



**FACULTAD DE POSGRADOS**

**MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**“SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SAN  
VICENTE DE PAUL EN TIEMPOS DE PANDEMIA, AÑO 2022”**

**Profesor**

**Laura Flores Rodríguez**

**Autor (es)**

**Ana Karina Moscoso Velazco**

**Sandy Yomary Riofrio Garcia**

**2022**

## RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de estar quemado o de burnout, es una condición de agotamiento físico y emocional, muy común en los profesionales de la salud y constituye una preocupación importante. El presente estudio pretende identificar la prevalencia de este síndrome en los “trabajadores de la salud” que se encontraban trabajando en la “primera línea en la pandemia por COVID 19” en el Hospital San Vicente de Paul, Ibarra.

**Materiales y métodos:** El presente estudio es transversal, descriptivo y correlacional. La población incluyó médicos residentes, especialistas y personal de enfermería del área de Medicina Interna, UCI y Emergencia, que atendieron directamente a los pacientes con COVID-19. Una encuesta fue aplicada mediante un formulario electrónico en Google Forms que incluía el “Cuestionario General de Salud” y el “Inventario de síndrome de burnout de Oldenburg”.

**Resultados:** El porcentaje de participación femenina fue mayor siendo el 73,2%; la mayoría de los participantes son menores de 35 años. El estado general de la salud que presentaban era bueno y muy bueno (46% de los participantes). 81,7% de los profesionales son un posible caso de poseer un trastorno psicológico. El 84% presentaron un alto nivel de Burnout y esta condición tuvo una fuerte relación estadística ( $p$  valor  $<0,05$ ) al estado general de salud psicológico.

**Conclusión:** La prevalencia del síndrome de burnout resulta estadísticamente significativa en los “trabajadores estudiados durante la pandemia de COVID-19”. Es necesario el monitoreo continuo y el tratamiento oportuno de estas condiciones para preservar la salud de los profesionales y mejorar la preparación de los sistemas de salud para enfrentar las consecuencias a mediano y largo plazo del brote.

**Palabras clave:** profesionales de salud, COVID-19, síndrome de burnout.

## ABSTRACT

**Introduction:** Burnout syndrome is a condition of physical and emotional exhaustion, very common in health professionals and is a major concern. The present study aims to identify the prevalence of this syndrome in health personnel who were found on the front line during the COVID 19 pandemic at Hospital San Vicente de Paul, Ibarra.

**Materials and methods:** This study is cross-sectional, descriptive and correlational. The population included resident doctors, specialists, and nursing staff from the Internal Medicine, ICU, and Emergency areas, who directly attended patients with COVID-19. A survey was applied through an electronic form in Google Forms that included the “General Health Questionnaire” and the “Oldenburg Burnout Syndrome Inventory”.

**Results:** The percentage of female participation was higher, being 73.2%; most of the participants are under 35 years old. The general state of health that they presented was good and very good (46% of the participants. 81.7% of the professionals are a possible case of having a psychological disorder. 84% presented a high level of Burnout and this condition had a strong statistical relationship (p value <0.05) to the general state of psychological health.

**Conclusion:** The prevalence of burnout syndrome is statistically significant among health workers during the “COVID-19 pandemic”. “Continuous monitoring and timely treatment of these conditions is necessary to preserve the health of professionals and improve the preparation of health systems to face the medium and long-term consequences of the outbreak”.

**Keywords:** burnout syndrome, health professionals, pandemic, COVID-19, psychological health.

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN.....	6
1.1    Objetivos.....	7
1.2    Revisión de literatura .....	8
JUSTIFICACIÓN.....	16
METODOLOGÍA .....	17
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS .....	34
ANEXOS.....	43

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1. Variables.....</b>	<b>17</b>
<b>Tabla 2. Distribución y características sociodemográficas.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabla 3. Condiciones laborales durante la pandemia por COVID-19.....</b>	<b>22</b>
<b>Tabla 4. Carga laboral durante la pandemia por COVID-19.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 5. Estado de salud durante la pandemia.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 6. Correlación de variables.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 7. Relación entre el estado general de salud psicológica y el nivel de Burnout</b>	<b>27</b>

## INTRODUCCIÓN

“La pandemia por COVID-19 se ha asociado con una ola insidiosa de estrés psicológico reportado entre el personal de atención médica a nivel mundial”. “El síndrome de burnout mental, el miedo, la depresión, la ansiedad, el insomnio y el estrés psicológico entre los profesionales de salud se han intensificado y constituyen ahora un verdadero desafío” (Rothe et al., 2020). “Las consecuencias de tal estrés pueden afectar negativamente la seguridad del paciente y del propio personal sanitario”. El personal de salud desempeña un papel fundamental en la respuesta de los “sistemas de salud” “ante la pandemia de COVID-19”, ya que son constituyen el personal de primera línea de atención “que están directamente involucrados en el tratamiento y la atención de los pacientes” (Galanis et al., 2021). Este personal está bajo una presión psicológica que persiste, ya que, de manera particular, este “personal está expuesto a la amenaza de contraer la infección por COVID-19”, “y se sienten abrumados por la seguridad de su propia salud, la de sus familiares y la de sus pacientes” (Al Maqbali et al., 2021). Al enfrentarse a una situación de esta magnitud, los profesionales sanitarios que están involucrados de forma directa en el realizar la atención diagnóstica y terapéutica de pacientes con COVID-19, tienen alto riesgo de generar angustia o diferentes trastornos mentales (Yu, 2010). Varios factores desencadenan y contribuyen con aumento de la carga mental en los trabajadores de la salud, como el aumento de los casos confirmados y los sospechosos, el uso de un equipo de protección personal para la atención, el aumento de la carga de trabajo, la limitada cobertura médica, medicamentos específicos faltantes y, sobre todo, percibir que no se cuenta con el apoyo adecuado por parte del sistema de salud. Investigaciones anteriores durante el “brote de SARS de 2003, informaron reacciones psicológicas negativas entre el personal de la salud” (Maunder et al., 2003).

En estas circunstancias, se ha observado que los trabajadores de la salud presentan serios trastornos psicológicos que pueden generar el desarrollo del síndrome de burnout, con ello a una menor productividad laboral, cometer errores en el trabajo y llevar incluso al descuido de los pacientes (Lai et al., 2020a). Ahora bien, “los trabajadores de la salud que trabajaron en primera línea durante la pandemia están expuestos a un alto estrés crónico debido al alto riesgo de infección y a las largas horas de trabajo”. Las principales causas reportadas de “burnout experimentado en el contexto de la pandemia de COVID-19” son la atención a pacientes graves con alto riesgo de mortalidad, la incertidumbre, la atención compleja del paciente, las cargas de trabajo intensas, los recursos hospitalarios insuficientes, la falta de personal y la alteración del sueño (Galanis et al., 2021). Los estudios transversales de muestras grandes han indicado una fuerte “relación entre la calidad del sueño y el síndrome de burnout” (Qi et al., 2020).

Debido a esto, es que “el presente estudio pretende identificar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que se encontró en primera línea durante la pandemia por COVID 19 del Hospital San Vicente de Paul, Ibarra”.

## **1.1 Objetivos**

### **Objetivo General**

“Determinar la frecuencia del síndrome de burnout y la afectación del estado de salud del personal del Hospital San Vicente de Paul que laboró durante la pandemia”.

### **Objetivos Específicos**

- “Describir las características sociodemográficas del personal sanitario que participa en el estudio”

- “Describir las condiciones laborales durante la pandemia de los profesionales de la salud en el Hospital San Vicente de Paúl”
- “Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en el personal del Hospital San Vicente de Paúl”
- “Analizar el estado de salud del personal de primera línea que laboró durante la pandemia”
- “Identificar los factores personales y laborales que influyeron en la aparición de signos y síntomas de agotamiento de los trabajadores en estudio”
- “Relacionar el estado de salud del personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl al nivel de intensidad del síndrome de burnout”.

## **1.2 Revisión de literatura**

### **Pandemia por COVID-19**

A finales del 2019, en China en la provincia de Hubei, se informó la aparición de una neumonía atípica causada por un nuevo coronavirus (Chen et al., 2020). Desde entonces, el virus se había extendido a varios países del mundo. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud celebró una reunión de emergencia y declaró el brote mundial de COVID-19 una emergencia de salud pública de interés internacional (World Health Organization., 2020). El virus identificado se denomina “SARS-CoV-2” y produce “la enfermedad denominada enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)” (Zhou et al., 2020). El virus que provoca el COVID-19, ingresa por el sistema respiratorio por lo que la transmisión se produce

a través de gotitas de saliva o por medio de objetos contaminados de una persona infectada a otros. (Hosseiny et al., 2021). Los pacientes que han contraído COVID-19 pueden presentar diferentes grados de severidad, es conocido que una gran mayoría de ellos presenta una infección leve. Un menor porcentaje de los casos presentan una enfermedad grave caracterizada por síntomas de dificultad respiratoria y que, además, es evidente los cambios en imágenes pulmonares; de ellos es posible que un grupo de pacientes cursen con insuficiencia respiratoria, shock y/o disfunción multiorgánica (Pal et al., 2020).

A pesar de la necesidad urgente de estrategias de tratamiento efectivas, aún no existe un tratamiento antiviral específico para COVID-19 actualmente y las pautas de tratamiento para COVID-19 varían entre países (Tsatsakis et al., 2020).

La facilidad con la que parece transmitirse el virus, junto con el aumento exponencial de nuevos casos y las medidas de distanciamiento social aplicadas, crean un ambiente de miedo y alarma. Esto, a su vez, tiene un efecto fundamental en la salud mental de la población (Taccone et al., 2019). La COVID-19 está generando problemas psicosociales intensos.

### **“Consecuencias de la Pandemia por COVID-19 en el personal de salud”**

La implementación global de medidas preventivas, de control, y de afrontamiento son factores desafiantes, pues se han tomado medidas radicales como un estilo de vida modificado con el toque de queda, el autoaislamiento, el distanciamiento social y la cuarentena. Además, la desinformación y las teorías de conspiración, sobre el origen, los signos, síntomas y el modo de transmisión, así como la crisis socioeconómica mundial provocada por esta enfermedad ha sido causa de alteración de la salud mental de la población (Spoorthy, 2020).

La salud mental de los equipos sanitarios con fuertes responsabilidades sociales y laborales se ve especialmente alterada en las pandemias, debido a que afectan a la sociedad

tanto socioeconómica como psicológicamente (Liang, 2020). “La investigación sobre los efectos psicológicos de los brotes de enfermedades infecciosas como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la gripe pandémica (H1N1) muestra patrones consistentes de reacciones y cubre las experiencias del personal en el trabajo, los que están en cuarentena y los que regresan al trabajo” (Imo, 2017). Los desafíos para el personal incluyen no solo el aumento de la carga de trabajo creado por tales brotes, sino también los temores de contagio para ellos y sus familias, trabajar con protocolos y equipos de protección personal nuevos y que cambian con frecuencia, cuidar a pacientes que están muy enfermos y que se deterioran rápidamente y cuidar a los compañeros que también han caído enfermos (Restauri & Sheridan, 2020).

Los trabajadores de la salud representan un “grupo de alto riesgo de infección por SARS-CoV-2”, ya que la seroprevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 entre los trabajadores de la salud es más alta que en la población general 8,7 % frente a 5,3 % (Bandyopadhyay et al., 2020). Un metanálisis con datos hasta el 8 de mayo de 2020 encontró que el 25,3 % de las muertes por COVID-19 entre los trabajadores sanitarios eran enfermeras (259 de 1024). En los EE. UU., al 16 de septiembre de 2020, el 31,9 % (143 de 448) de los trabajadores sanitarios (Forrester et al., 2020). Es muy probable que estos números sean una subestimación del verdadero número de muertes.

Las condiciones de trabajo en la pandemia han ejerciendo una tensión física y emocional considerable “en los trabajadores de atención médica de primera línea” (Kang et al., 2020). Para brindar atención médica adecuada en esta crisis, el sistema de salud requiere no solo de una cantidad adecuada de profesionales de la salud, sino también evaluar la capacidad de cada profesional para atender a gran cantidad de pacientes (Al Maqbali et al., 2021). Dado que la atención de los pacientes en estado crítico puede durar varias semanas o meses, es esencial que los profesionales de la salud puedan realizar sus tareas con la calidad necesaria durante un intervalo de tiempo prolongado (Spoorthy, 2020). Los profesionales de salud

enfrentan los retos sociales con esta crisis como cualquier otra persona, pero también están expuestos a factores estresantes en la parte emocional, presentan un mayor riesgo de exposición a agentes infecciosos, extremas cargas de trabajo, dilemas éticos y un tiempo de reacción ante situaciones desconocidas en la práctica que difieren del conocimiento teórico adquirido (Buitrago Ramírez et al., 2021).

En un estudio realizado en la pandemia, el cual se basó en recopilar información por regiones de “China, incluyó información demográfica y realizó mediciones del estado de la salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales del 29 de enero de 2020 al 3 de febrero de 2020 en China”. “El grado de los síntomas de algunos trastornos mentales como la ansiedad, depresión y angustia se evaluaron mediante una versión del Cuestionario de salud, además, se usó la Escala de trastorno de ansiedad generalizada”. “El 64,7% de los participantes tenían la edad entre 26 y 40 años y 76,7% eran mujeres”. “Del total de participantes, 60,8% eran enfermeros y 39,2% médicos; 60,5% trabajaban en hospitales de Wuhan y 41,5% eran trabajadores de atención médica de primera línea”. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de ansiedad, depresión y angustia (44,6%, 50,4%, y 71,5% respectivamente). Los profesionales encuestados refirieron experimentar una alta carga psicológica, especialmente las profesionales mujeres que eran trabajadores que brindaban atención directamente y estaban involucradas en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19 (Lai et al., 2020b).

Otro estudio realizado en Noruega entre el 31 de marzo de 2020 y el 7 de abril de 2020, igualmente basado en encuestas, logró recopilar información de 1773 trabajadores de la salud y de proveedores de servicios públicos. “Se evaluaron trastornos como la ansiedad, el estrés posttraumático y la depresión, mediante una versión de la lista de verificación de trastornos mentales, el trastorno de ansiedad generalizada y el cuestionario de salud del paciente”. Un análisis de regresión múltiple fue usado para evaluar los predictores de tener trastornos. Un

pequeño porcentaje de los participantes (9%) presentaron síntomas clínicos de Trastorno por estrés postraumático. La ansiedad y depresión estaba presente en el 21,2% y 20,5% de los participantes respectivamente, ya que se encontraban por encima de los puntos de corte. Los profesionales que trabajaban directamente con pacientes con COVID, tenían síntomas de Trastorno por estrés postraumático en contraste con los que brindaban atención indirecta significativamente más altos. Este estudio demostró que el trastorno por estrés postraumático estaba asociado significativamente con la preocupación por el “trabajo y la economía, el síndrome de burnout, la ansiedad por la salud y el apoyo emocional” (Restauri & Sheridan, 2020).

### **“Síndrome de Burnout en el personal de salud”**

“La Organización Mundial de la Salud conceptualiza el burnout como un síndrome resultante del estrés laboral crónico que no ha sido manejado con éxito y se caracteriza en 3 dimensiones: sentimientos de síndrome de burnout, distanciamiento mental del trabajo y/o sentimientos de negativismo hacia la parte laboral, relacionados la reducción de la eficacia profesional” (World Health Organization, 2018).

Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis ya han demostrado que los médicos presentan niveles moderados a altos del “síndrome de burnout” (West et al., 2018) (Dimitriu et al., 2020a). La prevalencia de los “síndromes de burnout” es diferente entre regiones geográficas y especialidades. En particular, Asia Central y Europa tenían la prevalencia de síntomas de síndrome de burnout más baja, mientras que la región de África Subsahariana tenía la más alta (Owuor et al., 2020). “El síndrome de burnout entre el personal de salud” es un problema de salud grave y frecuente que tiene serias implicaciones negativas sobre el propio personal y también para los pacientes, los colegas y las organizaciones de atención médica

(Aydin Sayilan et al., 2021). “Los trabajadores de la salud en primera línea durante la pandemia están expuestos a un alto estrés crónico debido al alto riesgo de infección y a las largas horas de trabajo”. Estos factores de estrés tienen un impacto adverso en el sueño y la salud mental (Lai et al., 2020a).

Las instituciones de salud trabajan en las condiciones bastante difíciles en epidemias que afectan a todo el mundo y resultan en altos niveles de mortalidad de su personal (Bandyopadhyay et al., 2020). En el primer estudio que involucró a “trabajadores de la salud” en la ciudad de Wuhan, donde surgió la epidemia de COVID-19, se encontró que el 71,3% de los equipos de atención médica tenían trastornos mentales leves y subumbrales, trastornos mentales moderados y graves representaban el 22,4% y 6,2%, respectivamente, los cuales aparecieron inmediatamente después del brote (Kang et al., 2020). Además, un estudio de 1257 trabajadores de la salud en China informó que los participantes presentaban: depresión en el 50 %, ansiedad en el 45 % e insomnio en el 34 %, mientras que el 72 % experimentó estrés. Los médicos que fueron parte del estudio eran los profesionales que experimentaron con frecuencia ansiedad, ira, insomnio, dolor de cabeza y, finalmente, síndrome de burnout mientras brindaron atención a personas con COVID-19 (Lai et al., 2020a).

Mediante una encuesta reciente a más de 28 000 médicos del Reino Unido, se determinó que, el 25 % de los participantes reportó altos niveles de síndrome de burnout y el 40% experimentó síndrome de burnout emocional durante la pandemia de COVID-19 (Vera San Juan et al., 2021).

“Dimitriu et al. 2020 realizaron una encuesta a 100 profesionales de salud”. 50 cuestionarios se realizaron en médicos residentes de urgencias, radiología y unidad de cuidados intensivos (lote A) y 50 para médicos residentes de otras especialidades: cirugía, ginecología, ortopedia (lote B). La encuesta se realizó entre el 27 de abril y el 8 de mayo de 2020. El síndrome de Burnout en de los médicos residentes prevelecia en el 76% de los participantes, y

se presentaba dos meses después del estallido de la pandemia aproximadamente. Se demostró que es alta la prevalencia de este síndrome entre los médicos residentes, lo que evidencia que la actual pandemia, representa una amenaza, siendo el virus SARS-CoV-2 un factor estresante importante para el personal médico. Los resultados son tanto más preocupantes cuanto que el grupo objetivo estuvo representado por médicos residentes, de edad joven (máximo 35 años).

“El síndrome de burnout fue significativamente más frecuente en los trabajadores de salas normales (lote B) siendo del 86% la prevalencia en comparación con el personal médico residente que trabajaban en lugares que consideran departamentos de primera línea: unidad de emergencia, radiología, y la terapia intensiva (lote A), ese grupo presentó una prevalencia de burnout del 66%” (Dimitriu et al., 2020b). Concluyen que la organización local a nivel hospitalario es mucho más importante para disminuir el nivel de estrés y la prevalencia del síndrome de burnout. La existencia de protocolos claros ante cualquier posible situación, el entrenamiento práctico en cuanto al uso de las medidas de protección, son medidas que aumentan la sensación de confianza y control, lo que de manera objetiva disminuye el nivel de estrés. Esto podría explicar la “mayor prevalencia del síndrome de burnout en el personal de las salas regulares”, en comparación con los empleados del servicio de urgencias. Este estudio demostró que los médicos residentes en urgencias tenían más horas de formación sobre los equipos de protección y el uso continuo del mismo, durante todo el tiempo de trabajo, lo que les daba la sensación de estar seguros, reduciendo el estrés (Dimitriu et al., 2020b).

Sion et al, 2020, realizaron una encuesta transversal de trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas, personal no clínico) durante mayo de 2020. Los participantes procedían en su mayoría del noreste y sur de los EE. UU., con médicos asistentes (31,12 %), enfermeras (26,80 %), técnicos de emergencias médicas (13,04 %). Se

evidenció que el departamento de Emergencias era el departamento y la especialidad más comúnmente representados. El 29% de los encuestados cumplió con los criterios para ser un caso probable debido a los síntomas informados de COVID-19 o una prueba positiva. “Se evidenció entonces que, los profesionales sanitarios que laboraban en el departamento de emergencias tenían más probabilidades de contraer COVID-19 en comparación con los trabajadores de la Terapia Intensiva y que los profesionales que se encontraban en los entornos de pacientes hospitalizados”. Los trabajadores de la salud que contrajeron COVID-19 informaron mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad además de mayor prevalencia del “síndrome de burnout, concluye que los trabajadores de la salud han experimentado un riesgo físico y psicológico significativo mientras trabajaban durante la pandemia de COVID-19” (Firew et al., 2020).

“El insomnio es la consecuencia más común manifestada por el personal de salud que experimenta debido al síndrome de burnout crónico, esta situación reduce la calidad de vida y conduce al desgaste profesional” (Barello et al., 2020). “Las principales causas reportadas de burnout experimentado en el contexto de la pandemia de COVID-19 son la atención a pacientes graves con alto riesgo de mortalidad, la incertidumbre, la atención compleja del paciente, las cargas de trabajo intensas, los recursos hospitalarios insuficientes, la falta de personal y la alteración del sueño” (Qi et al., 2020). “Los estudios transversales de muestras grandes han indicado una fuerte relación entre la calidad del sueño y el síndrome de burnout” (Wu et al., 2020).

Así pues, la mayoría de los profesionales sanitarios, han tenido que asumir la carga, a menudo no se reconoce a los médicos como vulnerables y, por lo tanto, se presta poca atención a la morbilidad y la mortalidad dentro de este grupo.

## JUSTIFICACIÓN

Debido a la “pandemia de COVID-19”, los sistemas de atención médica de todos los países se encuentran funcionando en condiciones difíciles. “Los pacientes que están gravemente enfermos requieren ingreso en cuidados intensivos”. En la lucha contra la COVID-19, las enfermeras son trabajadores sanitarios de primera línea y, como tales, tienen una gran responsabilidad en la prestación de la atención especializada necesaria a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (Qi et al., 2020). Sin embargo, las condiciones de trabajo y los factores emocionales tienen un impacto en la calidad de la atención brindada. En los últimos 10 años, el síndrome de burnout de los profesionales de salud, se ha convertido en un importante problema psicosocial causado por el estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha gestionado correctamente. Es un síndrome psicológico caracterizado por el síndrome de burnout de la energía, una mayor distancia mental del propio trabajo (Greinacher et al., 2019).

Se ha encontrado que el síndrome de burnout está asociado con una “peor calidad de la atención al paciente” y resultados negativos en la carrera de los médicos, los cuales pueden causar presiones importantes en el sistema de atención médica (Buitrago Ramírez et al., 2021). Por lo tanto, identificar los factores estresantes subyacentes que están “asociados con el síndrome de burnout” en los médicos es importante para el sistema de salud, los médicos y los pacientes (Horesh & Brown, 2020).

## METODOLOGÍA

**Tipo, Enfoque, diseño de investigación:** Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional, los datos fueron analizados en forma cuantitativo.

**Población:** médicos residentes, especialistas y personal de enfermería del área de Medicina Interna, Terapia Intensiva y Emergencia que laboraron durante la pandemia, atendiendo directamente “a los pacientes con COVID-19 en el área de aislamiento”.

**Muestra:** La población del estudio será determinada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- El personal de salud que laboró desde abril del 2020 hasta febrero 2022 en el área de Aislamiento COVID-19
- y que acepte ser parte del estudio

### “Operacionalización de las variables”

**Tabla 1. Variables**

DEPENDIENTES		
Variable	Definición	Indicador
<b>Edad</b>	Tiempo de vida del individuo	Años
<b>Sexo</b>	Género del individuo	“Masculino” “Femenino”
<b>Estado civil</b>	situación de convivencia administrativamente	“Soltero/a” “Casado/a” “Divorciado/a”

reconocida de las  
personas

---

**INDEPENDIENTES**

---

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala</b>	<b>Dimensión</b>
<b>Síndrome de Bournout</b>	“estado de síndrome de burnout mental, emocional y físico que es consecuencia del estrés crónico o de la insatisfacción laboral”.	Inventario de síndrome de burnout de Oldenburg	-Síndrome de burnout: sentimientos de vacío, exceso de trabajo, una fuerte necesidad de descanso y síndrome de burnout físico  -Desconexión: distanciarse de los objetos y el contenido del propio trabajo
<b>Estado General de Salud</b>	estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo.	Cuestionario General de Salud (GHQ-12)	Grado de morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en población general

---

**“Técnicas e instrumentos para la recolección de datos”:** mediante una encuesta transversal, la cual es distribuida al personal hospitalario según los criterios de inclusión mencionados. Esta encuesta fue aplicada mediante un formulario de encuesta electrónico en Google Forms.

La encuesta consta de 3 secciones:

1.- Características sociodemográficas de los participantes: registra edad, género y estado civil.

2.- Cuestionario General de Salud: “es un test auto-administrado de cribado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos”. Existen algunas versiones de este instrumento y se han desarrollado algunos cambios en cuanto al número de ítems, pero todas las versiones muestran propiedades adecuadas para usarse en escenarios hospitalarios. El usado en este estudio es la versión GHQ-12, con una fiabilidad, calculada por el coeficiente de Cronbach, con un valor de 0,70. “Consiste en 12 preguntas que deberán ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas de las múltiples planteadas al participante en escala tipo Likert”.

3.- Inventario de síndrome de burnout de Oldenburg: Es una herramienta validada de 16 ítems para evaluar el síndrome de burnout que cubre 2 dimensiones: síndrome de burnout y desconexión. La desvinculación se refiere a distanciarse de los objetos y el contenido del propio trabajo, mientras “que el síndrome de burnout se refiere a sentimientos de vacío, exceso de trabajo, una fuerte necesidad de descanso y síndrome de burnout físico”. “Cada dimensión consta de 8 elementos calificados en una escala Likert de 4 puntos” con opciones que incluyen "Muy en desacuerdo", "En desacuerdo", "De acuerdo" y "Muy de acuerdo" con 4 puntos para la respuesta de síndrome de burnout más alta y 1 punto para la más baja.

### **Valoración de datos**

Los datos que fueron obtenidos se han valorado de manera descriptiva:

“En primer lugar, para establecer si la muestra usada cumplía con criterios paramétricos o no, indicando así el índice de correlación, se realizó el análisis estadístico inferencial y la prueba

de normalidad de Shapiro Willks, para demostrar las hipótesis específicas y la general”. “En ese sentido, la correlación es no paramétrica y la distribución de datos no se ajusta a la normalidad”.

“La prueba de Chi cuadrado fue usada para catalogar si había relación entre dos variables categóricas, y observar si esta asociación era significativa”. “Fueron asociadas entonces, las dimensiones del bienestar psicológico y el clima laboral”. “La información de las variables continuas fueron expresadas como frecuencias, siendo el número de participantes y al porcentaje que representaban en la muestra”.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

El instrumento de estudio fue aplicado a 90 personas, de las cuales se tuvo la participación de 82 “profesionales de la salud del Hospital San Vicente de Paúl”. Con respecto a las variables sociodemográficas, representadas en la Tabla 2, el porcentaje de participación femenina es mayor siendo el 73,2% y el 26,8% hombres; la mayoría de los participantes son menores de 35 años y respecto a su estado civil el 42,7% tienen una relación de matrimonio. Entre los participantes se incluyeron profesionales que laboraron durante la pandemia, siendo de “los servicios de Medicina Interna, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos” (UCI).

**Tabla 2. Distribución y características sociodemográficas**

		Frecuencia	Porcentaje
		N=82	
<b>Sexo</b>	Hombre	22	26,8
	Mujer	60	73,2
<b>Edad</b>	<35	49	59,8
	36-50	28	34,2
	>50	5	6,1
<b>Estado civil</b>	Soltero	22	26,8
	Unión libre	18	22
	Casado	35	42,7
	Divorciado	5	6,1
	Viudo	2	2,4

	Residente MI.	11	13,4
	Residente EMR	10	12,2
	Residente UCI	12	14,6
	Tratante MI.	8	9,8
	Tratante EMR	5	6,1
	Tratante UCI	9	11
<b>Hospitalario</b>	Enfermero/a MI.	11	13,4
	Enfermero/a	9	11
	EMR		
	Enfermero/a	7	8,5
	UCI		

---

MI=Medicina Interna EMR= Emergencia UCI= Unidad de Cuidados Intensivos

De los participantes encuestados el 45% lleva trabajando entre 1 a 4 años en el hospital.

#### **Condiciones laborales del personal de salud estudiado.**

En cuanto a las condiciones laborales durante la pandemia (Tabla 3.) el 80% refiere haber tenido un único trabajo, mientras que el 19% necesitó más de un trabajo simultáneamente. El 40% de profesionales de estudio refiere haber trabajado 40 horas a la semana y el mismo porcentaje refiere que trabajaba entre 41 y 70 horas, teniendo el 68% de participantes turnos rotativos de día y noche y el 45,2% refiere que su horario de trabajo no se adaptaba a compromisos familiares y sociales. El 61% del personal de salud encuestado indica que durante la pandemia trabajaron con un contrato temporal y la seguridad sobre la continuidad de su contrato de trabajo era media y baja en el 72%.

**Tabla 3. Condiciones laborales durante la pandemia por COVID-19**

	Frecuencia N=82	Porcentaje
1	66	80,5

<b>¿Cuántos trabajos remunerados (diferentes) tenía?</b>	2	14	17,1
	3	1	1,2
	5	1	1,2
<b>¿Cuántas horas de trabajo hacía habitualmente a la semana durante la pandemia?</b>	40 horas	33	40,2
	entre 41 y 70	33	40,2
	Era muy irregular	16	19,5
<b>¿Cuánto tiempo llevaba trabajando en el HSVP?</b>	< 1 año	8	9,8
	1-4 años	37	45,1
	5-10 años	29	35,4
	>10 años	8	9,8
<b>¿Qué tipo de relación tenía con el hospital?</b>	Sin contrato	2	2,4
	Contrato temporal	50	61
	Contrato fijo	30	36,6
<b>¿Cuál era la seguridad que tenía sobre la continuidad de su contrato de trabajo?</b>	Alta	18	22
	Media	39	47,6
	Baja	25	30,5
<b>¿Cuál era su jornada laboral?</b>	Sólo diurno	10	2,2
	Sólo nocturno	2	2,4
	“En turnos (rotativos día-noche)”	56	68,3
<b>¿Cuál era su jornada laboral?</b>	“En turnos por ciclos”	14	17,1
<b>¿Cuánto tiempo aproximado tardaba en trasladarse cada día de la casa al trabajo?</b>	<30 min	43	52,4
	De 35 a 60 min	23	28
	> 1 hora	16	19,5
<b>“En general, ¿su horario de trabajo se adaptaba a sus compromisos sociales y familiares?”</b>	Muy bien	9	11
	Bien	36	43,9
	No muy bien	29	35,4
	Nada bien	8	9,8

Respecto a la percepción de la carga laboral de los participantes durante la pandemia, refieren que es muy común realizar tareas complejas, atenderlas al mismo tiempo y el alrededor

del 61% de profesionales de la salud considera que es frecuente tener exceso de trabajo, además el 71% refiere que necesitan esconder sus propias emociones en su puesto de trabajo.

**Tabla 4. Carga laboral durante la pandemia por COVID-19**

Para la realización de su trabajo, con qué frecuencia debe:	Nunca		Solo alguna vez		Algunas veces		Muchas veces		Siempre	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
<b>“Mantener un nivel de atención alto o muy alto”</b>	3	3,7	2	2,4	21	25,6	29	35,4	27	32,9
<b>Atender a varias tareas al mismo tiempo</b>	1	1,2	3	3,7	28	34,1	28	34,1	22	26,8
<b>Realizar tareas complejas, complicadas o difíciles</b>	2	2,4	9	11	26	31,7	27	32,9	18	22
<b>Necesita esconder sus propias emociones en su puesto de trabajo</b>	8	9,8	14	17,1	27	32,9	16	19,5	17	20,7
<b>Considera su trabajo excesivo</b>	7	8,5	16	19,5	32	39	14	17,1	13	15,9
<b>“Trabajar con plazos muy estrictos y muy cortos”</b>	5	6,1	14	17,1	35	42,7	18	22	10	12,2
<b>Tener tiempo suficiente para realizar su trabajo</b>	2	2,4	5	6,1	35	42,7	27	32,9	13	15,9

F= frecuencia P= porcentaje

### **Salud de de la población estudiada durante la pandemia**

“Los profesionales de la salud refieren que durante la pandemia el estado general de la salud” que presentaban era bueno y muy bueno (46% de los participantes). En la Tabla 5 se puede observar de manera detallada según sexo, edad y el cargo hospitalario.

**Tabla 5. Estado de salud durante la pandemia**

		<b>Estado de salud</b>				
		<b>E</b>	<b>Mb</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	3	9	6	3	1
	<b>Mujer</b>	3	11	30	15	1
<b>Edad</b>	<b>&lt;35</b>	6	12	21	9	1
	<b>36-50</b>	0	7	12	8	1
	<b>&gt;50</b>	0	1	3	1	0
<b>Cargo Hospitalario</b>	<b>Residente MI.</b>	3	3	5	0	0
	<b>Residente EMR</b>	1	1	2	6	0
	<b>Residente UCI</b>	1	4	4	3	0
	<b>Tratante MI.</b>	0	2	4	2	0
	<b>Tratante EMR</b>	0	1	2	1	1
	<b>Tratante UCI</b>	0	4	2	3	0
	<b>Enfermero/a MI.</b>	1	3	7	0	0
	<b>Enfermero/a EMR</b>	0	2	4	3	0
	<b>Enfermero/a UCI</b>	0	0	6	0	1

E= excelente Mb= muy bueno B= bueno R= regular M= malo

### **Factores personales y laborales que influyeron en la aparición de síntomas y signos del síndrome de burnout de los trabajadores en estudio**

En la Tabla 6 se puede observar, por un lado, la relación entre el estado general de salud Psicológica con el sexo, la edad y el cargo hospitalario, y por otro lado el nivel de Burnout con las mismas variables. El estado general de salud psicológica se determinó con el cuestionario GHQ-12 el cual es un cribado que detecta los trastornos psiquiátricos no psicóticos. En este estudio se pudo determinar que, de los 82 participantes, 67 de ellos (81,7%) son considerados como un posible caso de poseer un trastorno psicológico, y su presencia no estaba relacionado

al sexo, la edad o al cargo que ocupaban ( $p$  valor=  $>0,05$ ). Mientras que 69 participantes (84%) presentaron un alto nivel de Burnout, determinado así por el Inventario de síndrome de burnout de Oldenburg y éste a su vez, tampoco tiene relación estadística con las variables comparadas ( $p$  valor=  $>0,05$ ).

**Tabla 6. Correlación de variables**

		<b>Estado general de salud psicológica</b>			<b>Nivel de Burnout</b>		
		No caso	Posible caso	<b>P valor</b>	Bajo	Alto	<b>P valor</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	4	18	<b>0,599</b>	4	18	<b>0,482</b>
	Mujer	11	49		9	51	
<b>Edad</b>	<35	11	40	<b>0,850</b>	9	40	<b>0,653</b>
	36-50	5	23		3	25	
	>50	1	4		1	4	
<b>Cargo Hospitalario</b>	Residente MI.	2	9	<b>0,883</b>	1	10	<b>0,543</b>
	Residente EMR	2	8		3	7	
	Residente UCI	2	10		1	11	
	Tratante MI.	1	7		1	7	
	Tratante EMR	1	4		1	4	
	Tratante UCI	1	8		3	6	
	Enfermero/a MI.	2	9		0	11	
	Enfermero/a EMR	2	9		2	7	
	Enfermero/a UCI	2	5		1	6	

**El síndrome de burnout afectó al estado de salud del personal del Hospital San Vicente de Paul que laboró durante la pandemia.**

En cuanto al nivel de Burnout presentado por los participantes durante la pandemia, podemos observar en la Tabla 7, que éste tiene una fuerte relación estadística ( $p$  valor  $<0,05$ ) al estado general de salud psicológico.

**Tabla 7. Relación entre el estado general de salud psicológica y el nivel de Burnout**

		Nivel de Burnout		
		Bajo	Alto	P valor
Estado general de salud psicológico	No caso	8	7	$<0,05$
	Posible caso	5	62	

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

Nuestros datos han demostrado que, el grupo de salud estudiado “reportaron síndrome de burnout durante la pandemia de COVID-19”. La recopilación de datos retrospectivos fue posible gracias a encuestas electrónicas en línea que permitieron una recopilación de datos rápida, eficiente y de amplio alcance. Niveles severos de síndrome de burnout estaban presentes en más del 80% de la muestra, además de presencia de posibles trastornos psicológicos en los participantes. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios y corroboran que el estado general de salud tanto física como psicológica se ven afectadas por esta condición (Teo et al., 2021).

Varios estudios han consensado de manera relevante que, “los profesionales de la salud tienen un alto riesgo de presentar mayores niveles de síndrome de burnout, estrés, ansiedad, adicciones, depresión y trastorno por estrés postraumático” (El-Hage et al., 2020), tales trastornos podrían tener implicaciones psicológicas a mediano y largo plazo, evidenciadas como preocupaciones excesivas acerca de la salud propia, el miedo patológico de ser transportadores de la infección a sus hogares y a los miembros de la familia, temor a no acceder rápidamente a las pruebas si es necesario, temor al aislamiento, altos niveles de incertidumbre y estigmatización social, además de poseer una carga laboral abrumadora (Shanafelt et al., 2020).

Las relaciones observadas “entre el síndrome de burnout y la calidad de la atención” probablemente sean multifactoriales (Halbesleben & Rathert, 2018). Las personas que experimentan síndrome de burnout pueden tener menos tiempo o compromiso para optimizar la atención de sus pacientes, asumir más riesgos innecesarios o carecer de la capacidad para prestar atención a los detalles necesarios o reconocer las consecuencias de sus acciones. Por el contrario, la exposición a eventos adversos del paciente o el reconocimiento de la mala calidad de la atención puede provocar angustia emocional o psicológica a los proveedores (van Gerven

et al., 2016). Este fenómeno a menudo se denomina trauma secundario, particularmente en relación con eventos centinela o incidentes de seguridad importantes, pero es plausible que también pueda surgir de incidentes menores repetidos. Es importante comprender el efecto que relacionan el “síndrome de burnout y la calidad de la atención” en ambas direcciones, a fin de tomar decisiones acertadas sobre la asignación de recursos y el diseño del estudio de las intervenciones tanto para mejorar la calidad de la atención como para disminuir el síndrome de burnout (Loerbroks et al., 2017).

Entre las características sociodemográficas, los factores de riesgo comunes para síntomas agudos de estrés, depresión y ansiedad fueron el sexo femenino, con antecedentes de trastornos mentales, antecedentes de enfermedades fisiológicas crónicas no transmisibles, y familiares o allegados “con sospecha o confirmación de COVID-19”, y años de trabajar >10 años. Los factores de riesgo y las enfermedades no transmisibles crónicas concomitantes ya se han discutido ampliamente y un número considerable de estudios han sugerido que las mujeres y las personas con enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes tienen un mayor riesgo de depresión, ansiedad y estrés psicológico (Ma et al., 2021). Lo que es concomitante con los hallazgos en este estudio.

El análisis del burnout se complementó con la valoración de la posibilidad de presentar otros trastornos psicológicos. Esto ayudó a superar las limitaciones de los puntos de corte de las medidas de burnout. Una revisión rápida anterior con metanálisis de 12 estudios realizados en China y un estudio realizado en Singapur encontró que la “prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio entre los profesionales sanitarios durante el brote de COVID-19” fue del 23,2, 22,8 y 38,9%, respectivamente (Pappa et al., 2020). En conjunto, estos hallazgos confirman que el “impacto de la pandemia en la salud psicológica de los profesionales de la

salud es masivo”. Los encuestados también mostraron niveles muy altos de estado de ansiedad, lo que podría sugerir la presencia de un estado generalizado de tensión que podría ayudar al desarrollo o empeoramiento de los síntomas de síndrome de burnout y angustia psicológica (Imo, 2017). Estudios previos realizados después de la pandemia del SARS muestran resultados contradictorios en cuanto a la presencia de síntomas postraumáticos entre los trabajadores de la salud, potencialmente atribuibles a la preparación para enfrentar la emergencia (Lee et al., 2007).

Los modelos de regresión muestran claramente que el aumento de la carga de trabajo, el contacto constante con los pacientes de COVID-19 y los aspectos psicológicos relacionados con su atención están relacionados con los niveles de burnout. Por un lado, esto exige decisiones políticas y organizativas. “Aunque el enfoque principal del sistema de salud es brindar atención oportuna para es minimizar la transmisión, tratar la infección y salvar vidas, se debe prestar atención a reducir la carga relacionada con el trabajo de los profesionales de la salud”. La atención debe centrarse en promover estrategias positivas y protectoras para hacer frente a la emergencia desarrolladas con el apoyo de un psicólogo dedicado (El-Hage et al., 2020)(Teo et al., 2021).

El reconocimiento oportuno de este problema debería ayudar a implementar estrategias adecuadas de prevención o rehabilitación. En su revisión, Wiederhold et al. 2018 destacan que una intervención exitosa para el síndrome de burnout debe tener en cuenta la amplia gama de causas y debe incorporar una variedad de herramientas terapéuticas diferentes. Por ello, es necesario promover el seguimiento del estado de salud, incluida “la salud mental, de los trabajadores de la salud en estos momentos de crisis” (Wiederhold et al., 2018). Se podrían implementar varias estrategias durante y después de la emergencia para apoyar “al personal de la salud que trabajan con pacientes con COVID-19”, que incluyen programas de regulación de horas de trabajo, la implementación de estrategias para reducir la presión de la toma de

decisiones difíciles, la planificación de recompensas oficiales y no oficiales, proporcionando programas de apoyo psicológico individual o grupal, promoviendo grupos focales para avanzar propuestas de mejora de la organización del trabajo (Ho Su Hui et al., 2020).

La principal limitación del presente estudio es la heterogeneidad de la muestra. Aunque la inclusión de profesionales de la salud con diferentes ocupaciones y trabajando en diferentes salas permitió proporcionar un cuadro más completo del impacto de la pandemia, la variedad de las características de los encuestados. Además, al igual que otros estudios realizados durante epidemias (Lee et al., 2007), la tasa de encuestados fue baja, lo que indica el riesgo de la autoselección de la muestra. Además, la naturaleza transversal de este estudio limita nuestra comprensión de los factores de riesgo del síndrome de burnout y sugiere que se necesitan estudios longitudinales para este propósito. Finalmente, la evaluación de burnout, malestar psicológico y síntomas postraumáticos se realizó mediante instrumentos de autoinforme que no fueron confirmados por historias clínicas ni evaluaciones especializadas.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio se suma a investigaciones previas que demuestran que el personal de la salud tienen un elevado riesgo de incurrir en burnout o condiciones psicológicas debido a la pandemia de COVID-19. Brindar atención durante una pandemia requiere operar en un entorno de gran ansiedad y, en muchos casos, estar preparado para asumir nuevos roles profesionales para satisfacer las necesidades cambiantes. Es necesario el monitoreo continuo y el tratamiento oportuno de estas condiciones para preservar la salud de los profesionales y mejorar la preparación de los sistemas de salud para enfrentar las consecuencias a mediano y largo plazo del brote.

A largo plazo, esta trágica crisis de salud debería mejorar significativamente nuestra comprensión acerca de los factores de riesgo para los trastornos de la “salud mental” “entre los profesionales de la salud” que enfrentaron la pandemia de “COVID-19”. Reportar información como esta es esencial para planificar futuras estrategias de prevención. Se demuestra entonces que, la seguridad y protección que se brinda a los profesionales de la salud es, de hecho, una importante medida que el sistema de salud pública tiene para hacer frente a las crisis sanitarias a gran escala.

Los profesionales de salud requieren protección psicológica proactiva específicamente porque son una población conocida por anteponer las necesidades de los demás a las propias. Para mitigar los costos psicológicos conocidos de brindar atención durante una pandemia y recuperarse de las experiencias asociadas, se necesita una infraestructura institucional y social integral para el bienestar de los médicos, especialmente ahora que ingresamos en esta era postpandemia global sin precedentes. Este apoyo debe centrarse en la capacitación en resiliencia y reducción del estrés, garantizar que se satisfagan las necesidades básicas del

personal de salud, brindar oportunidades de rutina para la conexión social y normalizar y brindar atención de salud mental de manera proactiva.

Por lo tanto, es necesario implementar las medidas de intervención para mejorar el bienestar mental en “los profesionales de la salud que trabajan con pacientes COVID-19”, “además de fortalecer las estrategias de prevención y las medidas de respuesta mediante la capacitación al personal de salud en ayuda mental y manejo de las crisis”.

## REFERENCIAS

- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141(December 2020), 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>
- Aydin Sayilan, A., Kulakaç, N., & Uzun, S. (2021). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1231–1236. <https://doi.org/10.1111/ppc.12678>
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic-Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L., Ibrahim, M., Kim, D., ... Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- Banks, M., Clegg, C., Jakson, P. R., Kemo, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53(3), 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1980.tb00024.x>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19. *Psychiatry Research*, 290(January), 113129.
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón, J. L. (2021). COVID-19 pandemic and mental health: Initial considerations from spanish primary health care. *Atencion Primaria*, 53(1), 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X., & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, *395*(10223), 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- Daradkeh, K., & Ghubash, R. (2001). Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychological Reports*, *89*(1), 85–94. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.89.1.85>
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020a). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, *144*(June), 109972. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020b). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, *144*(May), 109972. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Aouizerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What

are the mental health risks? *Encephale*, 46(3), S73–S80.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

Firew, T., Sano, E. D., Lee, J. W., Flores, S., Lang, K., Salman, K., Greene, M. C., & Chang, B. P. (2020). Protecting the front line: A cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open*, 10(10), 1–12.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042752>

Forrester, J. D., Nassar, A. K., Maggio, P. M., & Hawn, M. T. (2020). Precautions for Operating Room Team Members During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 1098–1101. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.030>

Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3286–3302.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14839>

Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>

Halbesleben, J. R. B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*, 19(3), 208–220. <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>

Halbesleben, J. R. B., & Rathert, C. (2018). *Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients*.

Ho Su Hui, C., Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). *Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic* (Vol. 49, Issue 3).

- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Covid-19 response: Traumatic stress in the age of Covid-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/TRA0000592>
- Hosseiny, M., Kooraki, S., Gholamrezanezhad, A., Reddy, S., & Myers, L. (2021). Radiology Perspective of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Lessons From Severe Acute Respiratory Syndrome and Middle East Respiratory Syndrome. *Sociedad Americana de Radiología Roentgen*, March, 496–505.
- Imo, U. O. (2017). Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bulletin*, 41(4), 197–204. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054247>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87(March), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020a). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1–12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020b). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1–12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Lee, A. M., GWS Wong, J., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W., & Chua, S. E. (2007). Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak. In *The Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 52, Issue 4).
- Liang, Z. (2020). Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Journal of Psychosomatic Research*, January.
- Loerbroks, A., Glaser, J., Vu-Eickmann, P., & Angerer, P. (2017). Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occupational Medicine*, 67(5), 356–362. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx051>
- Ma, Y., Faraz, N. A., Ahmed, F., Iqbal, M. K., Saeed, U., Mughal, M. F., & Raza, A. (2021). Curbing nurses' burnout during COVID-19: The roles of servant leadership and psychological safety. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2383–2391. <https://doi.org/10.1111/jonm.13414>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, 168(10), 1245–1251.
- Owuor, R. A., Mutungi, K., Anyango, R., & Mwita, C. C. (2020). Prevalence of burnout among nurses in sub-saharan africa: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(6), 1189–1207. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00170>
- Pal, M., Berhanu, G., Desalegn, C., & Kandi, V. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An Update. *Cureus*, 2(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7423>

- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In *Brain, Behavior, and Immunity* (Vol. 88, pp. 901–907). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Qi, J., Xu, J., Li, B. Z., Huang, J. S., Yang, Y., Zhang, Z. T., Yao, D. A., Liu, Q. H., Jia, M., Gong, D. K., Ni, X. H., Zhang, Q. M., Shang, F. R., Xiong, N., Zhu, C. L., Wang, T., & Zhang, X. (2020). The evaluation of sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. *Sleep Medicine*, 72(December 2019), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.023>
- Reis, D., Xanthopoulou, D., & Tsaousis, I. (2015). Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Research*, 2(1), 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.11.001>
- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7), 921–926. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
- Romppel, M., Braehler, E., Roth, M., & Glaesmer, H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing?: Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 406–413. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2012.10.010>
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., Zimmer, T., Thiel, V., Janke, C., Guggemos, W., Seilmaier, M., Drosten, C., Vollmar, P., Zwirgmaier, K., Zange, S., Wölfel, R., & Hoelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection

- from an Asymptomatic Contact in Germany. *New England Journal of Medicine*, 382(10), 970–971. <https://doi.org/10.1056/nejmc2001468>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Spoorthy, M. S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 51, p. 102119). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Taccone, P., Pesenti, A., Latini, R., Polli, F., Vagginelli, F., Mietto, C., Caspani, L., Raimondi, F., Bordone, G., Iapichino, G., Mancebo, J., Guérin, C., Ayzac, L., Blanch, L., Fumagalli, R., Tognoni, G., & Gattinoni, L. (2019). Prone positioning in patients with moderate and severe acute respiratory distress syndrome: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 302(18), 1977–1984. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1614>
- Teo, I., Chay, J., Cheung, Y. B., Sung, S. C., Tewani, K. G., Yeo, L. F., Yang, G. M., Pan, F. T., Ng, J. Y., Bakar Aloweni, F. A., Ang, H. G., Ayre, T. C., Chai-Lim, C., Chen, R. C., Heng, A. L., Nadarajan, G. D., Hock Ong, M. E., See, B., Soh, C. R., ... Tan, H. K. (2021). Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. *PLoS ONE*, 16(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258866>
- Tsatsakis, A., Calina, D., Falzone, L., Petrakis, D., Mitrut, R., Siokas, V., Pennisi, M., Lanza, G., Libra, M., Doukas, S. G., Doukas, P. G., Kavali, L., Bukhari, A., Gadiparthi, C., Vageli, D. P., Kofteridis, D. P., Spandidos, D. A., Paoliello, M. M. B., Aschner, M., & Docea, A. O. (2020). SARS-CoV-2 pathophysiology and its clinical implications: An

- integrative overview of the pharmacotherapeutic management of COVID-19. *Food and Chemical Toxicology*, 146(August), 111769. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2020.111769>
- van Gerven, E., Elst, T. vander, Vandenbroeck, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., de Witte, H., Godderis, L., & Vanhaecht, K. (2016). *Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident*. [www.lww-medicalcare.com](http://www.lww-medicalcare.com)
- Vera San Juan, N., Aceituno, D., Djellouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A., Mulcahy Symmons, S., Dowrick, A., Mitchinson, L., Singleton, G., & Vindrola-Padros, C. (2021). Mental health and well-being of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK: contrasting guidelines with experiences in practice. *BJPsych Open*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.148>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Wiederhold, B. K., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for physician burnout: A systematic review. *Open Medicine (Poland)*, 13(1), 253–263. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>
- World Health Organization; (2018). *World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th ed.* <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2020). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e60–e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Yu, D. S. F. (2010). Insomnia Severity Index: Psychometric properties with Chinese community-dwelling older people. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2350–2359. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05394.x>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

## ANEXOS

### **Cuestionario General de Salud**

El Cuestionario de Salud General (GHQ) es una medida de la salud mental actual y desde su desarrollo por Goldberg en la década de 1970 se ha utilizado ampliamente en diferentes entornos y diferentes culturas. in embargo, no es una herramienta para indicar un diagnóstico específico (Banks et al., 1980). El cuestionario se desarrolló originalmente como un instrumento de 60 ítems, pero en la actualidad está disponible una variedad de versiones abreviadas del cuestionario, incluidos el GHQ-30, el GHQ-28, el GHQ-20 y el GHQ-12. La escala pregunta si el encuestado ha experimentado un síntoma o comportamiento en particular recientemente. Cada elemento se califica en una escala de cuatro puntos (menos de lo habitual, no más de lo habitual, bastante más de lo habitual o mucho más de lo habitual).

El GHQ-12, otorga una puntuación total de 36 o 12 según los métodos de puntuación seleccionados. Los métodos de puntuación más comunes son los estilos de puntuación bimodal (0-0-1-1) y Likert (0-1-2-3). Dado que el GHQ-12 es breve, simple, fácil de completar y su aplicación en entornos de investigación como herramienta de detección está bien documentada. En este estudio todos los elementos se sumaron para obtener la puntuación total, lo que hizo que la puntuación oscilara entre 0 y 36 (una puntuación más alta indica una peor salud mental). Las puntuaciones por encima del punto de corte de 12 podrían clasificarse como casos (Daradkeh & Ghubash, 2001).

El GHQ-12 tiene una fiabilidad satisfactoria y una buena sensibilidad y especificidad (Romppel et al., 2013). Se ha aplicado a diferentes poblaciones en diferentes países para estudiar su fiabilidad y validez, y para explorar las características de los trastornos mentales de

las poblaciones en estudios previos. Estos encuestados incluyeron tanto a adolescentes como a adultos.

### **Inventario de síndrome de burnout de Oldenburg**

OLBI fue desarrollado por primera vez por Demerouti et al. en 2001 ha sido validado para su uso por empleados en diferentes campos ocupacionales, incluidos los trabajadores de la salud en diferentes partes del mundo (Demerouti et al., 2001). Puede ser una alternativa viable al Inventario de síndrome de burnout de Maslach–Encuesta general (MBI-GS). Demuestra una fiabilidad aceptable y consistencia interna, así como validez factorial, convergente y discriminante. Ofrece a los investigadores una medida alternativa de síndrome de burnout que ofrece una redacción equilibrada, que también se puede usar para medir el fenómeno opuesto (compromiso) y proporciona una conceptualización ampliada del componente de síndrome de burnout (Halbesleben & Demerouti, 2005).

OLBI tiene dos subescalas de síndrome de burnout y desconexión (del trabajo):

- El síndrome de burnout se define como una consecuencia de una intensa tensión física, afectiva y cognitiva, por ejemplo, una consecuencia a largo plazo de una exposición prolongada a demandas laborales específicas.
- La desvinculación está relacionada con distanciarse del propio trabajo en general, del objeto del trabajo, del contenido del trabajo. Además, los ítems de desvinculación se refieren a la relación entre los empleados y sus puestos de trabajo, particularmente en lo que respecta a la identificación con el trabajo y la voluntad de continuar en la misma ocupación. Los empleados no comprometidos adoptan actitudes negativas hacia sus objetos de trabajo, el contenido del trabajo o el trabajo en general. Además, proporciona una fiabilidad de escala alta (alfa de

Cronbach=0,63), así como en sus subescalas, síndrome de burnout (alfa de Cronbach=0,87) y desconexión (alfa de Cronbach=0,81) (Reis et al., 2015).

Al sujeto se le presenta una serie de 16 afirmaciones, con las que puede estar de acuerdo o en desacuerdo y se le pide que indique el grado de acuerdo o desacuerdo. Los 16 elementos se dividen en dos subescalas, los elementos también se suman para formar dos subtotaes:

Ítems de desconexión: 1, 3, 6, 7, 9, 11, 13 y 15;

Ítems de síndrome de burnout: 2, 4, 5, 8, 10, 12, 14 y 16.

Los ítems 1, 5, 7, 10, 13, 14, 15 y 16 se puntúan de la siguiente manera:

Muy de acuerdo (+1); De acuerdo (+2); en desacuerdo (+3); Muy en desacuerdo (+4).

Para los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11 y 12, la escala se invierte, con respuestas Totalmente de acuerdo con una puntuación de 4 y Totalmente en desacuerdo con una puntuación de 1.

