi R, Verkuilen J, Brisson R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry Res*. 2016 Nov;245(2016):91–8.
59. Gigantesco A, Giuliani and M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanità*. 2011;47(4):363–72.

60. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014 Jan;9(1):23556.
61. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2011 Nov;108(46):781–7.
62. Friganoviü A, Selip P, Iliü B, Sediü B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatr Danub*. 2019;31(1):21–31.
63. Güler Y, Şengül S, Çaliş H, Karabulut Z. Burnout syndrome should not be underestimated. *Rev Assoc Med Bras*. 2019 Nov;65(11):1356–60.
64. Palm U, Falkai P. „Ich bin total erschöpft“. *MMW - Fortschritte der Medizin*. 2019 Mar;161(5):44–6.
65. Cardenas M, Mendez L, Gonzalez M. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE, ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS. *Actual Investig En Educ*. 2014;22.
66. Saborio L, Hidalgo L. SÍNDROME DE BURNOUT. *Med Leg Costa Rica- Ed virtual*. 2015;32.
67. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020 Nov;144(January):109972.
68. Parker G, Tavella G. Distinguishing burnout from clinical depression: A theoretical differentiation template. *J Affect Disord*. 2021 Feb;281(November 2020):168–73.
69. Baro Vila RC, Burgos LM, Sigal A, Costabel JP, Alves de Lima A. Burnout Syndrome in Cardiology Residents. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout Syndrome in Cardiology Residents. *Curr Probl Cardiol*. 2021 May;100873.
70. Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Burnout: Redefining its key symptoms. *Psychiatry Res*. 2021 Aug;302(February):114023.
71. von Känel R. Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis (Bern 1994)*. 2008 Apr;97(9):477–87.
72. Arafa A, Mohamed A, Saleh L, Senosy S. Psychological Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Public in Egypt. *Community Ment Health J*. 2021 Jan;57(1):64–9.
73. Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed. *N Engl J Med*. 2020 Mar;382(13):1194–6.

74. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*. 2021 Jan;53(1):89–101.
75. Holingue C, Badillo-Goicoechea E, Riehm KE, Veldhuis CB, Thrul J, Johnson RM, et al. Mental distress during the COVID-19 pandemic among US adults without a pre-existing mental health condition: Findings from American trend panel survey. *Prev Med (Baltim)*. 2020 Oct;139(July):106231.
76. Instituto nacional de salud. Covid-19 en Colombia. 2020.
77. Otoya A, García M, Jaramillo C, Wills C, Campos Á. COVID-19: generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. *Acta Otorrinolaringol y Cir cabeza y cuello*. 2020;e-Boletín:4–13.
78. Díaz Pinzón JE. Estimación de la prevalencia del COVID-19 en Colombia. *Rev Repert Med y Cirugía*. 2020 Sep;30(3):99–102.
79. Pastor Jimeno JC. Psychological effects of COVID-19. *Arch la Soc Española Oftalmol (English Ed)*. 2020 Sep;95(9):417–8.
80. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020 Mar;33(2):e100213.
81. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar;395(10227):912–20.
82. Valdés-Flórida MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed)*. 2020 Apr;13(2):90–4.
83. González-Rodríguez A, Labad J. Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Med Clin (Barc)*. 2020 Nov;155(9):392–4.
84. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Apr;74(4):281–2.
85. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. 2020;24(3).

86. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2021 Feb;141(January):110343.
87. Mohd Fauzi MF, Mohd Yusoff H, Muhamad Robot R, Mat Saruan NA, Ismail KI, Mohd Haris AF. Doctors' Mental Health in the Midst of COVID-19 Pandemic: The Roles of Work Demands and Recovery Experiences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Oct;17(19):7340.
88. Giménez-Espert M del C, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Front Public Heal.* 2020 Nov;8(November):1–10.
89. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocialburdenofhealthcareprofessionalsintimes of COVID-19– survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci — an Interdiscip J.* 2020;18:1–9.
90. Santos AYR, Esquivel AD, Granillo JF, Sánchez JA, Alejo GC. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *An Médicos.* 2018;63(4):246–54.
91. Párraga I, González E, Méndez T, Villarín A, León A. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clínica Med Fam.* 2018;
92. Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2020 Jul;11.
93. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. van Wouwe JP, editor. *PLoS One.* 2017 Oct;12(10):e0185781.
94. Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M. Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021 Aug;65:103059.
95. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine.* 2020 Jul;24:100424.
96. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al.

Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep;66(June):1–8.

97. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. 2021 Aug;157(3):130–40.
98. Taylor S, Landry CA, Paluszczek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J Anxiety Disord*. 2020 May;72(April 2020):102232.
99. Man MA, Toma C, Motoc NS, Necrelescu OL, Bondor CI, Chis AF, et al. Disease Perception and Coping with Emotional Distress During COVID-19 Pandemic: A Survey Among Medical Staff. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul;17(13):4899.
100. Gorini A, Fiabane E, Sommaruga M, Barbieri S, Sottotetti F, La Rovere MT, et al. Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020 Dec;34(6):537–44.
101. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol*. 2020;17(7):921–6.
102. Magner C, Greenberg N, Timmins F, O'Doherty V, Lyons B. The psychological impact of COVID-19 on frontline healthcare workers 'From Heartbreak to Hope.' *J Clin Nurs*. 2021 Jul;30(13–14):e53–5.
103. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occup Med (Chic Ill)*. 2021 Apr;71(2):62–7.
104. Da Rosa P, Brown R, Pravecek B, Carotta C, Garcia AS, Carson P, et al. Factors associated with nurses emotional distress during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res*. 2021 Dec;62(September):151502.
105. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020 Sep;34(3):553–60.
106. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Oct;275(June 2020):48–57.
107. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by

healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr.* 2020 Jun;51(April 2020):102119.

108. Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martin-Benito L, Paternina Quesada N, González-Giraldo C, et al. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 Jul;50(3):225–31.
109. Trifu S. Neuroendocrine Insights into Burnout Syndrome. *Acta Endocrinol.* 2019;15(3):404–5.
110. Mortensen CB, Zachodnik J, Caspersen SF, Geisler A. Healthcare professionals' experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021 Aug;(xxxx):103130.