



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

**SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL
EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE
DURÁN (ECUADOR)**

AUTORA:

SYLVIA AZUCENA HIDALGO JURADO

DIRECTORAS:

CRISTINA JENARO RÍO

Catedrática del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología.

LOURDES MORO GUTIÉRREZ

Profesora Titular del departamento de Psicología Social y Antropología. Facultad de Psicología.

SALAMANCA, 2023



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca,
Teléfono 923 294 500 Ext. 3301, Fax 923 294 607

Dra. Dña. Cristina Jenaro Río, Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos y Dra. D^a Lourdes Moro Gutiérrez, Profesora Titular del Departamento de Psicología Social y Antropología

CERTIFICAMOS:

Que la presente Tesis Doctoral titulada “SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE DURÁN (ECUADOR)”, constituye el trabajo de investigación que presenta Dña. SYLVIA AZUCENA HIDALGO JURADO para optar al grado de Doctora por la Universidad de Salamanca.

El trabajo, realizado bajo nuestra dirección, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Para que conste firmamos la presente en

Salamanca, a 21 de noviembre 2022



Fdo. Cristina Jenaro Río

Fdo. Lourdes Moro Gutiérrez

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis hijos Isabella y Álvaro por ser mi motivación para superarme y a mi esposo Carlos por inspirar mi vida académica. Su cariño y apoyo ha sido clave para culminar las metas que me he propuesto. También quiero dar las gracias a mis padres y a toda mi familia por haberme animado a continuar con mis proyectos.

Un especial agradecimiento a mis tutoras de tesis Lourdes Moro y Cristina Jenaro quienes han mostrado gran conocimiento, calidez y paciencia durante todo el proceso de guiarme para la construcción y producción de un trabajo final bien realizado.

Y finalmente, doy gracias a Dios, quien me ha concedido la bendición de poder cumplir la meta de obtener el título académico deseado.

Sylvia Azucena Hidalgo Jurado



ÍNDICE DE CONTENIDOS

<u>RESUMEN</u>	15
<u>ABSTRACT</u>	17
<u>PRESENTACIÓN</u>	19
<u>1 INTRODUCCIÓN</u>	23
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	24
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
1.4 HIPÓTESIS	26
<u>2 MARCO TEÓRICO. EL SÍNDROME DE BURNOUT: PASADO, PRESENTE Y FUTURO</u>	27
2.1 LOS INICIOS DEL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	27
2.2 EL PRESENTE DEL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	32
2.3 SÍNDROME DE BURNOUT EN TIEMPOS DE COVID-19	39
2.4 FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO	49
2.5 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN EL TRABAJADOR Y EN SU CONTEXTO..	53
2.6 CONSECUENCIAS EN LA SALUD BIO-PSICO-SOCIAL DEL TRABAJADOR	56
2.6.1 DEPRESIÓN.....	60
2.6.2 ANSIEDAD Y OTRAS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS	65
2.6.3 SALUD FÍSICA Y BURNOUT	72
2.6.4 REPERCUSIONES DEL BURNOUT EN EL ENTORNO LABORAL.....	79
2.7 ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	86
2.8 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR DEL BURNOUT ..	93
.....	93

2.8.1 EVIDENCIAS DEL PAPEL PROTECTOR DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL ANTE EL ESTRÉS LABORAL	96
2.9 INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL BURNOUT	105
2.9.1 INTERVENCIONES SOBRE EL TRABAJADOR: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	106
2.9.2 INTERVENCIONES ORGANIZACIONALES: EL MANEJO SOCIAL DEL BURNOUT	114
2.9.3 INTERVENCIONES MÉDICAS: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	123
2.10 EVALUACIÓN DEL BURNOUT Y CORRELATOS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS	127
2.10.1 EVALUACIÓN DE BURNOUT	127
2.10.2 EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA	132
2.10.3 EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	136
<u>3 ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE EL BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE DURÁN, ECUADOR</u>	<u>147</u>
3.1 OBJETIVO GENERAL	147
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	147
3.3 HIPOTESIS	147
3.4 MÉTODO	148
3.4.1 DISEÑO	148
3.4.2 PARTICIPANTES	148
3.4.3 INSTRUMENTOS	152
3.4.4 PROCEDIMIENTO.....	155
3.4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	156
3.5 RESULTADOS.....	156
3.5.1 SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO.....	156
3.5.2 DESAJUSTE PSICOLÓGICO EN EL PERSONAL SANITARIO	160
3.5.3 INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PERSONAL SANITARIO	161
3.5.4 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL	164
3.5.5 SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON VARIABLES FÍSICAS DEL PERSONAL DE LA SALUD	168
<u>4 DISCUSIÓN.....</u>	<u>169</u>

5	<u>CONCLUSIONES</u>	175
6	<u>RECOMENDACIONES</u>	179
7	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	181
8	<u>ANEXOS</u>	205
8.1	ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL PARA LLEVAR A CABO EL ESTUDIO	207
8.2	ANEXO 2- CUESTIONARIO DE MASLACH	209
8.3	ANEXO 3- TEST TRAIT META-MOOD SCALE - 24	211
8.4	ANEXO 4- CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)108 ©1999 PFIZER INC	213
8.5	ANEXO 5- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	215

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Herramientas para determinar el síndrome de burnout (Schaufeli et al., 2020).....	128
Tabla 2. Herramientas utilizadas en la detección de depresión (Cassidy et al., 2018).....	132
Tabla 3. Instrumentos utilizados para la determinación de la inteligencia emocional (Bru-Luna et al., 2021).	137
Tabla 4. Datos sociodemográficos de los participantes	149
Tabla 5. Datos antropométricos de los participantes	151
Tabla 6. Tabulación de Trait Meta-Mood Scale-24.....	153
Tabla 7. Variables generales y operacionalización.....	154
Tabla 8. Correlaciones de Pearson entre variables de interés	165
Tabla 9. Regresión de la depresión (PHQ-9) sobre el total en el MBI	166
Tabla 10. Resumen del modelo de regresión sobre la depresión	166
Tabla 11. Coeficientes del modelo de regresión	166
Tabla 12. Correlaciones entre variables psicológicas y físicas en el personal sanitario	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Inicios del burnout.....	32
Figura 2. Factores de riesgo de burnout.....	36
Figura 3. Consecuencias de burnout	39
Figura 4. Trabajador de la salud en tiempos de COVID-19	45
Figura 5. Estigma de trabajadores de la salud.....	47
Figura 6. Factores asociados al burnout.....	53
Figura 7. Consecuencias de los factores asociados al burnout.....	54
Figura 8. Manifestaciones del síndrome de burnout	56
Figura 9. Consecuencias en la salud bio-psico-social del burnout.....	59
Figura 10. Depresión y burnout	63
Figura 11. Tipo de ansiedad y características	67
Figura 12. Otras repercusiones psicológicas de la pandemia.....	72
Figura 13. Salud física y burnout	75
Figura 14. Relación entre obesidad y estrés.....	77
Figura 15. Diabetes y burnout.....	78
Figura 16. Repercusiones del burnout en el entorno laboral.....	81
Figura 17. Consecuencias económicas del síndrome de burnout.....	85
Figura 18. Burnout vs Boreout.....	86
Figura 19. Factores etiológicos del burnout.....	88
Figura 20. Factores protectores del burnout.....	90
Figura 21. Burnout: tipos y respuesta psicofisiológica	93
Figura 22. Características asociadas a una elevada inteligencia emocional.	95
Figura 23. Relación entre inteligencia emocional y afrontamiento	98
Figura 24. Herramientas de protección contra el burnout.....	101
Figura 25. Signos de baja inteligencia emocional.....	102
Figura 26. Asociación entre inteligencia emocional, liderazgo y burnout.....	103

Figura 27. Tratamientos psicológicos para el burnout	110
Figura 28. Intervenciones organizacionales ante el burnout	119
Figura 29. Asociación entre resiliencia y burnout	121
Figura 30. Estigma del tratamiento	123
Figura 31. Tratamiento farmacológico para el burnout	124
Figura 32. Niveles bajos, medios y altos de las diferentes dimensiones del burnout	157
Figura 33. Puntuaciones promedio en las dimensiones de burnout en función de desempeñar uno o más trabajos	159
Figura 34. Niveles de atención, claridad y reparación de los participantes	162
Figura 35. Puntuaciones promedio atención, claridad y reparación de los participantes en función de la procedencia rural o urbana	163
Figura 36. Asociación entre estar quemado o no y estar deprimido o no	167

RESUMEN

Antecedentes: El síndrome de burnout y la depresión constituyen una amenaza para los trabajadores, particularmente para aquellos que están en el sector salud y que atienden a los enfermos en urgencias y cuidados intensivos, todo esto como consecuencia de un desgaste de la salud física y mental. La inteligencia emocional aporta habilidades que ayudan a los profesionales de la salud a adaptarse a nuevas situaciones de una manera positiva, por lo que el presente estudio va a evaluar la asociación entre el síndrome de burnout y la depresión, la inteligencia emocional y las conductas de salud en el personal sanitario.

Metodología: Se trata de un estudio correlacional de cohorte transversal a partir de una población compuesta por personal sanitario del hospital IESS de Durán, Ecuador, del que se obtiene una muestra de 202 empleados. Los instrumentos empleados han consistido en una encuesta con datos demográficos y generales, así como datos clínicos como medidas antropométricas y constantes vitales. A ello se añadió el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y el cuestionario de cribado de depresión PHQ-9. Con estos datos se procede a evaluar las asociaciones. **Resultados:** El 71.2% de los participantes presenta puntuaciones clínicas al menos en una subescala del MBI. Un 10.6% muestra elevado cansancio emocional, un 23,7% presenta elevada despersonalización y un 50,5% baja realización personal. Un 12,4% presenta un cuadro de burnout y un 11,4% obtuvo niveles de depresión de moderados a graves, indicando que existe una asociación positiva entre burnout y depresión. La inteligencia emocional se encuentra asociada negativamente con el burnout y con la depresión. El análisis de regresión indica que puntuaciones elevadas en depresión se explican por el efecto combinado de una excesiva atención emocional, un elevado burnout y una baja reparación emocional. **Conclusión:** El personal sanitario está expuesto a elevados niveles de responsabilidad, observar el sufrimiento y muerte, especialmente en épocas de crisis. Esto conduce a mayor riesgo de experimentar burnout y depresión. Es necesario poner en marcha estrategias de protección individuales y organizacionales que potencien la inteligencia emocional como vía para evitar estos riesgos psicosociales.

Palabras clave. Síndrome de burnout, depresión, inteligencia emocional, trabajadores sanitarios, conductas de salud, COVID-19

ABSTRACT

Background: Burnout syndrome and depression constitute a concern to healthcare workers, particularly for those who care for patients in the emergency room and intensive care units, due to the physical and mental health wear. Emotional intelligence provides skills to help health professionals adapt to new situations in positive ways. This investigation will evaluate the association between burnout syndrome, depression, emotional intelligence and health behaviors in healthcare workers. **Methodology:** This is a correlational cross-sectional cohort study with a population made up of healthcare workers from IESS Duran hospital, Ecuador, with a sample of 202 employees. Several surveys are used to determine demographic data, as well as clinical data such as anthropometric measurements and vital signs. Other surveys are also used: The Maslach Burnout Inventory (MBI), the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) and the PHQ-9 depression screening questionnaire. **Results:** 71.2% of the participants had significant scores in at least one MBI subscale. 10.6% show high emotional exhaustion, 23.7% have high depersonalization and 50.5% have low personal fulfillment. 12.4% demonstrated burnout traits and 11.4% had moderate to severe levels of depression, indicating that there is positive association between burnout and depression. On the other hand, emotional intelligence appears negatively associated with burnout and depression. The regression analysis indicates that high depression scores are explained by the combined effect of excessive emotional fatigue, high burnout, and low emotional repair. **Conclusion:** Healthcare workers are exposed to high levels of responsibility, suffering in patients and death, which happens more particularly when a health crisis occurs. This leads to a higher risk of burnout and depression. It is necessary to implement individual and organizational protection strategies that enhance emotional intelligence, as a way to avoid these psychosocial risks.

Keywords: Burnout syndrome, depression, emotional intelligence, healthcare workers, health behaviors, COVID-19

PRESENTACIÓN

En la actualidad el síndrome de burnout es considerado un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que desde enero de 2022 se añadirá a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. En el personal de salud este síndrome se manifiesta con bajo rendimiento en sus ocupaciones, estrés emocional y despersonalización, que afecta no solo a su calidad de vida, sino también a su entorno laboral. A su vez esto repercute en los usuarios que son atendidos, debido a que reciben un trato despersonalizado, caracterizado por la frialdad y la indiferencia (García, 2020).

El término burnout fue utilizado por primera vez en la literatura médica en 1974 por el psicoanalista germano-americano Herbert Freudenberger, quien constató que los trabajadores sanitarios, tras varios años de dedicación a sus labores, quedan “quemados”. El término se utilizó inicialmente para describir la falta de energía hasta llegar al agotamiento, la falta de motivación para trabajar, así como la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y agresividad con los usuarios de sus servicios. En la década de los 80, Maslach y Jackson dividieron este síndrome en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización (reflejada en una relación distante con los destinatarios del servicio) y carencia de satisfacción personal (More, 2020).

Desde que en 2019 la OMS declarara como pandemia el SARS- COV 2 se han generado a nivel mundial diversas controversias que afectan a todos los países. Chauca (2021) indica que, en el caso de Ecuador, es en las instituciones hospitalarias de salud donde se pone de manifiesto cómo la fragilidad del sistema político causa vulnerabilidad en el sistema de salud desde el primer día de la crisis sanitaria. Sin embargo, los profesionales de la salud han sido un elemento clave en la atención a los pacientes. El estrés ocupacional causado por la exposición a este virus desde la

atención en primera línea supone una falta de equilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los profesionales para responder a ellas. Cuando tal desequilibrio se mantiene a lo largo del tiempo volviéndose crónico, sobreviene el denominado «síndrome de burnout» o «síndrome de desgaste profesional» (Rothan y Byrareddy, 2020).

El síndrome de burnout se constituye así como una seria amenaza para la salud de los trabajadores, particularmente para aquellos que atienden a los enfermos en urgencias, hospitalización y unidades de cuidados intensivos. Los profesionales de la salud se exponen a largas jornadas laborales con miedo a contraer la enfermedad y transmitirla a sus seres queridos, Los profesionales acusan agotamiento emocional, baja realización personal y trato despersonalizado hacia el paciente, aspectos que han sido ampliamente estudiados en profesionales de la salud en otras circunstancias y que es necesario investigar en la situación actual de pandemia (Chungrado, Licuy y Meza, 2019).

Así mismo, la depresión ha sido identificada como una de las dolencias del equipo sanitario. Es interesante notar cómo según estudios realizados de las epidemias SARS y Ébola indican que los trabajadores de la salud son especialmente vulnerables a desarrollar enfermedades como la depresión cuando ocurre un inicio repentino de una enfermedad que puede implicar la muerte y trae consigo cargas fuertes de presión sobre los empleados. Esto se debe a las duras decisiones que se deben tomar con respecto al racionamiento de los materiales y cuidados por cuanto se dispara la carga de trabajo, el cansancio físico, también, no se cuentan con equipo de protección personal adecuado y las enfermedades nosocomiales aumentan. Todo esto tiene como consecuencia en el trabajador un desgaste de la salud física y mental. La resiliencia

se encuentra comprometida por cuanto el riesgo a infección obliga a un aislamiento de los seres queridos y cambios drásticos en la manera de realizar el trabajo. Lo cual repercute en la salud mental causando miedo, ansiedad, insomnio y depresión (Pappa et al., 2020).

La inteligencia emocional en el personal sanitario ha mostrado ser de gran trascendencia. Esta es una inteligencia social que permite tener la capacidad de controlar cómo reaccionar ante las emociones propias y las de otros. Esto es a través de la comprensión y guía de las acciones a seguir, utilización del pensamiento creativo y el redireccionamiento hacia los temas de más importancia, teniendo motivación y flexibilidad. Para esto, se entienden cuatro momentos: el primero es cuando se logra la percepción y expresión de los sentimientos propios y de las otras personas. Un segundo momento se logra cuando hay asimilación emocional. El tercer momento es cuando hay comprensión de las emociones y el cuarto cuando se alcanza la capacidad de regular las emociones. La inteligencia emocional aporta habilidades que ayudan a los profesionales de la salud a adaptarse a nuevas situaciones de una manera positiva (Jiménez-Picón et al., 2021).

Las conductas de salud juegan un papel esencial en la protección contra el burnout. Con el propósito de reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad se identifican las conductas de la salud a manera de promoción y prevención. Ciertos cambios en las conductas de salud pueden ayudar a reducir las complicaciones que pueden tener ciertas enfermedades. Entre las conductas de salud podemos observar cada vez más la relación entre dejar de fumar y la reducción del riesgo para contraer muchas enfermedades, entre ellas el cáncer. También no consumir alcohol y llevar una alimentación saludable han contribuido en la prevención y retraso de aparición de

enfermedades cardio metabólicas. Actualmente se ha identificado el valor de incorporar el ejercicio como ayuda para la reducción y manejo del estrés. Adicionalmente, en los últimos tiempos, se ha escuchado cada vez más hablar de actividades como el yoga, relajación, mindfulness y el mejoramiento de la inteligencia emocional como características de protección ante enfermedades físicas y mentales (Ruiz Moral et al., 2019).

Así pues, la presente investigación tiene por objetivo responder a la pregunta ¿Existe asociación entre el síndrome de burnout, la depresión y la inteligencia emocional en el personal sanitario de un hospital de la ciudad de Durán (Ecuador)? También se pretenden analizar las conductas de salud que pone en marcha dicho personal sanitario, de modo que esta información sirva de base para el desarrollo de mejoras en la capacitación del mencionado personal.

1 INTRODUCCIÓN

La pandemia del Covid-19 ha sido uno de los mayores retos en la atención a la salud y ha supuesto grandes desafíos tanto en el ámbito laboral como en lo personal. La principal finalidad de los equipos de salud es responder lo mejor posible en los momentos de crisis. Esta respuesta no está exenta de riesgos y así, la OMS señala que la pandemia afecta a las condiciones mentales y espirituales del personal sanitario, lo que a su vez puede tener un efecto negativo en la calidad de los servicios que prestan (Vásquez, 2020).

Por otra parte, en estudios realizados en Francia, Italia y España (Silva, 2021) se constata que el personal sanitario con síndrome de burnout presenta como principal síntoma el agotamiento emocional y las crisis de ansiedad. En Brasil se ha encontrado que el agotamiento físico y mental en el personal sanitario fueron los principales síntomas de burnout en la primera y segunda fase de la pandemia de COVID-19 (Silva, 2021).

En Ecuador el estudio de Ramírez (2017) registra una prevalencia del 4,2% del síndrome de burnout. En cuanto a las dimensiones de burnout, se encontró una prevalencia del 26,5% para el agotamiento emocional, de 25,9% para la despersonalización y de 42,2% para la baja realización personal. Los profesionales con mayor burnout eran aquellos que contaban con una antigüedad superior a los 12 años como personal médico, que realizaban jornadas laborales superiores a las 8 horas diarias, y que atendían a más de 18 pacientes al día (Ramírez, 2017).

Tras varios años en los que el personal sanitario se encuentra haciendo frente a la pandemia y a todo lo que ella ha supuesto en términos de sobrecarga, el presente estudio pretende contribuir al conocimiento sobre el síndrome de burnout en el personal sanitario y sus correlatos, para así ofrecer pautas para la mejora de la salud

de estos profesionales. Todo ello redundará a su vez en la provisión de servicios sanitarios de mayor calidad.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente Ecuador afronta una crisis sanitaria por la falta de control sobre el COVID -19. Por ello es necesario encontrar hallazgos que permitan diseñar las estrategias necesarias para la prevención y el tratamiento de los efectos físicos y psicológicos que puede llegar a presentar el personal sanitario como consecuencia de la elevada carga asistencial. La oportunidad del presente estudio radica en su aportación a la descripción de la relación entre el síndrome de burnout y el riesgo a desarrollar depresión. Además, pretende contribuir a la recogida de evidencias sobre la relevancia de la inteligencia emocional en la reducción de este síndrome. Así, autores como Soto-Rubio et al. (2020) han evidenciado que un alto nivel de inteligencia emocional se asocia con la reducción del riesgo de desarrollar el síndrome de burnout y puede ayudar a la prevención del mismo mediante la puesta en marcha de mecanismos de protección, como el desarrollo de una personalidad asertiva que incide a su vez en la resolución de conflictos y en la satisfacción laboral.

Así pues, el presente estudio espera contribuir a la mejora de los recursos personales de los profesionales sanitarios y de otras disciplinas afines, ofreciendo pautas para el diseño de estrategias para para afrontar las diversas situaciones que se les presentan durante su trabajo. Además, la difusión de los resultados entre las autoridades y responsables de los servicios sanitarios permitirá diseñar estrategias organizacionales para potenciar las habilidades de afrontamiento del personal en los diferentes departamentos del hospital.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación se ha realizado en el área de Salud Pública del Hospital IESS Durán (Ecuador) durante los meses de octubre y noviembre de 2020. Dicha investigación pretende analizar la posible presencia del síndrome de burnout y de factores asociados (depresión, inteligencia emocional, conductas de salud) en el personal sanitario de dicho hospital.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la asociación entre el síndrome de burnout y la depresión, la inteligencia emocional y las conductas de salud en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador).

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar el síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador).
2. Identificar el riesgo de depresión en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador).
3. Caracterizar la Inteligencia emocional en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador).
4. Determinar la relación entre el síndrome de burnout y los aspectos físicos y psicológicos del personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador).

1.4 HIPÓTESIS

1. El personal sanitario que trabaja durante la Pandemia COVID-19 presentará riesgo del síndrome de burnout y de depresión.
2. Existirá una asociación positiva entre el síndrome de burnout y la depresión.
3. Existirá una asociación negativa entre burnout e inteligencia emocional y conductas de salud
4. Existirá una asociación entre el síndrome de burnout y variables de salud físicas como el IMC, el perímetro abdominal y el HTA. Mayores niveles de burnout se asociarán a peores indicadores de salud.

2 MARCO TEÓRICO. EL SÍNDROME DE BURNOUT: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

2.1 Los inicios del estudio del síndrome de burnout

A mitad de los años 70 del siglo pasado se popularizó el reconocimiento de que los trabajadores sufrían de burnout. Este síndrome se inicia con los trabajos de Herbert Freudenberger, un psicólogo de Nueva York que trabajaba en turnos de diez horas diarias a las que se añadía un segundo turno en una clínica para pacientes con todo tipo de problemas de salud. Este psicólogo comenzó a notar que los profesionales sentían estar «quemados», término que empleó para aludir a un comportamiento anómalo que percibió en los voluntarios de la clínica a la que acudía. Dicha conducta consistía en que los trabajadores iban modificando su conducta inicial, perdiendo sensibilidad y comprensión e incluso mostrándose agresivos con los pacientes. Un día el propio Freudenberger no pudo levantarse de la cama por lo que empezó a tratarse a sí mismo, hablando ya del síndrome de burnout pero sin emplear escalas de medición concretas. Identificó síntomas relacionados como cansancio, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, problemas de sueño y dificultad para respirar.

Por esa época, la doctora Cristina Maslach empezó a darse cuenta de que los trabajadores sanitarios deben ser empáticos y al mismo tiempo objetivos, con el transcurso del tiempo, comienzan a ver a los pacientes como objetos y a sentirse desapegados emocionalmente. La autora describe en el año 1973 que la despersonalización es una forma de protección desarrollada por los seres humanos y que sirve al personal sanitario para protegerse del agotamiento emocional. Observa este fenómeno en una época en los Estados Unidos en la que

las demandas laborales eran altas y los salarios bajos. Estos momentos parecen haber regresado con la pandemia.

Es interesante señalar que inicialmente el término burnout era usado comúnmente por los pacientes con problemas de drogadicción del Dr. Freudenberger, refiriéndose al estado de intoxicación y falta de deseos de continuar. Él no estaba interesado en estudiar a que se debía este sentimiento, sino más bien en hallar la cura o tratamiento para sus pacientes, para sus voluntarios, que estaban experimentando el burnout y para su persona. La comunidad científica al principio no se mostró muy abierta a estas ideas de patología relacionada con sentimientos de estar quemado por motivos laborales y lo consideraron como algo propio de la cultura pop o de la moda de esa época.

Sin embargo, con los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach y la publicación de su escala para medir el burnout, la visión sobre el tema empezó a cambiar y se convirtió en algo más palpable y medible y, por tanto, más científico. A partir de los años 80 del siglo anterior se empiezan a publicar estudios que utilizan la escala propuesta por Maslach y los hallazgos son evidentes. A medida que los años pasan, la cantidad de publicaciones al respecto ha crecido sustancialmente. Inicialmente se pensaba que el burnout afectaba solamente a los profesionales vinculados con el sector sanitario. De hecho, hasta la década de los 90 del siglo pasado, el Inventario de Maslach se centraba específicamente en la evaluación del burnout en estos profesionales (Schaufeli, 2017).

De esta forma es evidente, que la labor del personal sanitario implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el atender a otras personas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza; debido a los diferentes factores que inciden como la sobrecarga laboral, los horarios no fijos, la

insuficiente remuneración, el trato con los superiores y con pacientes problemáticos, o la falta de espacios de entretenimiento, entre otros (Merchán, et al., 2018).

En los años 60 se consideraba que el burnout era consecuencia de las actitudes propias de esa época, y durante las dos décadas siguientes las personas con el síndrome eran consideradas víctimas por no poder alcanzar sus elevados ideales altruistas, lo que hace que se sientan quemadas en su labor. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha llegado a entender que el burnout no es un padecimiento que solo sea experimentado por este tipo de personas, sino que toda persona puede estar expuesta a desarrollarlo, especialmente quienes tratan de satisfacer las demandas de otros, que en la actualidad tienden a ser cada vez mayores. Otros factores que acrecientan el riesgo de experimentarlo son el espíritu de competir y de ser mejor que los colegas en el trabajo; el querer tener muchos más recursos económicos o el sentir que no se percibe una adecuada retribución o no se es suficientemente valorado (Kaschka et al., 2011).

A pesar de que durante mucho tiempo el síndrome de burnout se ha considerado un problema importante dentro de la esfera profesional del personal sanitario, en la última década se ha vuelto más frecuente. En la actualidad ha generado un enorme interés y preocupación, no solo dentro de la comunidad científica sino también por parte de los responsables sanitarios, debido a la gravedad de las consecuencias que este síndrome tiene tanto en el individuo como en el entorno laboral.

En el estudio del síndrome de burnout se ha analizado recientemente la implicación del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, y aunque los hallazgos necesitan mayores investigaciones, las evidencias apuntan a una asociación entre ambos. Concretamente, se ha encontrado que al

inicio de experimentar el síndrome los pacientes muestran hiperactividad en el sistema nervioso autónomo simpático y en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal; sin embargo, en los casos graves se encuentra hipoactividad en estas zonas (Sjörs Dahlman et al., 2021). Estos resultados apuntan a una similitud entre el síndrome de burnout y el síndrome de adaptación general o la fatiga adrenal. En este último, los pacientes pasan por dos etapas donde, en primer lugar, la adrenalina aumenta para, en la siguiente etapa, disminuir considerablemente, llamándose a esta última etapa, estar exhausto. Tanto el burnout como el síndrome de adaptación general muestran síntomas similares, lo que hace a algunos cuestionarse si en realidad se trata de dos síndromes de burnout (Lam, 2021).

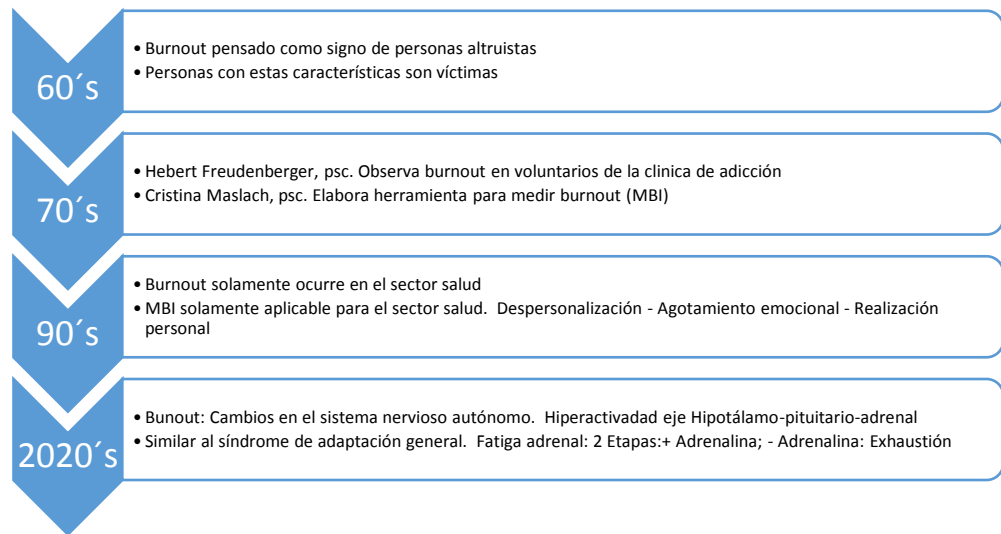
Durante mucho tiempo el síndrome de burnout ha sido considerado de poca importancia, sin embargo, con los hallazgos en cuanto a los cambios en el aumento o disminución del eje hipotálamo-pituitario-adrenal y los cambios en el sistema nervioso autónomo han dado un giro al respecto. En palabras de Kakiashvili et al., (2013), los problemas relacionados con estrés crónico tienden a no ser fácilmente encasillados como una enfermedad real, y frecuentemente son tratados como si todos fueran iguales. Además, el mismo tratamiento se aplica indistintamente para cualquiera que sea el padecimiento, e incluso, lo que es peor, algunos ni siquiera son tratados (Kakiashvili et al., 2013).

Es así que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS (2021) advierten de la necesidad de implementar más programas que ayuden a proteger la salud laboral de los trabajadores sanitarios, que siguen estando sometidos a elevados niveles de presión y estrés. El sector sanitario es considerado, incluso antes de la Covid-19, como uno de los sectores laborales donde existe mayor riesgo de afectación para la salud del trabajador. Éste está

expuesto a numerosos riesgos como, por ejemplo, riesgos de infección, alergias, riesgo de contagios, burnout, violencia y acoso laboral. En tiempos de pandemia ha sido evidente la falta de cuidados al trabajador y la falta de recursos para la puesta en marcha de planes de bioseguridad. La puesta en práctica de programas para mejorar la seguridad laboral debe involucrar a todos, incluido al gobierno, para que así quienes trabajan puedan ejercer su derecho a un trabajo digno y a ambientes de trabajo saludables.

En cuanto al burnout y el estrés en los trabajadores de la salud, Paauw, (2022) indica que la salud de la comunidad depende en gran medida de la salud de los empleados sanitarios. Daños directos a estos trabajadores pueden llevar a ansiedad, depresión, insomnio, problemas interpersonales y relacionales. Así mismo señala que las personas que trabajan con pacientes experimentan altos niveles de cansancio por prestar servicios de salud y tener empatía y que pasan el doble de su tiempo llenando documentos que atendiendo al paciente. Una posible solución al problema consiste en lograr una reforma que reduzca la cantidad de trámites requeridos antes de ser atendido, durante y tras la atención, por lo menos en un 75%. En la Figura 1 se resumen los principales hitos en el estudio del burnout.

Figura 1. Inicios del burnout



2.2 El presente del estudio del síndrome de burnout

Actualmente el síndrome de burnout sigue teniendo una prevalencia importante. En un meta-análisis realizado por investigadores estadounidenses se demuestra que la severidad del padecimiento del burnout, la fatiga por compasión o el estrés traumático secundario, no varían mucho en función del área de trabajo, ya sea por parte de trabajadores psicosociales oncológicos o por cualquier otro trabajador sanitario. También son comunes factores asociados al burnout como la realización personal, la motivación laboral o los problemas morales y éticos (Morris et al., 2021).

Según el meta-análisis realizado por Cheung et al. (2021), la problemática actual del síndrome de burnout es preocupante por las consecuencias a nivel físico o somático que puede causar. El problema de la sobrecarga laboral impacta en los indicadores de burnout como el elevado cansancio emocional, la alta despersonalización y la baja realización personal entre los médicos oftalmólogos y cirujanos. Las consecuencias a largo plazo se perciben en el deterioro de la salud física y mental, lo que lleva al absentismo laboral y finalmente a una jubilación precoz.

Adicionalmente, Galaiya et al., (2020), en su meta-análisis de los factores asociados al síndrome de burnout en cirujanos, indican que en la actualidad existe el riesgo de experimentar burnout desde el momento en que estos son estudiantes de medicina, con un riesgo mayor cuanto menor es su conocimiento. Por ello muchos jóvenes anteponen su salud y abandonan los estudios. Estos resultados sugieren que existe una mayor prevalencia del padecimiento a edades tempranas y en profesionales con menor experiencia.

Por su parte Chang (2020) considera que es solo recientemente cuando los estudios han empezado a buscar relaciones de causa y efecto. Tampoco existe consenso en la literatura sobre la prevalencia e incidencia del síndrome de burnout, aunque la mayoría de los estudios indican una incidencia elevada en los profesionales sanitarios.

En un estudio desarrollado por Galanis et al., (2021) en el que se recogió información de países como China, Taiwán, Turquía, Italia, Singapur, Puerto Rico, Reino Unido, India, Irán España, Japón y Estados Unidos, se describen los factores de riesgo de burnout en las enfermeras en tiempos de pandemia de COVID-19. Así, los factores más relevantes encontrados han sido la sobrecarga laboral, la falta de apoyo social y familiar, las horas de trabajo prolongadas en áreas de aislamiento y el alto riesgo de contagio, sumado a la poca experiencia en el trato con pacientes con esta enfermedad.

La información hallada por Edú-Valsania et al. (2022) ratifica la importancia del reconocimiento del síndrome de burnout como un fenómeno ocupacional. Estos autores españoles explican cómo las demandas laborales inciden en la salud, dado que cuando dichas demandas no están de acuerdo con los recursos existentes, el empleado sufre; todo ello, a largo plazo, se convierte en una baja realización personal.

En el trabajo realizado por Matsuishi et al., (2021) sobre la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeros de UCIs pediátricas se constata una prevalencia entre el 42% y 77%. Estas cifras se relacionan con el elevado nivel de exigencias laborales presente en la actualidad en países como Estados Unidos, Taiwán, Turquía o Reino Unido. En este estudio se tuvieron en cuenta los trabajos que habían empleado instrumentos como la Escala de Maslach, la Escala Abreviada de Maslach, el Cuestionario de burnout ocupacional o la Escala de Calidad de Vida Profesional Versión 5, para obtener datos comparables.

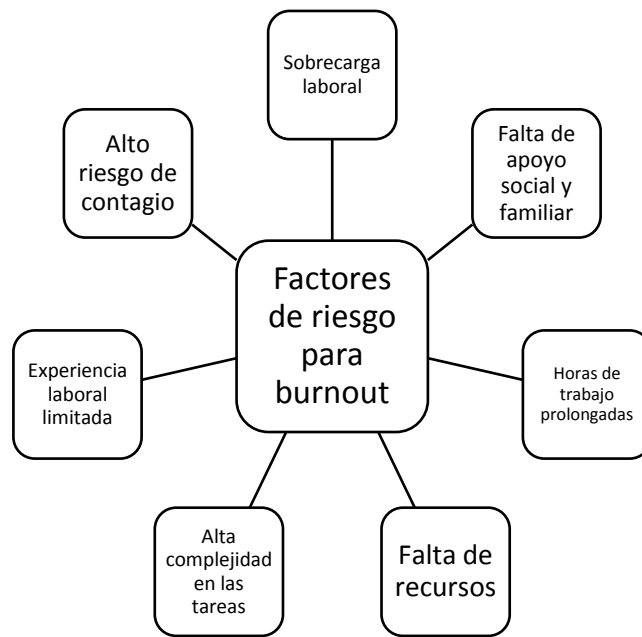
Por su parte, Peters (2018) indica que la fatiga por compasión es visible en el personal de enfermería de Estados Unidos. Si bien la empatía hacia el paciente es la piedra angular del cuidado del prójimo, ello conlleva un importante desgaste tanto físico como mental. Al hallarse en esta situación, el profesional llega incluso a renunciar a su trabajo, lo que se pone de manifiesto por la falta de personal de enfermería a nivel mundial, cifra que se estima continuará en ascenso para el 2030.

En otro meta-análisis realizado en Nueva Zelanda por Yu et al., (2019), se investigó sobre los factores laborales asociados al riesgo de desarrollar el síndrome de burnout y sobre los efectos protectores de la resiliencia para el trabajador. Constataron que la falta de personal enfermero y la falta de presupuesto para su contratación causan una elevada sobrecarga laboral. Esto incrementa los niveles de estrés y burnout y reduce la satisfacción laboral. La resiliencia en los trabajadores ayuda para combatir el cansancio emocional y ayuda a mantener al trabajador motivado.

Saltos y Zapata (2019) también constataron, en las unidades hospitalarias de Riobamba (Ecuador), que el personal sanitario que atiende diariamente a pacientes gravemente afectados muestra sufrimiento y sobrecarga de trabajo, debido a la complejidad de la tarea, la falta de recursos humanos y materiales, la realización de procedimientos de alto riesgo, el ruido excesivo, el ambiente cerrado y la iluminación artificial, entre otros. Estos factores son generadores de estrés y fatiga.

Considerando la relación significativa que existe entre el síndrome de burnout y la salud mental, es evidente que la realidad hospitalaria causa estrés profesional en los trabajadores que puede evolucionar hacia el síndrome de burnout. La vulnerabilidad al desarrollo de este síndrome aumenta cuando implica una carga significativa de responsabilidad, ya sea de gestión o de atención directa en el cuidado de los demás (Saltos y Zapata, 2019). Así pues, las actividades profesionales directamente relacionadas con los pacientes desencadenan el síndrome de burnout. Por ello los profesionales sanitarios de atención directa son más vulnerables a este síndrome. Entre las manifestaciones clínicas que caracterizan a este síndrome se incluyen síntomas físicos, psicológicos, conductuales como la fatiga, los trastornos del sueño y / o apetito, los dolores musculares, la ansiedad, frustración e irritabilidad, la dificultad para concentrarse o tendencia al aislamiento, entre otros. De hecho, Saltos y Zapata (2019) manifiestan que la traducción literal de la palabra burnout resume lo agotados que se sienten los profesionales, quienes se sienten «consumidos por el fuego». En la Figura 2 se resumen los principales factores de riesgo de burnout encontrados en la revisión bibliográfica efectuada.

Figura 2. Factores de riesgo de burnout



Por lo que se refiere a las consecuencias del burnout, Rueda (2018) indica que los trabajadores afectados suelen ausentarse más de sus labores y buscan retirarse del trabajo lo más temprano posible o incluso renunciar a su trabajo. Este absentismo, como también la reducción del número de trabajadores, puede a su vez afectar la atención que se brinda al paciente.

Así mismo, las consecuencias del síndrome de burnout pueden afectar a los compañeros de trabajo (Illescas, 2018). Conviene insistir en que, si bien el síndrome de burnout está presente en distintas profesiones, se ha observado que tiene mayores repercusiones en las distintas especialidades médicas, siendo los trabajadores sanitarios más susceptibles para presentar este fenómeno y a padecer algún trastorno depresivo (Merchán et al., 2018). La naturaleza intensa y continua del contacto con las personas que reciben atención es uno de los factores que contribuyen a explicar este mayor riesgo. Además, aspectos como la edad, el sexo, los años de práctica, los

conflictos interpersonales, la formación y la baja participación en la toma de decisiones también se han encontrado relacionados (Becerra, 2020).

El síndrome de burnout también ha sido relacionado con el trastorno de estrés postraumático. Así se revela en un estudio de revisión sistemática y metaanálisis realizado por Caruso et al., (2021) en el que se describen las consecuencias a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras y en el que se urge a elaborar estrategias para prevenir y tratar el burnout.

El síndrome de agotamiento suele desarrollarse lentamente, se desencadena por factores multicausales y casi nunca se identifica en sus primeras etapas. De entre sus manifestaciones, son frecuentes cambios psicológicos como la dificultad en las relaciones sociales, el mal humor, la ansiedad o la irritabilidad. Junto a estos factores puede aparecer una baja productividad, conflictos en el lugar de trabajo, dependencia de sustancias psicotrópicas y bajo rendimiento profesional. El resultado final suele ser un alto absentismo, y el síndrome de burnout puede incluso llevar al suicidio si no se trata adecuadamente (Becerra, 2020).

El síndrome de burnout es todavía relativamente incomprendido por la población en general. Sin embargo, merece atención debido al gran número de personas afectadas y al daño potencial que puede causar a la calidad de vida individual y colectiva en el lugar de trabajo. Según señala Márquez (2020), teniendo en cuenta sus importantes implicaciones con respecto a la salud física y mental de los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en hospitales, el síndrome de burnout debe tratarse como un problema de salud pública.

Es tan evidente la capacidad de afectación que tiene este síndrome que inclusive se ha analizado el burnout en los padres de familia, incluidos los cuidadores. Dicha relación no necesariamente debe ser genética, sino más bien, cualquier persona

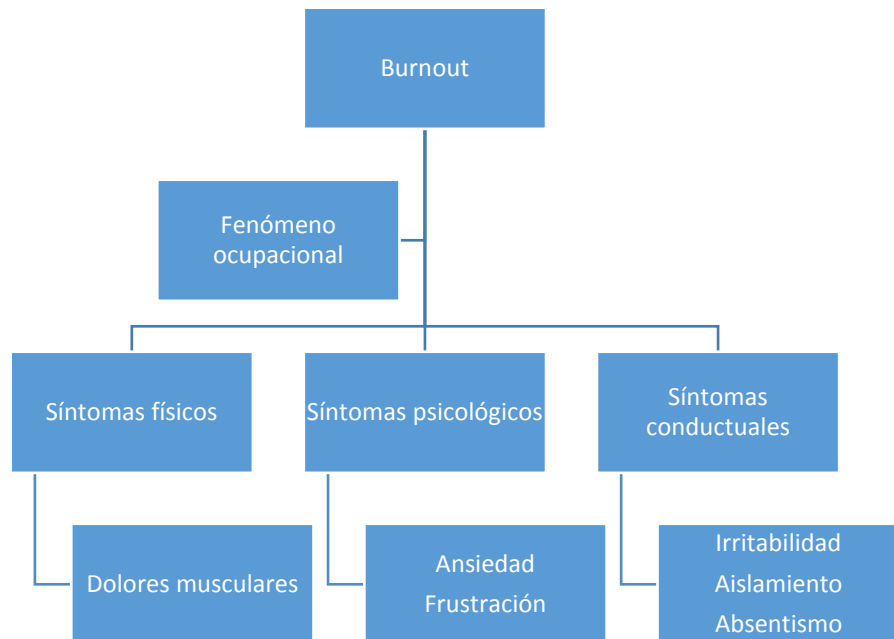
que tenga un vínculo estrecho de cuidador y rol de madre o padre. Este burnout parental está influenciado por varios factores, como, por ejemplo, el sociocultural y económico, donde las demandas pueden aumentar el estrés en los cuidadores. Algunos otros factores que se imponen para el cansancio emocional y la sobrecarga de labores son el conocimiento de los niños de sus derechos, la falta de uno de los padres (ya sea por distanciamiento o muerte) o el hecho de que la mujer se reintegre al campo laboral. Este burnout parental es muy específico y diferenciado del burnout laboral en cuanto que este es caracterizado por el cansancio emocional con respecto al cuidado de los niños, un distanciamiento emocional con los hijos y un sentido de comprometer las metas propias por el cuidar a los niños. Es decir, sentimiento de infelicidad relacionados con el distanciamiento emocional con los hijos y los sentimientos de no estar haciendo bien el rol de padres en comparación con otros cuidadores. En cuanto a las manifestaciones, se puede determinar en fases en el siguiente orden de aparición: contraste, saturación y cansancio emocional. Llegar a la última fase y no tomar acciones correctivas puede llevar a enojo, abuso verbal y físico y descuidar de los hijos (Prihidko y Swank, 2020).

En una revisión del burnout parental realizada por Paula et al., (2021) se determinó que es complejo y multifactorial, con diferencias en relación al burnout laboral, depresión, estrés y otras alteraciones psicológicas y de salud mental. De no ser tratado puede acarrear consecuencias negativas en la vida en familia, con la pareja, con las personas con quien se relaciona diariamente, sean amigos o compañeros de trabajo e impacto en el cuidado de los hijos por un riesgo elevado a la violencia.

En otra revisión sistemática sobre el cambio en el burnout en médicos, realizada entre el 2013 al 2020 por Martínez et al. (2022), donde se analizaron las subescalas, se encontró que el burnout había incrementado del 35% al 56% y

analizando por género, llama la atención que las mujeres eran las que tenían el mayor incremento. En la Figura 3 se resumen las principales consecuencias del burnout que hemos venido comentando.

Figura 3. Consecuencias de burnout



En el siguiente apartado profundizamos sobre las evidencias disponibles acerca del burnout en este sector profesional, en tiempos de pandemia.

2.3 Síndrome de burnout en tiempos de COVID-19

La OMS declaró a la enfermedad COVID-19 (ocasionada por el virus SARSCOV2) como una pandemia, y tan solo dos semanas después ya se había propagado a 114 países, muchos de los cuales adoptaron cuarentenas totales con impactos económicos incalculables. De esta forma, además del riesgo implícito por exposición al coronavirus, la gran carga de trabajo y las demandas psicoemocionales a las que han sido expuestos los trabajadores sanitarios durante esta pandemia son indescriptibles e incommensurables y representan uno de los retos más evidentes en el

tema de los factores de riesgo psicosocial en el sector sanitario en Latinoamérica y en el mundo (Juarez, 2020).

Dado el elevado grado de contagio y transmisibilidad del virus, se diseminó rápidamente, primero por los países asiáticos, luego por Europa, las Américas y África. El virus infecta a una persona mediante el ingreso de su material en una célula particularmente epitelial alveolar. A partir de ese momento se produce una respuesta inflamatoria por parte del sistema inmune que puede causar diversas complicaciones, incluida la necrosis de la pared celular alveolar. Esta enfermedad de tipo respiratorio produce en el paciente diferentes manifestaciones como fiebre, tos, problemas gastrointestinales como diarrea, y falta de respiración. Aunque cualquiera puede verse afectado por la enfermedad, los mayores de 65 años tienden a ser más vulnerables dada la posibilidad de que presenten una mayor fragilidad derivada de enfermedades previas. Los adultos jóvenes que fuman tienen mayor riesgo de complicaciones mientras que los niños, por lo general, parecen no ser afectados fatalmente por el virus. El impacto psicológico de esta nueva patología pone al mundo consternado y a los trabajadores sanitarios expuestos, aumentando su estrés, la carga laboral y con todo esto, aumenta su riesgo de desarrollo de enfermedades mentales y ocupacionales como el burnout (Ochani et al., 2021).

Es claro que la pandemia del Covid-19 ha traído muchas incógnitas para los trabajadores en el mundo, especialmente los del sector sanitario. Particularmente su salud mental se ha visto comprometida, hasta tal punto que se han registrado episodios de suicidio por estrés postraumático y síndrome de burnout. El análisis de estudios de investigadores checos abre los ojos a esta realidad, que identifica como factores asociados la falta de recursos de los hospitales, el miedo de los trabajadores a enfermarse por exposición al virus, los horarios laborales extendidos o la falta de sueño reparador.

Otros factores fueron la falta de un adecuado equilibrio entre la vida laboral y familiar (ya que al estar expuestos, los trabajadores tendían a aislarse de sus seres queridos para evitar contagios), la relegación de actividades personales por motivos laborales, la falta de comunicación y notificaciones en tiempo real de novedades referentes al virus. Todo esto incrementa el riesgo laboral de experimentar cansancio físico y mental, estrés, ansiedad y burnout (Ochani et al., 2021).

Con la llegada de la pandemia, queda claro que todos estos factores de riesgo se han incrementado de una manera u otra, e incluso se han sumado otros estresores propios de situaciones de epidemias. A este respecto la OIT (2020) señala que los principales factores psicosociales de estrés durante una pandemia para el personal que se encuentra en la primera línea de emergencia, son: el temor por el bienestar propio o de familia y compañeros, la falta de equipos de protección personal, el aislamiento, la falta de apoyo social o de tejido social, la tensión entre los protocolos de seguridad establecidos y el deseo de cuidar o ayudar a los demás, las dificultades para mantener estilos de vida saludables y el aumento de la exposición al estigma social, a la discriminación e incluso a la violencia. La misma OIT señala que las reacciones comunes a estos factores se traducen en estrés, bajo estado de ánimo, baja motivación, mayor fatiga, depresión, ansiedad y otros efectos graves en la salud mental (Juarez, 2020).

Vale la pena señalar, que algo característico de esta pandemia en particular es la incertidumbre que envuelve el desconocimiento que aún existe sobre los mecanismos de contagio, afectación y resistencias del virus SARS-COV2, así como la falta de certeza sobre la duración que tendrá la crisis, la llegada de terapias y vacunas eficaces, la disponibilidad de recursos y equipos, la ética en la toma de decisiones sin información, e incluso situaciones relacionadas a la preocupación por el bienestar de

la familia que los han llevado a un distanciamiento social atípico con los seres queridos (Lozano, 2020).

También en España la pandemia golpeo fuertemente, en particular a los enfermeros, quienes tenían que probar su resistencia psicológica continuamente como causa del estrés y la frustración que vivían a causa de los horarios extremadamente prolongados que tenían y que dejaban poco tiempo para el descanso. Si en condiciones normales se estima que la proporción de pacientes por enfermero debe ser de 8 a 1, en tiempos de Covid-19, derivado del alarmante número de pacientes ingresados, la proporción llegó a ser entre 8 a 12 pacientes críticos por enfermero en turnos de 13 horas. Dado que la salud mental del personal está íntimamente ligado tanto a los recursos personales disponibles como a los recursos organizacionales, un desequilibrio al respecto implica un riesgo creciente de experimentar burnout. Es así como la sobrecarga laboral, la falta de apoyo social, la escasez de recursos disponibles y el miedo al contagio aumentaron el burnout en los enfermeros (Manzano García y Ayala Calvo, 2021).

De acuerdo con Barelo et al. (2020), los profesionales de la salud italianos que estaban en primera línea han sufrido los estragos de la pandemia desde el principio. En abril del 2020, la OMS reportó que de entre los 213 países con casos Covid-19, Italia se encontraba al principio de la lista en cuanto a la cantidad de fallecidos, lo cual puso en una situación altamente estresante al personal de los hospitales, con unas elevadas ratios de atención de pacientes por enfermero, lo que acarreo consecuencias negativas a nivel de la salud mental. Según el mencionado estudio (Barelo et al., 2020), uno de cada tres participantes mostraba cansancio emocional, uno de cada cuatro, despersonalización y un 15% mostraba bajos niveles de realización personal.

También en esta línea, Chen et al. (2021) realizaron un estudio a gran escala en Taiwán donde se analizó el trauma, el burnout y el postrauma en enfermeros que trabajaron durante la pandemia. Sus hallazgos indican que más del 40% de los trabajadores sanitarios manifestó sentir ansiedad, más del 46% depresión, un 32% insomnio y un 69% elevado estrés. Se estima que estos profesionales que han estado en servicio en primera línea, especialmente los enfermeros, tendrán secuelas psicológicas adversas. Entre estos efectos adversos, especialmente si el personal carece de las habilidades adaptativas para hacer frente a estos estresores, se incluye el trauma por exposición que luego puede convertirse en trastorno de estrés postraumático. Éste se caracteriza por problemas de sueño, problemas de alimentación, pesadillas, problemas para relacionarse con otros, recuerdos penosos constantes y burnout con su correspondiente cansancio emocional, frustración, enojos y finalmente depresión. En relación al burnout, se encontraron niveles medios de cansancio emocional y despersonalización, junto con bajos niveles de realización personal.

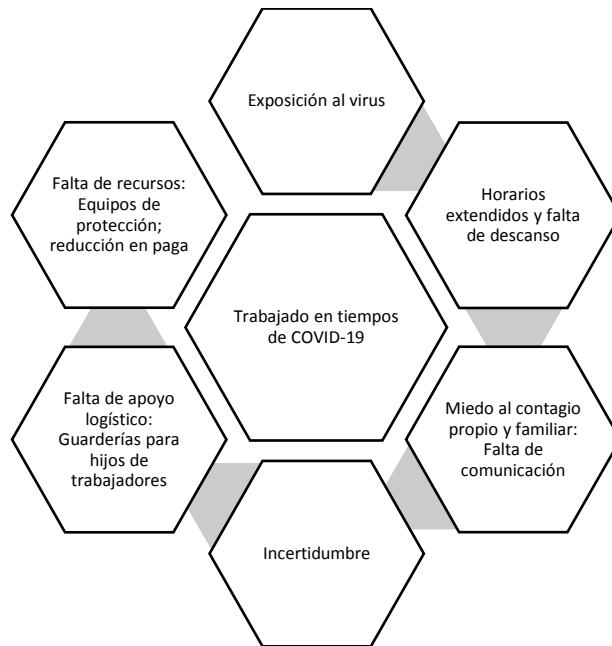
Adicionalmente, el estudio de revisión sistemática realizado por Danet (2021), centrado también en el análisis del personal sanitario de primera línea en tiempos de Covid-19, ratifica los altos niveles de estrés, depresión, burnout y problemas relacionados con el sueño, cuyos síntomas tienden a ser más intensos en los enfermeros y en los profesionales de sexo femenino.

El personal de salud está conformado por doctores, enfermeros, obstétricas, farmacéuticos, personal de laboratorio y personal que no es clínico directamente, como, por ejemplo, administradores, personal de seguridad, secretarias, managers, personal de cocina, chóferes, contadores, técnicos e ingenieros que trabajan en la casa de salud. Estos equipos multidisciplinarios trabajan con el fin de dar asistencia en la

salud de las personas, poniendo alta demanda en las labores realizadas, lo que en tiempos de COVID-19 los ha expuesto a un mayor riesgo de burnout. Konlan et al., (2022) indican que en Ghana el incremento del síndrome en épocas de pandemia se ve acentuado y evidenciado por el discurso del fenómeno del "síndrome de la no cama", que se refiere a la falta de camas disponibles para nuevos pacientes, especialmente los que acuden a emergencia. Así mismo, se manifiesta una deficiencia en el manejo de los pacientes que se traduce en abuso por parte del personal laborando, quienes tuvieron un cambio en la cantidad de pacientes que tenían que atender por turno pasando de dos mil en marzo de 2020, a más de cinco mil en noviembre del mismo año. Por tal motivo, el equipo de salud ha tenido que realizar múltiples actividades que normalmente no corresponden en aras de poder atender a los enfermos, situación que se transforma en altos niveles de estrés laboral y burnout. Bajos niveles de resiliencia están asociados con altos niveles de burnout, así como el tener un bajo ingreso mensual y el estar trabajando en el turno de la noche que corresponde desde las 20h00 a 08h00. El estar quemado también se demuestra con la intención de los trabajadores de marcharse del país con la idea de mejores oportunidades tanto laborales como económicas.

En la Figura 4 se resumen las principales características que reflejan lo que los profesionales sanitarios han vivido en tiempos de la COVID-19.

Figura 4. Trabajador de la salud en tiempos de COVID-19



La pandemia del COVID-19 ha sido comparada con los desastres naturales en cuanto a la salud mental de los trabajadores, el desarrollo del burnout y el desorden de estrés post traumático y según el estudio de Shopen et al. (2022), los trabajadores de salud pública, atención primaria en salud y áreas críticas están en mayor riesgo de desarrollar síntomas psicológicos por motivos de la pandemia. También halló ciertos factores que son únicos a la pandemia y están relacionados con el síndrome, como, por ejemplo, el miedo de contagiar a los miembros de la familia, la falta de guarderías para los hijos de los trabajadores de las casas de salud, el incremento de actividades laborales y falta de suficiente apoyo logístico.

Destacan también otros factores particulares a la pandemia pero que impactan a la salud mental con menor fuerza, como por ejemplo, distanciamiento social con los miembros extendidos de la familia, incremento de horas laborales, falta de materiales de protección personal, el tener que utilizar equipos de protección personal durante todo el tiempo de trabajo, exposición al virus en el sitio de trabajo, miedo de infectar a los compañeros de trabajo, necesidad de mantener a la familia en una situación de

incremento de carga laboral, inhabilidad de brindar cuidados adecuados a los pacientes y reducción de la paga mensual.

En relación con la estigmatización del COVID-19, Shiu et al., (2022) indica que el mismo se refiere a un atributo que muy profundamente desacredita y conecta con características negativas socialmente hablando en cuanto a su evaluación y que conducen a cambios en el accionar. Cabe indicar que los tipos de estigma dependen de su naturaleza, como por ejemplo, el estigma público, que es relacionado con normas culturales; el estigma promulgado, relacionada con experiencias de discriminación; el estigma anticipado, que tiene que ver con la expectativa de discriminación; y el estigma internalizado, que es la aceptación de las evaluaciones negativas sociales. Es así como existe el estigma que se ha revelado sobre los trabajadores de la salud que atienden pacientes con enfermedades mentales y VHI positivos. Así mismo, se ha determinado el estigma como factor de riesgo para la salud mental de los empleados que trabajan durante las oleadas de virus nuevos. Según una encuesta realizada en Canadá, la sociedad puntuó alto en la estigmatización de los trabajadores de la salud durante la pandemia indicando que los mismos deben tener restricciones en sus libertades, así como también, sus familiares, quienes reportan acoso y bullying. Los trabajadores también son estigmatizados mediante la victimización, indicaciones expresas de miedo o evitación, todo esto agrega el riesgo de enfermedades mentales y el burnout. En la Figura 5 se presenta gráficamente las características asociadas al estigma experimentado por los trabajadores sanitarios.

Figura 5. Estigma de trabajadores de la salud



Una de las poblaciones de trabajadores de la salud que está más expuesta al riesgo de contagio durante la pandemia del COVID-19 fueron los otorrinolaringólogos, quienes trabajan con pacientes con problemas respiratorios y realizan diariamente procedimientos que involucran aerosoles y por tanto debieron adaptarse a los equipos de protección personal que incluye las máscaras faciales completas. La naturaleza de su especialidad los deja más vulnerables a los peligros del medioambiente, lo cual afecta la salud física y mental, así como también el síndrome de burnout (Siupsinskiene et al., 2022).

En un estudio realizado por de Oliveira et al. (2022) indica que las mujeres que practican medicina en Brasil durante la pandemia del COVID-19, reportan altos signos de burnout y la pérdida de ingresos a pesar de tener una alta calidad de vida en el área espiritual.

Otro fenómeno que se ha declarado en la época del COVID-19 y que se ha relacionado con el estar quemado, según Rozani et al. (2022), ha sido el uso de sustancias de tipo dependiente por parte del personal médico y de anestesia. Esto se

explica por la facilidad que ellos tienen en la obtención de dichos medicamentos y los niveles de alto estrés vividos con la llegada de la pandemia que ponen en mayor riesgo de burnout. En general los cirujanos y anestesiólogos están más propensos a desarrollar patologías adictivas y burnout.

De acuerdo con Paredes-Aguirre et al. (2022), el burnout en tiempos de COVID-19 ha incrementado, especialmente en el género femenino, donde la carga laboral se suma a las responsabilidades de la casa y el cuidado de los niños. En su análisis determina que en una población de trabajadores de la salud, los varones puntúan más alto en la intención de dejar el trabajo o cambiar de trabajo cuando hay algún tipo de motivación o si hay un incremento en la carga laboral, ya sea física, emocional o cognitiva; al contrario que las mujeres, quienes presentan un factor importante de motivación intrínseca para no renunciar. El teletrabajo realizado en esta época de alto contagio propone dificultades laborales como, por ejemplo, la ambigüedad en las instrucciones de trabajo y las dificultades encontradas en un ambiente no profesional como las fallas tecnológicas y las constantes interrupciones, que aumentan el riesgo de burnout. Las relaciones sociales y laborales y el alcance de méritos son claves para la motivación de los trabajadores; y en este contexto, las recompensas y las características del puesto de trabajo pueden ser secundarias para la motivación.

Nos indican Chowdhury et al. (2022) que en países con economías medias a bajas como Bangladesh, los recursos médicos son limitados, lo que predispone al personal de salud a infección durante la pandemia del COVID-19. Consientes de aquello, los enfermeros continúan trabajando en áreas críticas y emergencia. Lo cual aumenta el riesgo de burnout y depresión. Conjuntamente se encuentra la violencia en el sitio de trabajo, que son agresiones, ataques y o amenazas que ocurren en el sitio

de trabajo y son realizadas por los pacientes, los familiares o los colegas. Durante la pandemia estas situaciones impactaron de especial manera al personal de salud. Los empleados que sufren de violencia en el sitio de trabajo tienen mayor prevalencia de depresión y burnout. El bullying laboral es definido como patrones de comportamientos ofensivos que pueden escalar hasta el daño físico o psicológico de la persona. Esto cambia el ambiente laboral y lo convierte en algo más errático. Esta situación causa daños psicológicos en el empleado de la salud. El bullying puede causar estrés laboral, afectar al trabajador y la calidad de su trabajo, y está altamente asociado a enfermedades mentales. Adicionalmente, aumenta las tasas de renuncia, tiene como consecuencia la moral y lealtad baja por parte del personal, declive en la productividad y la falta de personal, especialmente enfermeros. Tanto la violencia en el sitio de trabajo con el bullying laboral causan baja satisfacción laboral, bajo rendimiento, burnout, depresión e intención de renuncia.

2.4 Factores asociados al síndrome de burnout en el personal sanitario

El síndrome de burnout es muy frecuente en el personal sanitario, en algunos estudios, más del 45% de los encuestados reportaron síntomas severos de éste (Rivera y Chamorro, 2020). Estas cifras cobran además mayor importancia si se tiene en cuenta la asociación de este síndrome con otras alteraciones emocionales o conductuales, como veremos seguidamente.

Pereira et al. (2019) señalan que existe una relación bidireccional entre los errores médicos y los síntomas depresivos, de modo que el personal sanitario con síntomas depresivos tiene un mayor riesgo de cometer errores médicos. Por su parte, Ollachica (2019) desarrolló un estudio para determinar la prevalencia del síndrome de burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de Medicina.

Entre los resultados destaca que el 15% de los médicos e internos evaluados presentaban síndrome de burnout. Además, un 10% mostraba depresión leve, un 7,5% presentaba depresión moderada y un 7.5% tenía depresión severa, encontrándose una asociación significativa entre que el síndrome de burnout y la depresión.

En Perú, Villanueva (2019) investigó sobre los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en el personal del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Para ello se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton. Los resultados indicaron que el 67,50% mostraba algún grado de ansiedad, siendo bajo en un 42,50% y elevado en un 25% de los casos. En cuanto a la depresión, el 52.5% del personal médico presentaba depresión leve, el 17,5% depresión moderada y el 5% depresión severa. En el citado estudio se concluye que el personal contratado tiene más riesgo de presentar ansiedad que el personal fijo y que el personal médico que no tiene pareja, y por tanto presumiblemente carece de mayor apoyo social, presenta mayor riesgo de desarrollar ansiedad.

En esta línea, en una investigación desarrollada por Quispe (2018) con personal del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, encontró elevadas tasas de ansiedad (43,5%) y depresión (58,7%) el personal médico, así como en el personal de enfermería (ansiedad: 51,1% y depresión: 55,3%). En relación con el estado civil, la depresión fue mayor en solteros (56%) y no se encontraron diferencias en función del sexo o la edad.

Según indican Saura et al. (2022) en un estudio desarrollado en un hospital oncológico en Brasil, con respecto a aspectos sociodemográficos, existe una asociación entre las creencias religiosas y el síndrome de burnout. Los profesionales sanitarios que no practicaban la religión sienten más cansancio del

trabajo realizado y se sienten más molestados por el sistema. También se encontró asociación significativa con el género: las mujeres indican sentirse más abrumadas por la cantidad de trabajo a realizar que los varones. También la edad se encontró como factor asociado, a menor edad y sin hijos, mayor cansancio laboral. Por otra parte, en cuanto a lo clínico y estilo de vida, se encuentra una asociación significativa entre los profesionales que toman medicación y pastillas para dormir con el sentirse cansados por el trabajo. Adicionalmente, el consumo de alcohol fue asociado a sentirse abrumado con la carga laboral.

En cuanto a la asociación del burnout con variables laborales se determinó que los profesionales que tuvieron menor tiempo de entrenamiento y trabajan en las unidades críticas se sienten más cansados por las labores. Los empleados de la unidad de admisiones (clínica, unidades hematológicas y cirugía) indican sentirse más abrumados por la cantidad de trabajo que aquellos que laboran en unidades críticas y ambulatorias. En general, los sentimientos de cansancio laboral y estar abrumado por exceso de trabajo están significativamente asociados con el haber sido expuesto a más de cinco muertes y más de siete conflictos laborales en el mes. Los mismo que se asocia con el querer dejar el trabajo y la profesión.

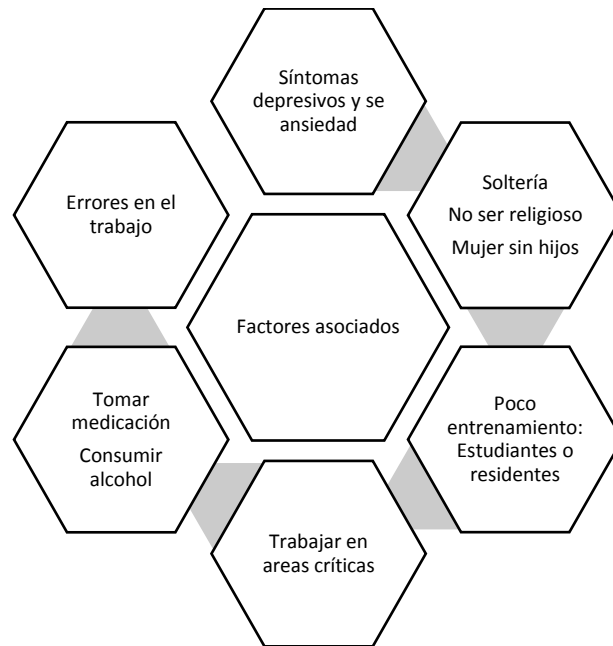
Ju et al. (2022) encontraron asociación entre el burnout y el tiempo de inicio de la pandemia del COVID-19 en residentes de medicina. Se nota que uno de cada dos residentes tiene el síndrome en comparación al tiempo antes del virus. Esto se debe a que este grupo de profesionales debe desarrollar tanto talentos laborales como el reconocimiento de su competencia que determina su auto eficacia. También influye mucho el ambiente hospitalario para el auto cuidado y la salud por cuanto los espacios y las oportunidades de ayuda hospitalaria tienden

a ser limitadas. Es por esto que se debe priorizar la tutoría y el tener un mentor para ayudar especialmente a conservar la salud en los grupos vulnerables de estudiantes y residentes.

En la misma línea, Ujjan et al. (2022) describen la asociación significativa de ser médico residente con el riesgo del burnout, sin que el año de residencia tenga significancia. Añade que los factores que se encuentran asociados son el tener una rutina de trabajo inestable, horas extendidas de trabajo, el estrés de aprender durante el nuevo trabajo ante lo cual propone como estrategias para reducir el síndrome la estandarización de actividades con un horario específico para las mismas.

Un estudio realizado en Etiopía por Ahmed et al., (2022) evidencia cómo factores asociados al estar quemado en el personal de salud como tener un ingreso mensual bajo y trabajar como enfermero u obstetra representaban un mayor riesgo de desarrollar burnout. También, el trabajar en un área de pediatría incrementa la prevalencia. Así mismo tener la intención de dejar el puesto de trabajo y el no tener un puesto de jefatura o supervisión predicen el burnout. A modo de resumen, en la Figura 6 reflejamos los principales factores asociados al burnout.

Figura 6. Factores asociados al burnout

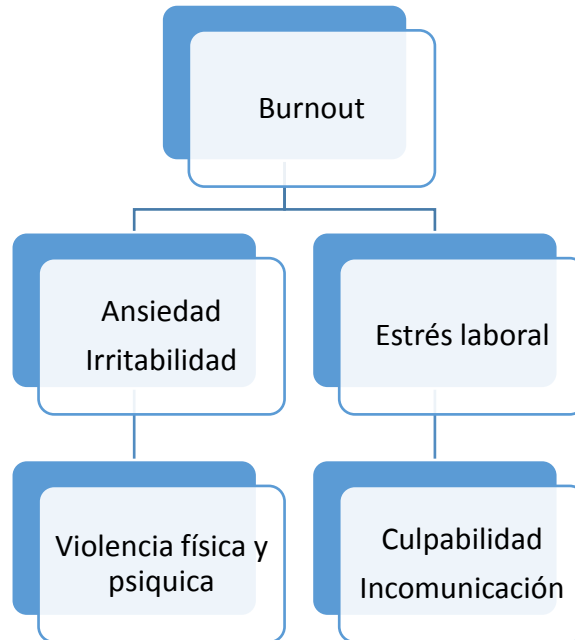


2.5 Consecuencias del burnout en el trabajador y en su contexto

El burnout genera ansiedad, irritabilidad y hostilidad. Con el tiempo la hostilidad se hará evidente en todos los ámbitos donde el profesional se relaciona, pero un primer momento es fácil que sea la familia, especialmente el cónyuge y los hijos, quienes sufran su hostilidad. En su grado extremo, la hostilidad puede llegar a generar violencia psíquica y física que agrava las manifestaciones del burnout con los sentimientos de culpabilidad (Cauna, 2019). La familia de cada individuo forma parte de su red de apoyo social, por lo que tiene un importante potencial para ayudar o interferir con el estrés laboral. Por ello, dentro del entorno familiar, el silencio del individuo afectado del síndrome de burnout impide la comunicación habitual en la familia. Cuando una persona puede compartir con la familia gran parte de los problemas éticos y morales que surgen de la práctica diaria, esta comunicación es fuente de reflexión y protección. Sin embargo, la incomunicación corta esta forma de compartir y reflexionar; cuando se ignoran los problemas laborales, creyendo que es

preferible dejarlos en el contexto laboral, el estrés se traslada de forma sutil a la familia, provocando la incomunicación. (Cauna, 2019). En la Figura 7 se presentan resumidamente las consecuencias de los factores asociados al burnout.

Figura 7. Consecuencias de los factores asociados al burnout



Las manifestaciones clínicas asociadas al burnout son complejas y variadas. De entre las manifestaciones psiquiátricas, es evidente el deterioro progresivo de la persona, la depresión y ansiedad crónicas, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo). También se puede observar manifestaciones somáticas, es decir que existe un cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. Finalmente están las manifestaciones organizacionales, que se caracterizan por el deterioro en las relaciones laborales lo que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallos operativos reiterados, desmotivación e inconformismo (Vásquez y Maruy, 2018).

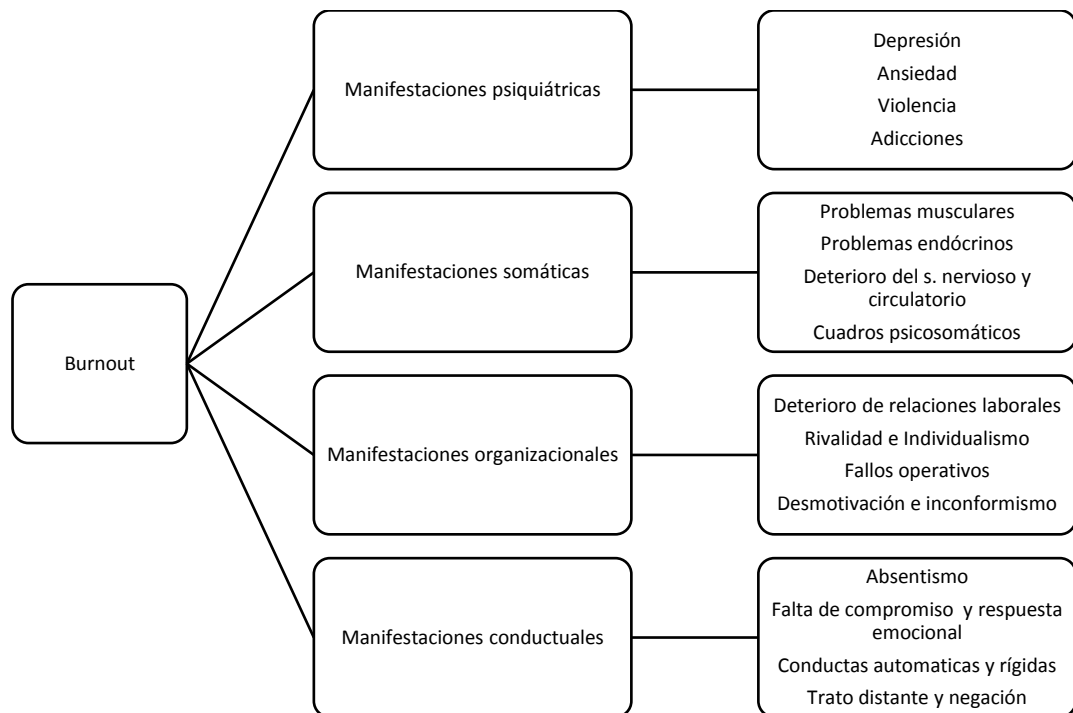
En cuanto a las conductas, el personal sanitario demuestra ausencia de compromiso emocional, evidenciando la pérdida de contacto relacional que puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro. También aparece la disociación instrumental extrema que se expresa en conductas automáticas y rígidas, como la comunicación unidireccional, el exceso de peticiones, la repetición de discursos automatizados, el uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias. En ocasiones, aparece también una conducta de negación o embotamiento, con una falta de conciencia del propio estado de agotamiento y una irritación constante que se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervencionistas, hipercríticas y con carencia de autocrítica (Vásquez y Maruy, 2018).

El personal sanitario también puede demostrar impulsividad. Al respecto, López y Barreto (2018) señalan que el profesional pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico y, en algunos casos, muestran conducta de desmotivación asociada con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, y que puede traducirse en falta de adhesión a los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

La presencia o manifestación del síndrome de burnout trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, el absentismo, las dificultades interpersonales y la baja calidad de vida. Los síntomas que más inciden y más han sido reportados a nivel somático por la literatura son: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello, dolores musculares, alteraciones de sueño y alteraciones gastrointestinales e hipertensión. Estos síntomas pueden intensificarse en

ambientes laborales en donde no se posibilita la toma de decisiones, hay excesiva burocratización y donde se frustran las expectativas laborales de los empleados. A nivel conductual destacan el comportamiento suspicaz, la incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, incapacidad para concentrarse en el trabajo y conductas agresivas con los pacientes o enfermos (Bedoya y Romaña, 2018) (véase Figura 8 para un resumen de las manifestaciones del burnout).

Figura 8. Manifestaciones del síndrome de burnout



2.6 Consecuencias en la salud bio-psico-social del trabajador

El síndrome de burnout tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales para las personas. A nivel físico se han encontrado evidencias de una relación entre el burnout y la dificultad para conciliar el sueño y obtener un descanso de calidad. Las dificultades para dormir afectan a la persona en su quehacer diario, ya que es imprescindible para la concentración efectiva el descanso físico y mental. Es así que encontramos una relación entre la salud física, el cansancio emocional y el descanso,

de modo que la salud física disminuye con el aumento en el cansancio emocional (que indica burnout) y la falta de sueño. Así también la salud psicológica empeora cuando la despersonalización y los problemas para dormir aumentan. Tanto la salud física como psicológica se ven afectadas cuando aumentan el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de sueño (Pagnin y de Queiroz, 2015).

A pesar de que hace falta realizar más estudios que identifiquen la relación del burnout con las consecuencias somáticas, en un análisis de varios trabajos se ha constatado que existe una asociación significativa entre el alto cansancio emocional, la presión elevada y otras categorías de somatización. Por otro lado, la baja realización personal se asocia a enfermedades crónicas pulmonares. Así pues, el burnout se encuentra altamente asociado a problemas somáticos, especialmente en quienes indican tener cansancio emocional (von Känel et al., 2020).

Adicionalmente, Uribe Prado et al. (2015) han encontrado en su investigación una asociación entre el cansancio emocional y la baja realización personal con trastornos de sueño, problemas gastrointestinales y dolor, de modo que la baja realización personal es la que predice fundamentalmente la somatización.

Hay evidencia también de la relación entre el burnout y el dolor lumbar neuropático. Esto es importante ya que este padecimiento es una de las causas más comunes de discapacidad en los empleados. Esta relación puede deberse a la activación del sistema simpaticoadrenal que crea una superproducción de catecolaminas que son hormonas neurotransmisoras como la adrenalina y dopamina que normalmente se producen en casos de estrés o de realizar actividades físicas demandantes y que aumentan tanto la presión arterial como la glucosa en sangre (Mák et al., 2021).

Existe también una relación entre el síndrome de burnout y los problemas digestivos, tal como fue caracterizado entre trabajadores cuyo oficio es altamente demandante e interactúan directamente con las personas, por ejemplo los policías y bomberos, donde se encontró un riesgo de tener problemas digestivos, como úlceras gástricas, en personas con moderado riesgo de burnout y buen apoyo laboral; así mismo, el riesgo de presentar problemas digestivos se incrementa progresivamente a medida que aumentan los niveles de burnout y disminuye el apoyo en el trabajo (Lin et al., 2019).

A nivel psicológico aparecen complicaciones como la ansiedad y la depresión, que en metaanálisis realizados sugieren que el burnout, la ansiedad y la depresión son problemas diferenciados y no son lo mismo ni una sola enfermedad. No obstante, existe una relación burnout-depresión y una relación burnout-ansiedad (Koutsimani et al., 2019).

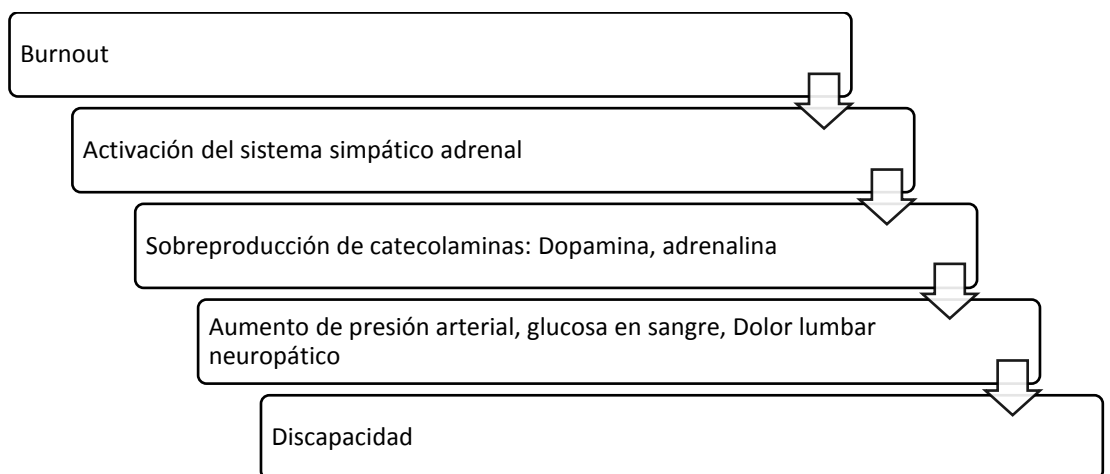
Más aún con la llegada de un evento masivo traumático como ha sido la pandemia de Covid-19, y con el subsecuente incremento del riesgo de burnout, especialmente en el personal sanitario de atención directa, han aparecido problemas psicológicos como el síndrome postraumático, el trauma psicológico, el estrés crónico y el daño moral (Raudenská et al., 2020). El daño moral es un término utilizado para definir el malestar psicológico resultante de las acciones, o de la falta de ellas, que violan el propio código ético o moral. Ello puede conducir a un aumento de los pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre los demás y a sentimientos intensos de asco, culpa o vergüenza (Shay, 2014).

A nivel social, el burnout afecta significativamente al cambio en la manera de relacionarse con los demás. Parte del sentirse quemado son los sentimientos de despersonalización o cinismo; en definitiva, actitudes crueles o frías hacia los

pacientes y/o los compañeros de trabajo. Ello reduce la calidad de trabajo y el nivel de satisfacción de los usuarios. En el contexto sanitario, por ejemplo, donde no se permiten los errores pues se trabaja con seres humanos, los sentimientos de culpa pueden ser elevados y pueden hacer que el profesional abandone o renuncie a su trabajo; quienes permanecen en el puesto de trabajo pueden incluso presentar riesgo de suicidio. Los trabajadores que experimentan burnout tienden a sentir elevados niveles de culpa y a aislarse de los demás. En consecuencia, no se comunican adecuadamente lo que a su vez los lleva a cometer más errores que se traducen en posibles demandas (Stehman et al., 2019).

Otra complicación a nivel social del síndrome de burnout es la actitud negativa con la que el profesional realiza sus labores, ya que el nivel de estrés y las condiciones de trabajo no son las adecuadas. El burnout generalmente influye también en las relaciones, no solo en el lugar de trabajo sino también en la familia y hace que puedan cometerse más errores derivados de la negatividad y falta de concentración (Green et al., 2020). En la Figura 9 se resumen las consecuencias del burnout en la salud del profesional.

Figura 9. Consecuencias en la salud bio-psico-social del burnout



2.6.1 Depresión

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de por una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad. También incluye la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. Síntomas adicionales son la pérdida de autoestima, de confianza, los sentimientos de impotencia, la ideación suicida, los intentos de autolesión o el suicidio consumado (Pérez et al., 2017).

Se ha constatado que el estrés constante del trabajo, la gran cantidad de horas trabajadas y la comunicación constante con el paciente puede desencadenar en una depresión (Castellanos, 2019). La depresión es uno de los factores asociados más importantes, ya sea como consecuencia o como factor causal del desarrollo del síndrome de burnout. Se ha confirmado que este trastorno se asocia significativamente con una de las dimensiones del burnout como es el agotamiento emocional, si bien no parece guardar relación con las otras dos dimensiones. Por otra parte, Castellanos (2019) señala que la culpa y la ira son los síntomas que aparecen más recurrentes.

El aspecto que permite discriminar el síndrome de burnout de la depresión es que, en el primero, la sensación de impotencia se limita al ámbito laboral, mientras que en la depresión cubre todos los aspectos de la vida del paciente. En este sentido, el profesional con burnout posee más rutas de «escape» que la profesión con depresión, sin embargo, en algunos casos el burnout es seguido de un cuadro depresivo. Cuando y por qué ocurre esto es aún una pregunta abierta a la investigación. Las personas con burnout se ven más vitales que los deprimidos, tienden más a ver las

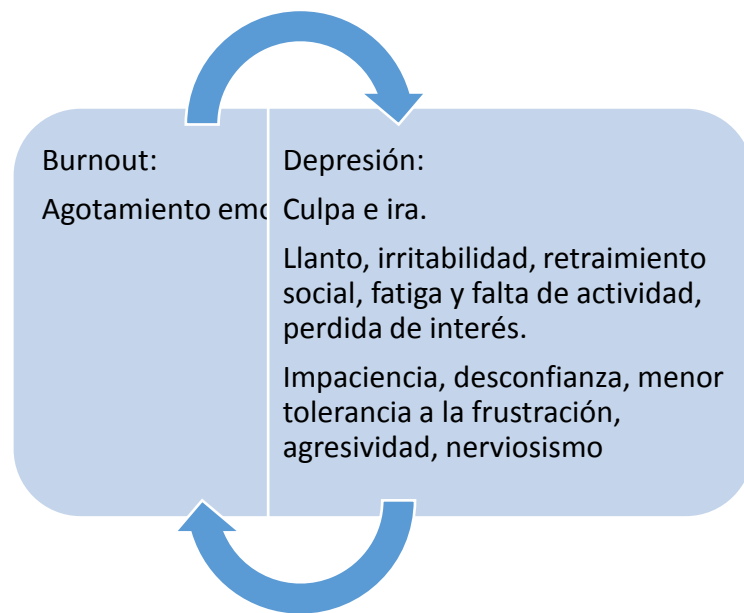
cosas negativas en los demás y no tanto en sí mismos, y tienen la capacidad de disfrutar de algunas cosas. Solo en casos muy graves llega a presentarse ideación suicida y ello generalmente coincide con la presencia adicional de un cuadro depresivo (Santos y Cavalcanti, 2018)

Algunos estudios sobre etiología de la depresión por causas laborales afirman que, en el desarrollo y mantenimiento del síndrome, tanto las variables orgánicas como las psicosociales actúan conjuntamente. En muchas ocasiones se observa que, detrás de este trastorno del estado de ánimo, no existen indicadores biológicos. En cuanto a la presencia de factores psicosociales, en el mantenimiento de la depresión laboral se verifica que no sólo pueden originar y mantener el trastorno, sino que también pueden agravar la sintomatología depresiva. La disminución de la actividad laboral, el estrés laboral, la dificultad a la hora de expresar emociones y la falta de apoyo son algunos de los factores que inciden en el curso de la enfermedad (Laird y Krause, 2019).

La depresión es hoy una enfermedad que crece imparablemente y afecta a todos los estratos sociales. Este hecho también repercute de manera alarmante en el mundo laboral, independientemente de que se haya generado dentro o fuera del contexto laboral. Desde hace aproximadamente diez años se diagnostican como depresión muchos de los síntomas que causan baja laboral como el estrés, pues el trabajador ya no oculta el hecho de padecer depresión laboral (Legg, 2021). La OMS indicó que la depresión se convertiría en el año 2020, en la segunda causa de incapacidad laboral en el mundo, por detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Por este motivo, desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI (WHO, 2020).

Algunos de los criterios que definen la depresión laboral son: tristeza profunda o estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, abatimiento, disminución de las funciones psíquicas, pérdida de interés por actividades normales de la vida cotidiana, pérdida o aumento significativo de peso, disminución importante de la capacidad para el placer, insomnio o hipersomnia (sueño durante el día), agitación y/ enlentecimiento. Cuando los síntomas mencionados son claros, el reconocimiento de la depresión laboral es relativamente fácil. Sin embargo no es lo habitual, puesto que el trabajador suele manifestar quejas de tipo físico sin reparar en su cambio en el estado de ánimo. La presentación de una depresión laboral es variable ya que puede predominar un tipo u otro de síntomas. Algunos trabajadores manifiestan inicialmente quejas físicas y síntomas del sistema autónomo o vegetativo (funciones del sistema nervioso que no controlamos voluntariamente) y otros manifiestan más síntomas relativos a la disminución de funciones cognitivas (pensamiento, concentración, memoria...) (Perini y Cotta, 2019). Dentro de las manifestaciones emocionales se encuentra el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, los celos que pueden derivar en desconfianza y actitudes defensivas. Además, la persona afectada tiene una menor capacidad de tolerancia a la frustración, con tendencia a reaccionar de forma agresiva o paranoide no sólo hacia los clientes sino hacia los compañeros de trabajo. Pueden observarse síntomas de nerviosismo, inquietud psicomotora e incapacidad para concentrarse u olvidos, entre otros síntomas (Perini y Cotta, 2019) (véase Figura 10 para un resumen de la relación entre depresión y burnout).

Figura 10. Depresión y burnout



La enfermedad por Covid-19 se ha expandido rápidamente a nivel mundial, poniendo a todos los países en una cuarentena obligatoria. Esta pandemia está causando graves estragos en la salud, no solo física sino también mental, de la población mundial. Según las últimas investigaciones, las afecciones más frecuentes son la ansiedad, la depresión y el estrés, que afectan no solo a la población en general, sino especialmente a los trabajadores de instituciones sanitarias, donde a diario se corre el peligro de una infección por estar en contacto directo con personas contagiadas por Covid-19 (Huarcaya, 2020).

Esto ha llevado a que el personal que trabaja en estas instituciones presente altos niveles de ansiedad debido a que no utilizan de manera adecuada las estrategias de afrontamiento y al estrés que causa la atención a pacientes directa o indirectamente afectados de Covid-19. Los trabajadores de servicios humanos (servicios sociales, educativos y sanitarios) experimentan una mayor carga emocional, que deriva en problemas de tipo psicosocial. Según la OMS, una de cada cinco personas experimenta alguna alteración en su salud mental, lo que influye directamente en el lugar de trabajo,

como el incremento del absentismo laboral, la reducción de la productividad, y el aumento de los costes de la atención sanitaria (Condori y Feliciano, 2020).

A medida que las personas experimentan situaciones vitales difíciles, la capacidad para afrontarlas puede ir aumentando, sobre todo si las situaciones o experiencias estresantes son conocidas. Sin embargo, si la experiencia es novedosa para la persona, la capacidad de afrontarlas de manera adecuada puede no ser tan eficaz. Esto es justamente lo que está ocurriendo en la actualidad, pues estamos viviendo una situación inédita para todos, pero sobre todo para los trabajadores sanitarios que han de enfrentarse a diario con esta nueva situación estresante (Apaza, 2020).

Los responsables de recursos humanos de los servicios sanitarios deben ser conscientes de las consecuencias mentales que podrían derivarse del actual contexto pandémico. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal sanitario presentó síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT, que no solo repercuten en la atención y toma de decisiones, sino también en su bienestar (Huarcaya, 2020).

En cuanto a las evidencias existentes, por ejemplo, Laird et al. (2019) realizaron un estudio transversal en 1257 profesionales de la salud de 34 hospitales de China, entre el 29 de enero y el 3 de febrero de 2020, con la finalidad de estudiar los niveles de depresión, ansiedad, insomnio y reacción al estrés. El personal encuestado informó de la presencia de síntomas depresivos (50,4%), ansiosos (44,6%), insomnio (34,0%) y estrés (71,5%). Además, el personal de enfermería, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea que atendían directamente a los pacientes sospechosos de tener COVID-19 y el personal médico que trabajaba en Wuhan informaron de grados más severos de problemas en su salud mental. De todas

estas variables, trabajar en la primera línea de diagnóstico, encontrarse tratando o atendiendo a pacientes con COVID-19 fueron las variables que se asociaron significativamente con un mayor riesgo de mostrar síntomas depresivos, ansiosos, insomnio y estrés (Juarez, 2020).

También se debe considerar el estigma hacia los profesionales de la salud. Si bien no se han encontrado estudios en la actual pandemia, las investigaciones realizadas durante otras epidemias o pandemias demostraron que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y con el temor de la comunidad y de familiares de ser contagiados por ellos. En un estudio realizado en 187 enfermeras durante el brote del MERS-CoV se encontró que el estigma influía en la salud mental, ya fuera de forma directa o indirecta teniendo como mediador al estrés (Huarcaya, 2020).

2.6.2 Ansiedad y otras repercusiones psicológicas

La OMS, en su análisis de la situación de la pandemia de COVID-19, indica que hay un 25% de incremento en la prevalencia de ansiedad mundialmente. Esta es una cifra alarmante y pide a los países que lo incluyan como parte del plan de acción la salud mental de los trabajadores. Esto se ha podido lograr en parte pero la desproporción de los servicios disponibles crea un gran problema. Entre los factores que inciden se encuentran el aislamiento y el miedo al contagio, la carencia de apoyo de los seres queridos o de la comunidad y la pérdida de conocidos o de seres queridos. También afecta el cansancio emocional que es característico del síndrome de burnout (OMS, 2022).

El síndrome de burnout puede traer muchas complicaciones a nivel psicológico, como la ansiedad. El desarrollo de este síndrome incluye el ambiente

laboral, como factor determinante que aumenta el riesgo de padecerlo. Por ello, no es raro que la ansiedad aparezca como un problema ya que cuando el trabajador tiene elevados niveles de responsabilidad o mayores de los que puede manejar, y al tratarse de la salud de otras personas, el nivel de estrés incrementa y puede causar esta sensación de ansiedad; si ello ocurre por un tiempo prolongado aparece la ansiedad patológica. Así mismo, las percepciones internas y externas juegan un papel protagonista en el burnout, y cuando éstas son negativas, la ansiedad aparece. A pesar de que no es tan común como la sobrecarga laboral, la violencia laboral y el mobbing, la violencia en el lugar de trabajo tiene un importante efecto negativo sobre la salud, pueden ir desde malos tratos verbales y despotismo hasta agresiones físicas. También el malestar moral causa situaciones de ansiedad (Rozo et al., 2017). Dicho malestar moral se relaciona con situaciones como la tristeza por la muerte de un paciente, o la imposibilidad de tener formas «oficiales» de desconectar cuando se producen situaciones estresantes.

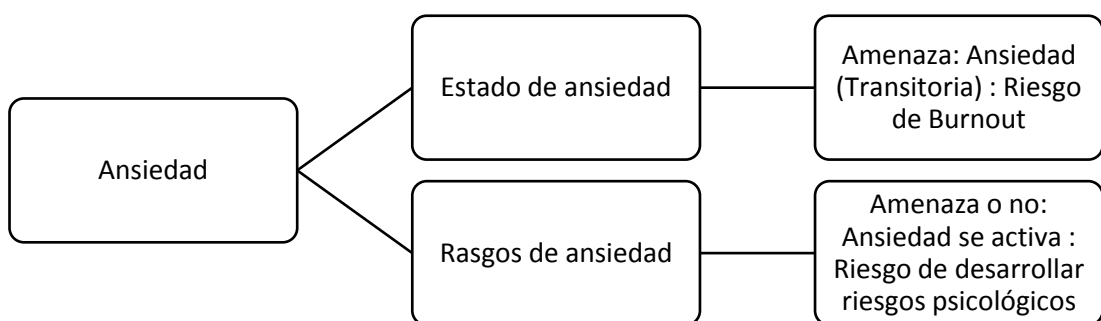
El burnout y sus complicaciones como la ansiedad ha sido estudiado para conocer su relación con incidentes y con comportamientos poco profesionales. Si bien, no hay pruebas contundentes que relacionen directamente las enfermedades mentales con los comportamientos indicados, sin embargo, sí hay indicios que sugieren una asociación entre el burnout y la ansiedad como factores relacionados con incidentes médicos no deseados, derivados de la fatiga y el cansancio emocional (de Jong et al., 2016).

Durante la pandemia de Covid-19 muchos países impusieron medidas como el aislamiento y el encierro. Todo esto causó un aumento en los casos de personas con problemas de ansiedad. El síndrome de burnout y el alto nivel de estrés trajeron consigo el riesgo de un incremento de la ansiedad y la depresión. Por otro lado,

medidas que ayudaron para que esto no ocurriera fueron el trabajo en equipo y sentirse apreciados en el trabajo, esto último estrechamente relacionado con la realización personal (Teo et al., 2021).

Como hemos indicado, la ansiedad se relaciona con el burnout y con el estrés. Es posible distinguir dos componentes de la ansiedad, el primero es el estado de ansiedad, que es transitorio y que aparece cuando el individuo se siente amenazado de alguna manera. En este caso, una vez eliminada la amenaza, la persona vuelve a su estado normal. El segundo componente es el rasgo de ansiedad, que se activa durante distintas circunstancias, ya sean percibidas como peligrosas o no, y que supone una característica bastante estable de la personalidad del individuo. Estudios previos han constatado que los trabajadores con un alto componente de ansiedad-estado tienen mayor riesgo de experimentar el síndrome de burnout y de cometer errores en el trabajo. Por su parte, quienes tienen un alto rasgo de ansiedad tienen a su vez un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Jennings, 2008). En la Figura 11 se exponen las características de la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

Figura 11. Tipo de ansiedad y características



Otro aspecto que ha venido siendo objeto de estudio en los últimos tiempos y que en estos años de pandemia ha cobrado una mayor importancia ha sido el empleo de las tecnologías y su impacto, tanto positivo como negativo, en la salud. Por ejemplo,

se han encontrado asociaciones entre el estrés y el burnout y el uso de telecomunicaciones y aparatos en línea. Así, el uso excesivo de estos aparatos puede causar complicaciones en forma de trastornos psicológicos, problemas cognitivos y problemas a nivel musculo esquelético, todo lo cual reduce la calidad de vida del individuo.

En los años de pandemia se generalizó el uso de la tecnología por tratarse de una de las medidas adoptadas para evitar el contagio. Por ejemplo, las empresas empezaron a utilizar aplicaciones para llevar a cabo reuniones virtuales y garantizar así la producción económica. En el sector de la justicia se permitió realizar audiencias telemáticas. En suma, los gobiernos se vieron obligados a cambiar las leyes para garantizar el mantenimiento del sistema. Sin embargo, ello generó mucho estrés y ansiedad asociado a fallos en las conexiones y sistemas informáticos. Otro ejemplo fue el sector educativo, donde las medidas gubernamentales adoptadas en muchos países tuvieron que ser modificadas para incluir en el modelo pedagógico la enseñanza en línea o virtual. Tanto alumnos como profesores se vieron forzados a aprender el manejo de diversas plataformas y a adaptarse al uso de estas herramientas informáticas, que no siempre funcionaban correctamente. Se detectaron además limitaciones en cuanto a restricciones en el número de participantes, acceso limitado a bibliotecas virtuales y fallos en las plataformas en general.

Otro aspecto relacionado con las tecnologías se refiere al tiempo de exposición a éstas, que también afecta al nivel de estrés y ansiedad. Así, los jóvenes que utilizan más los aparatos electrónicos sufren más frecuentemente de ansiedad. Así también, los empleados que pasan más tiempo enviando correos o en línea tienen mayor riesgo de experimentar burnout (Mheidly et al., 2020).

Martins et al. (2022) refieren que el nivel de satisfacción de vida influye en el riesgo de padecimientos psicológicos y el burnout, estando asociado negativamente. La edad, el género y el estado civil no son un determinante significativo, sin embargo, el estatus financiero, el ambiente de trabajo, la depresión, la ansiedad y el estrés son determinantes de gran relevancia. Los desórdenes psicológicos son dimensionales y no categóricos, así, la depresión, la ansiedad y el estrés son estados mentales. La depresión está caracterizada por la pérdida del autoestima y motivación asociada con el logro de algo significativo para sí mismo. La ansiedad se distingue por las conexiones de estados de ansiedad persistentes y respuestas de miedo intenso. El estrés, en cambio, se identifica por estados persistentes de excitación y tensión con niveles bajos de resistencia a la frustración y estar decepcionado. La depresión y el burnout pueden aparecer superpuestos o a partir de la depresión, desarrollar burnout. El burnout puede aparecer en cualquier dominio de la vida, por esto la importancia del fortalecimiento del estado de satisfacción en la vida como característica de protección en el riesgo de burnout.

Los estudios sobre personalidad indican que los efectos de las actitudes y rasgos tienden a ser más notorios en situaciones leves o débiles que son ambiguas o impredecibles en cuanto a las reacciones de cada persona, como por ejemplo, una reunión social, un trabajo complejo o la pandemia del COVID-19, que en situaciones fuertes, en las que las circunstancias que ocurren dan señales claras de comportamientos esperados, como por ejemplo, estar recibiendo una clase o haciendo fila para pagar en el supermercado. Las personas adoptan diferentes actitudes frente a los retos basados en sus propios miedos. Un modelo utilizado para definir los rasgos de la personalidad es el llamado modelo de los cinco factores: extraversión, amabilidad, conciencia, neuroticismo y apertura a la experiencia. Estos «cinco

grandes», como se lo conoce, están ampliamente relacionados con resultados de satisfacción laboral, rendimiento laboral, estrés laboral, compromiso laboral, satisfacción de relaciones, liderazgos, burnout y varias consecuencias de la salud. La personalidad con elevada extroversión está caracterizada por rasgos amistosos, comunicativos, asertivos y activos. También la persona con elevada apertura para buscar novedades, desafíos y aventuras. Así mismo se identifican altas necesidades sociales y tolerancia a riesgos y ambigüedades. Por el contrario, la personalidad neurótica tiende a experimentar emociones y estados de ánimo negativos, como, por ejemplo, miedo, tristeza, enojo, vergüenza, culpa y disgusto.

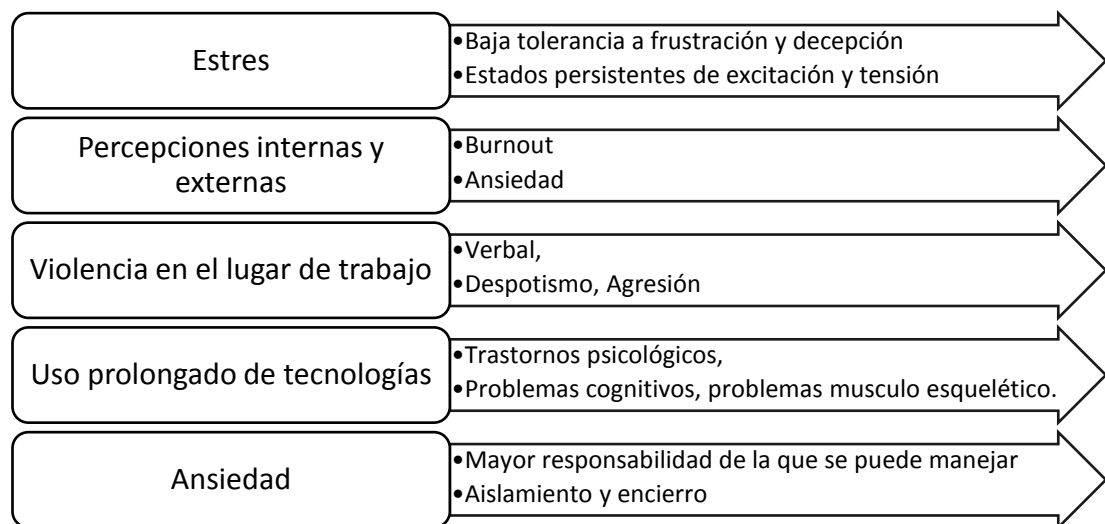
Adicionalmente, la personalidad con elevada amabilidad se muestra con rasgos de comprensión, disculpa y aceptación. Se trata de evitar riesgos, conflictos, desacuerdos y les agrada ayudar a otros de una manera genuina. Manifiestan alto miedo y preocupación ante situaciones que atentan el bienestar de ellos y sus seres queridos. En este caso, la pandemia activa el temor de empleados con este tipo de personalidad. La personalidad abierta a la experiencia nos habla de originalidad, imaginación y muchos intereses distintos. Existe un compromiso y disfrute en actividades cognitivas intelectuales, buscan el riesgo, rara vez muestran temor a lo desconocido y utilizan la creatividad para hallar solución a los problemas. Por otro lado, la personalidad conciencia muestra rasgos de cuidado, confiabilidad y trabajo duro. Son muy organizados y con autocontrol, viven una vida muy estructurada. Mediante planificación previa, logran tener control en situaciones de alto riesgo. Son listos y muestran alto rendimiento en todas las condiciones. Se llega a la conclusión que la personalidad con elevado neuroticismo está relacionada con riesgo de burnout (Raja et al., 2022).

En esta misma línea, Montag et al. (2022) describen que los cambios y adaptaciones laborales durante la pandemia del COVID-19 trajeron consigo la utilización de herramientas digitales para aminorar el contacto físico. A pesar de que muchos beneficios nacieron de aquello, también se encontraron ciertos retos. En particular, la herramienta para video conferencias, utilizada muchas horas a lo largo del día produce fatiga. Esta tiene varias facetas: fatiga general, fatiga social (falta de querer relacionarse con nadie luego de la conferencia), fatiga emocional (cansancio mental luego de la conferencia), fatiga visual (ojos cansados) y fatiga motivacional (sin energía para hacer el trabajo después de la conferencia). Algunas de las causas para tener fatiga por video conferencias son ansiedad de espejo, en la que el trabajador monitorea constantemente su apariencia durante la video conferencia; receptor miradas constantes y fijas; la falta de movilidad por tener que estar frente al computador por largos períodos; sobrecarga cognitiva, que viene de tratar de interpretar el lenguaje no verbal que es más complicado de hacer por medio de una cámara; la fatiga por videoconferencia se asocia a una personalidad con elevado neuroticismo y muestra una correlación elevada con el burnout y la depresión.

Adicionalmente, se ha reportado una asociación entre el síndrome de burnout y la calidad de sueño. Se trata de hallar la manera de ayudar a las personas a encontrar maneras de mitigar los efectos de la fatiga y problemas psicológicos relacionados con el trabajo. Específicamente en tiempos de pandemia los enfermeros indican problemas de sueño por uso de dispositivos e interrupciones en el sueño por tener pesadillas al menos una vez a la semana. También se encontró que los cambios en horarios están asociados a los problemas de sueño. Se conoce que un sueño de calidad puede ayudar a reducir el burnout a través de la restauración de energía. Según la teoría de la asignación de los recursos, la rumiación es un factor mediador entre las situaciones

altamente estresantes y el burnout, definida como los pensamientos obsesivos sobre las causas y consecuencias de los síntomas experimentados por alguna situación. La apreciación negativa de situaciones problemáticas es el centro del modelo cognitivo de estrés, lo cual no solo causa estrés sino la rumiación del evento en cuestión. Esta rumiación, que originalmente existe para hacer frente al problema, prolongadamente predispone para el burnout, sirviendo más bien como intermediario. De tal manera que existe una asociación de predicción de alza de riesgo de burnout con la rumiación. Se piensa que lo más idóneo es el enfoque en los pensamientos positivos a manera de terapia contra la rumiación. Se puede concluir que la angustia psicológica es un factor que conduce a la baja calidad del sueño y a la rumiación, mismas que están positivamente asociadas con el síndrome de burnout (Zarei y Fooladvand, 2022). En la Figura 12 se resumen otras repercusiones de la pandemia.

Figura 12. Otras repercusiones psicológicas de la pandemia.



2.6.3 Salud física y burnout

En este apartado nos referiremos a dos de los problemas más comunes entre trabajadores, que se incrementan ante la exposición a situaciones de estrés crónico.

Dichos problemas se relacionan, por un lado, con el índice de masa corporal (IMC) y la obesidad y por otro lado, con la hipertensión arterial.

El índice de masa corporal refleja la masa corporal total con respecto a la talla. Es un buen indicador para ser aplicado en estudios de tamizaje para inferir riesgo de masa grasa aumentada o en todo caso para inferir sobrepeso u obesidad. La obesidad es una enfermedad endémica con tendencia creciente, tanto en la población adulta, como en niños y adolescentes, que requiere medidas urgentes de intervención para disminuir prevalencia e incidencia y abatir la tendencia creciente de patología osteomuscular degenerativa y cardiovascular. La clasificación diagnóstica del sobrepeso y la obesidad según la OMS, se divide en: normal ($> 21 \leq 24.9$), sobrepeso ($>25 \leq 29.9$), obesidad ($>30 \leq 39.9$) y obesidad mórbida (>40), de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) (WHO, 2020)

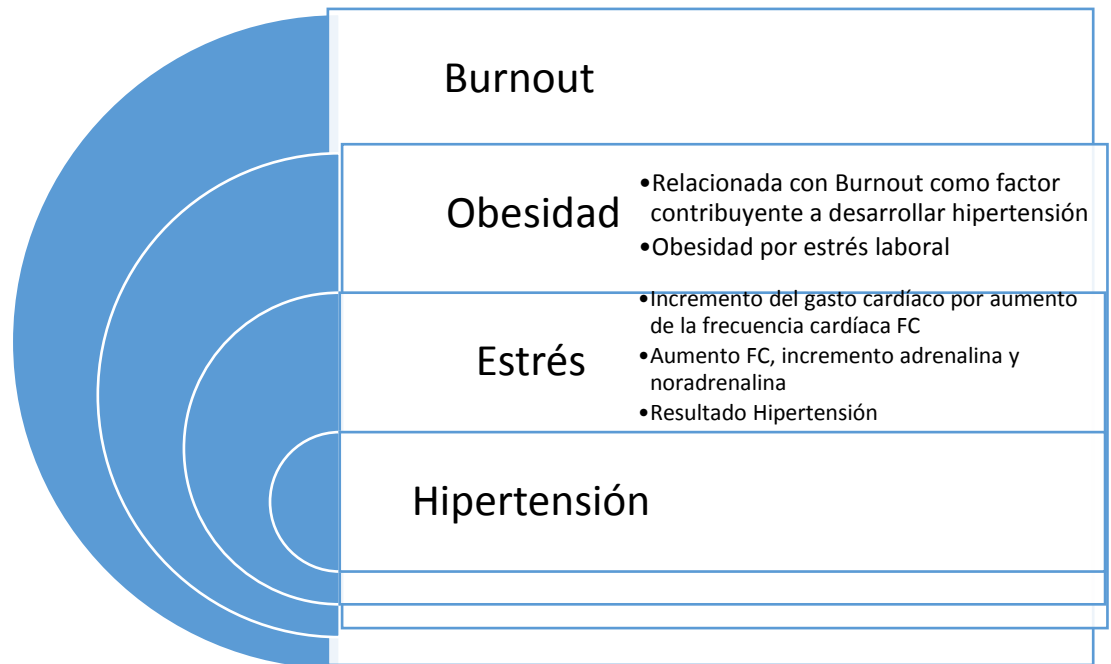
Considerada como una enfermedad crónica, la obesidad se asocia con múltiples padecimientos. En particular, el exceso de grasa abdominal o visceral se relaciona con un conjunto de anormalidades metabólicas, denominadas síndrome metabólico (SM). Estos trastornos, caracterizados por intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia (alteraciones de los lípidos en la sangre) e incremento de las cifras de tensión arterial, incrementan el riesgo de enfermedades del corazón y de trombosis cerebral (Garvey, 2019).

Por su parte, la hipertensión arterial tiene dos vertientes: es un factor de riesgo cardiovascular, y a su vez se convierte en una enfermedad cardiovascular con o sin complicaciones que da lugar a un gran número de incapacidades laborales. La hipertensión arterial debe estudiarse desde el punto de vista de su clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento, así como las variaciones que tiene en función de

la edad de los pacientes: diferenciando el adulto, niño y adolescente, así como el anciano y mujeres en gestación (Chuquirima, 2018).

Los mecanismos responsables del aumento de la presión arterial por el estrés se pueden resumir como sigue. En primer lugar, en el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca. No se producen cambios en las resistencias periféricas totales, aunque sí en los flujos regionales, con aumento de la perfusión en el sistema muscular esquelético, corazón y cerebro, y descenso en las áreas esplácnica y renal. Entonces, el aumento observado en la frecuencia cardíaca (FC) se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina. También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema reninaangiotensina-aldosterona, así como aumentos de la ACTH, cortisol y vasopresina. Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de PA inducido por estrés. Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la PA ante situaciones de estrés (Vian et al., 2017) (véase Figura 13 para un resumen gráfico de la asociación entre burnout y variables de salud física).

Figura 13. Salud física y burnout



Dentro de los factores de riesgo relacionados con esta patología se pueden mencionar: sedentarismo, sobrepeso u obesidad, tabaquismo, alcohol, entre otros. La existencia de factores psicológicos como el estrés también juegan un papel importante en la evolución y pronóstico de dicha enfermedad, tal y como menciona la Sociedad Española de Hipertensión Arterial (2008); llegándosele a considerar una reacción física y emocional compleja que incluye diversas fases que se inician con una reacción de alarma que activa el sistema nervioso autónomo, seguida de una fase de resistencia y por último la de fatiga en caso de persistir la tensión por mucho tiempo (Chuquirima, 2018)

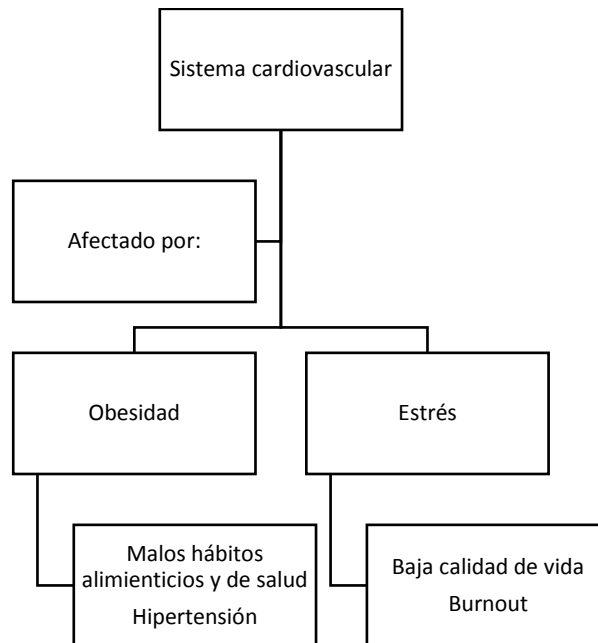
Ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeñísimos músculos

circulares inervados por esta rama del sistema nervioso autónomo), lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial (Gideon et al., 2019).

El síndrome de burnout es un problema que en los últimos tiempos está viéndose incrementado, al igual que sucede con la obesidad. En estas últimas décadas los científicos y otros expertos están apreciando el aumento en el índice de masa corporal y, en consecuencia, en el número de personas con sobrepeso. Diferentes estudios confirman que existe una relación entre el estrés laboral y el sobrepeso o la obesidad (Brockmann y Ross, 2020; Buss, 2012; da Silva et al., 2021; Fang et al., 2018; Geda et al., 2022; Han et al., 2011; Han et al., 2012; Heraclides et al., 2012; Vigna et al., 2019). En estudios con personal de enfermería se alude al estrés laboral (Fang et al., 2018), a los horarios rotatorios, a lo prolongado de los mismos y las correspondientes interferencias en los hábitos de sueño, como factores asociados (Buss, 2012; Han et al., 2011; Han et al., 2012). En población trabajadora en general, el estrés laboral y su asociación con el sobrepeso y la obesidad llevan a sugerir la puesta en marcha en las organizaciones de estrategias para ayudar a prevenir y manejar el estrés laboral (da Silva et al., 2021; Geda et al., 2022).

Estos y otros estudios revelan que los niveles elevados de estrés interfieren en los hábitos alimenticios saludables, provocando que se escojan alimentos altos en grasa y en azúcares, o descuidando las pautas de alimentación saludables (Robaina et al., 2010). A su vez, la obesidad y el estrés afectan al sistema cardiovascular y causan problemas metabólicos que pueden resultar en bajas laborales e incluso en discapacidad o una muerte temprana, lo que convierte a estos problemas en una cuestión de salud pública (véase Figura 14 para un resumen de la relación entre la obesidad y el estrés).

Figura 14. Relación entre obesidad y estrés



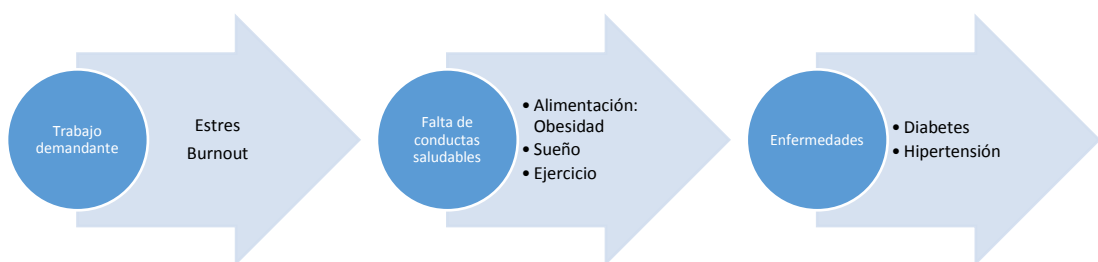
En un estudio realizado en México por Armenta-Hernández et al., (2021) se puede constatar la relación entre burnout y obesidad. Concretamente, se evidenció una asociación entre el índice de masa corporal y las dimensiones de cansancio emocional y de realización personal. La relación entre el burnout y la obesidad también ha sido estudiada en trabajadores de edad mayor en Taiwan, encontrándose que las exigencias laborales y los horarios rotativos causan estrés en estos empleados e incrementan el riesgo de experimentar este síndrome. También se ha encontrado una asociación entre el burnout, la obesidad y la hipertensión, probablemente debido a su asociación con hábitos de alimentación poco saludables y la baja calidad de vida que afectan al sistema cardiovascular (Lin et al., 2021).

Se ha estudiado también la relación del índice de masa corporal con el síndrome de burnout en maestros en Colombia. Concretamente, los maestros de educación física, que prestan mayor atención a su salud y presentan índices de masa corporal dentro de lo normal, tenían menor riesgo de padecer el síndrome y menor cansancio emocional (Reyes-Oyola et al., 2019). Sorprendentemente en un estudio

realizado en China sobre la relación del síndrome de burnout con el índice de masa corporal, se encontró que los trabajadores que tenían sobrepeso y obesidad presentaban menor tendencia a padecer burnout que los trabajadores de peso normal, quienes tenían un alto riesgo del síndrome. En este caso podemos atribuir estos resultados a la cultura de este país, ya que su alimentación tiende a ayudar a mantener un peso regular, siendo así que la mayoría del grupo que sigue las normas y son responsables tienen un índice de masa corporal normal, mientras que los que son un poco más relajados tienen sobrepeso (Li et al., 2020).

La prevalencia del síndrome de burnout y otros problemas psiquiátricos cobran gran importancia en las últimas décadas, a medida que las condiciones de trabajo tienden a ser más rigurosas y demandantes. La falta de atención a conductas saludables relacionadas con la alimentación, el sueño o el ejercicio, derivado de un trabajo estresante o del burnout puede conducir a que el trabajo desarrolle enfermedades como la diabetes (Heraclides et al., 2021; Jonglertmontree et al., 2022) (véase Figura 15).

Figura 15. Diabetes y burnout



La obesidad es considerada agente causante de innumerables patologías crónicas y alteraciones metabólicas como dislipidemias, cardiopatías, hipertensión arterial, síndrome metabólico, diabetes, etc. Todo esto sin contar con las alteraciones a nivel psicológico y emocional, como la depresión debido al rechazo social; por otro lado, existen grados de obesidad que impiden incluso la movilización fisiológica del

individuo, lo que lo imposibilita realizar cualquier tarea y, por ende, lo convierte en un inactivo para la sociedad (López y Oropeza, 2017). Los efectos de la obesidad en los entornos laborales se concretan en la pérdida de productividad, la provisión de compensaciones por discapacidad y el despliegue de servicios adicionales de apoyo a los enfermos. Además, la obesidad está relacionada con sentimientos de inseguridad laboral entre los trabajadores, ociosidad, ambiente laboral hostil, percepciones de alta exigencia psicológica laboral, y escaso o deficiente apoyo gerencial. También se ha encontrado que los trabajos sedentarios, los largos turnos de trabajo y la prolongación de la jornada laboral llevan a un aumento de la somnolencia y a alteraciones en los hábitos alimentarios de los empleados (Armenta et al, 2021).

2.6.4 Repercusiones del burnout en el entorno laboral

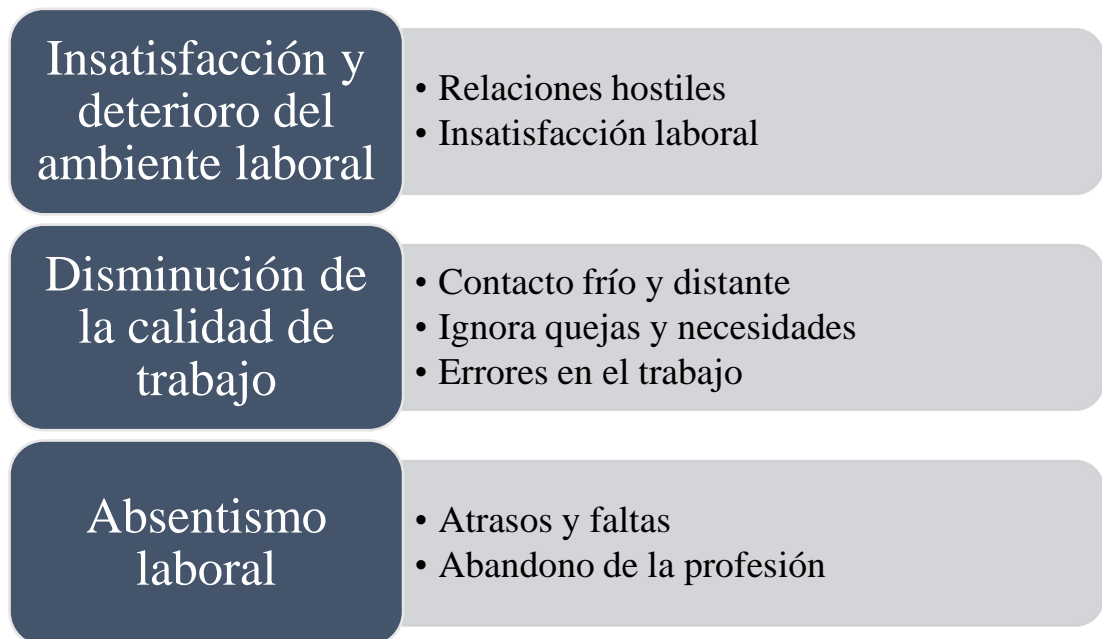
Es posible mencionar tres repercusiones negativas del burnout en el entorno laboral. En primer lugar, la insatisfacción y deterioro del ambiente laboral. El profesional de los servicios humanos «quemado» participa poco en la marcha del servicio, sus relaciones interprofesionales son escasas y a veces cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y a la crítica sana. Los órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente, que intenta compensar a través de una formación continuada desordenada y creciente, lo que contribuye a deteriorar el ambiente laboral por las ausencias. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación. El profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los roces con compañeros o colegas. La insatisfacción puede agravarse por circunstancias como reconversiones o reformas o turnos de trabajo, etc. (Salguero, 2017)

En segundo lugar, cabe señalar la disminución de la calidad del trabajo. El profesional quemado dedica menos tiempo a sus clientes, el contacto es más frío, distante y hasta se corren más riesgos innecesarios para el cliente con las decisiones que se adoptan; se llegan a ignorar sus quejas, demandas o necesidades. Por otra parte, éste puede tomar decisiones a la defensiva, encareciendo los servicios al cometer errores. De este modo disminuye la calidad y aumenta el coste, y por tanto la eficiencia, de los servicios que presta el profesional (Salguero, 2017).

En tercer lugar, es posible aludir al absentismo laboral. Dado que el ambiente laboral es fuente de tensiones, el profesional trata de evitar cumplir con sus obligaciones, disminuyendo inicialmente la actividad de trabajo para, posteriormente, faltar al mismo. El absentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. Como fase intermedia el profesional puede llegar con retraso al trabajo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, bien mediante retrasos sistemáticos, bien mediante enfermedad y baja laboral, o bien mediante la asistencia a múltiples actividades de formación continuada. Si el proceso se prolonga, puede llevar a la reconversión profesional y al abandono de la profesión. (Salguero, 2017).

Las repercusiones del burnout desde el punto de vista de las organizaciones representan una gran pérdida económica (véase Figura 16); en un estudio realizado por Kelly et al., (2021) se constata que el 54% de las enfermeras sufren el síndrome de burnout de manera moderada y estas cifras han ido en aumento. Con ello, el riesgo de tener complicaciones personales aumenta, así como también la posibilidad de cometer errores en el trabajo y, en consecuencia, los riesgos potenciales para los pacientes. En particular, el cansancio emocional aumenta cada año.

Figura 16. Repercusiones del burnout en el entorno laboral



El personal sanitario agotado hace lo que puede para atender a sus pacientes pese a que su pronóstico sea irreversible, lo que genera un importante cansancio emocional. El cinismo o despersonalización también van en aumento cada año (Kelly et al., 2021). Las enfermeras quemadas muestran actitudes negativas, mala comunicación con los pacientes, con los familiares de éstos y con otras personas. Su actitud es la de hacerse invisibles ante sus colegas, con una falta de motivación hacia las tareas, lo que hace que su trabajo no sea de calidad y falten a sus responsabilidades. Todo ello denota cinismo y baja autoestima laboral. Las consecuencias son la alta tasa de renuncias de las enfermeras, que deja a las que se quedan con mayor carga de trabajo lo que hace que éstas terminen también marchándose. Aparte de la falta de atención hacia los pacientes, se estima que las pérdidas económicas son de 11.000 a 90.000 dólares por cada enfermera que se retira y a esta cantidad hay que sumarle las pérdidas por las vacaciones, las listas de espera, y el tiempo invertido en la formación del personal nuevo. Cuando el riesgo del burnout es alto, la rotación del personal de

enfermería se eleva, lo que indica que muchos renuncian a su trabajo (Kelly et al., 2021).

Según un estudio realizado en Estados Unidos, pese a que el número de graduados en enfermería ha aumentado en un 16% entre 2010 y 2024, la ratio de enfermeros por número de habitantes es bajo. Los abandonos por parte del personal de enfermería, generalmente ocasionados por la elevada carga asistencial, suelen ocurrir dentro de los dos primeros años de trabajo. A esto debemos sumar los cambios en la densidad poblacional, es decir, que ahora existen personas que viven más años y por tanto el porcentaje de adultos mayores ha incrementado. Este grupo poblacional requiere de mayores cuidados por la fragilidad asociada a la edad. También, los recortes presupuestarios impiden la contratación de los profesionales necesarios para cubrir las necesidades hospitalarias. Eso hace que la carga laboral sea elevada, los horarios sean exigentes y sin consideraciones para el tiempo familiar de calidad además bajos salarios. Todo esto pone a los trabajadores en elevado riesgo de burnout que se asocia a una baja satisfacción del paciente y al incremento de errores laborales. A su vez, ello incrementa el porcentaje de infecciones y de mortalidad y conlleva elevadas pérdidas económicas. Es importante notar que los profesionales con riesgo de burnout fallan a la hora de comunicar información importante sobre los pacientes en los cambios de guardia, lo que hace que las tasas de readmisión de los pacientes se eleven. Aparte del coste económico que todo ello supone para el hospital, también se ve afectado el prestigio de la institución (Bakhamis et al., 2019).

Por las razones señaladas, la escasez de personal sanitario y en particular de enfermeros, se ha convertido en un problema mundial y político. Numerosas investigaciones evidencian una elevada intención de dejar el puesto por parte de estos profesionales (Beidas et al., 2016; Hämmig, 2018; Jackson et al., 2018; Liu et al.,

2019; Mavridis et al., 2019; McGhan et al., 2020; Moss et al., 2016; Piers et al., 2019; Purohit y Vasava, 2017; Schwartz et al., 2021; Selamu et al., 2017; Shields et al., 2020; Steege y Dykstra, 2016; Wang et al., 2020). Estos estudios ponen de manifiesto que, por ejemplo, en profesionales sanitarios en el campo de la salud mental, el abandono de la profesión se relaciona con el burnout (Beidas et al., 2016). También se encuentran estos resultados en otro personal de atención directa como los trabajadores sociales (Mavridis et al., 2019).

El desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, y entre la vida familiar y profesional, son factores claves para entender el burnout y abandono de la profesión en estos trabajadores sanitarios (Hämmig, 2018; Moss et al., 2016). Otros estudios ponen de manifiesto que dentro del personal sanitario, las mujeres cirujanas jóvenes presentan un mayor riesgo de abandono temprano de la profesión debido al burnout (Jackson et al., 2018). Estos resultados se han encontrado no sólo en estudios realizados en países europeos o anglosajones, sino también en otras culturas como en China (Liu et al., 2018; Liu et al., 2019; Wang et al., 2020), India (Purohit y Vasava, 2017) o Etiopía (Selamu et al., 2017). Además, factores externos a la persona, como los organizacionales y más concretamente los relacionados con la seguridad del entorno laboral (McGhan et al., 2020), o con la organización de los sistemas de trabajo y turnos (Steege y Dykstra, 2016), contribuyen a explicar la intención de abandonar la profesión en trabajadores sanitarios. En esta línea, también se ha encontrado, por ejemplo, que variables como el clima organizacional y el trabajo en equipo son claves en el trabajo de profesionales sanitarios y en su mantenimiento en el puesto de trabajo (Piers et al., 2019; Schwartz et al., 2021;). La combinación de medidas centradas en el individuo, con medidas centradas en la organización, parece fundamental para reducir estos abandonos de los trabajos (Shields et al., 2020).

Otra de las consecuencias del síndrome de burnout es el presentismo, que implica que el trabajador está físicamente presente en su lugar de trabajo, pero no desarrolla su trabajo adecuadamente, lo que provoca una pérdida de recursos para la organización (Salvagioni et al., 2017).

Las empresas vinculadas con la salud y en general todas las compañías se ven desafiadas en estos tiempos a tener la tecnología más innovadora, contar con los mejores avances médicos y satisfacer las expectativas de la comunidad, que también están en constante aumento. Así mismo deben llegar a cumplir con metas de eficacia y eficiencia. Para lograr estos objetivos deben contar con personal cualificado y de calidad, especialmente cuando hablamos de servicios de salud directos, situación que se dificulta debido a la escasez de profesionales y a la alta tasa de renuncias del puesto de trabajo y de la profesión, especialmente en los enfermeros. A medida que los trabajadores sanitarios van envejeciendo y con la creciente falta de personal, los trabajadores más antiguos requerirán mejores condiciones laborales y mejores salarios, lo que se traducirá en mayores costes laborales y más eventos adversos para los pacientes. El compromiso de las empresas con los trabajadores y el clima ético laboral es la clave para tratar de aliviar problemas de productividad, absentismo e insatisfacción laboral (de Las Heras-Rosas et al., 2021).

Consecuencias adicionales del síndrome de burnout son las actitudes agresivas tanto hacia los pacientes como hacia los compañeros de trabajo. Se estima que el 80% del personal sanitario ha experimentado violencia en el trabajo (Homotoff, 2021). Las empresas tienden a no preparar a su personal para afrontar estas situaciones que incrementan el riesgo de burnout y de problemas de salud mental que impactan en el servicio ofrecido y en los costes de este (Homotoff, 2021). Así, tal y como se refleja en la Figura 17, el burnout lleva consigo una serie de consecuencias económicas.

Figura 17. Consecuencias económicas del síndrome de burnout

Alta deserción por burnout	Trabajadores añosos deben cubrir turnos	Falta de preparación para afrontamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Mal clima organizacional • Trabajo en equipo deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Requieren mejores condiciones labores • Mejores salarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia laboral • Problemas mentales • Burnout

También cabe recalcar que el burnout es diferente del *boreout*, mismo que en la actualidad está llamando mucho la atención como un concepto nuevo y de moda. El síndrome de *boreout*, o el estar aburrido, se trata de un desorden psicológico que tiene origen en la carga mental de trabajo insuficiente. Algunos de los síntomas somáticos son similares a aquellos del burnout, como, por ejemplo, insomnio, dolores estomacales, cefalea, mareos, así como depresión. El empleado cae en un círculo vicioso de aburrimiento, insatisfacción y permanente frustración. Combinado con una baja autoestima, dicho trabajador desarrolla miedos de ser descubierto en su carga laboral insuficiente por supervisores, colegas o amigos. Las personas que tienen *boreout* fingen estar ocupados mediante el tener muchos documentos en la mesa, tener abierto un archivo relacionado con el trabajo en el computador y el llevar documentos de trabajo en un maletín a casa. Sentimientos de vacío en la vida profesional e inutilidad socialmente aumentan el nivel de estrés. Es solo en los últimos tiempos que se conoce de este fenómeno ya que existe cierto estigma que hace que los que lo padecen no lo comenten. Esto viene del concepto negativo que se le puede dar al estar aburrido, que puede erróneamente pensarse como sinónimo de ser vago.

En casos más graves, *boreout* puede llevar a desencadenar episodios epilépticos en pacientes con la patología, úlceras, problemas severos de sueño, depresión y suicidio. Los pacientes con este síndrome están dos a tres veces más en

riesgo de tener problemas cardiacos. Las raíces del burnout, boreout y la fatiga por compasión son las mismas: la necesidad personal de creer que lo que se hace tiene un significado importante y que es tiene sentido a nivel existencial (Kompanje, 2018). En la Figura 18 se exponen las características diferenciales del burnout y del *boreout*.

Figura 18. Burnout vs Boreout

Burnout	Boreout
<ul style="list-style-type: none"> • Misma raíz: Necesidad de crecer en lo que se hace • Sobrecarga laboral, despersonalización y baja realización laboral • Consecuencias en la salud similares: cefalea, insomnio, úlceras, depresión, problemas cardiacos, suicidios 	<ul style="list-style-type: none"> • Misma raíz: Necesidad de crecer en lo que se hace • Aburrimiento y vacío laboral por carga insuficiente. Insatisfacción, por miedo a ser descubiertos finguen estar ocupados. • Estigma: Persona vaga • Consecuencias en la salud similares: cefalea, insomnio, úlceras, depresión, problemas cardiacos, suicidios

2.7 Etiología del síndrome de burnout

Entre las principales causas del desarrollo de este síndrome, se considera el estrés, pero también se ha identificado a este como un proceso multicausal y muy complejo, en donde se ven involucradas otras características como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. Entre estos elementos también influyen factores personales, como la edad (relacionada con la experiencia) y el sexo, variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas) y el tipo de

personalidad (las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiper exigentes y perfeccionistas) (Soriano, 2021).

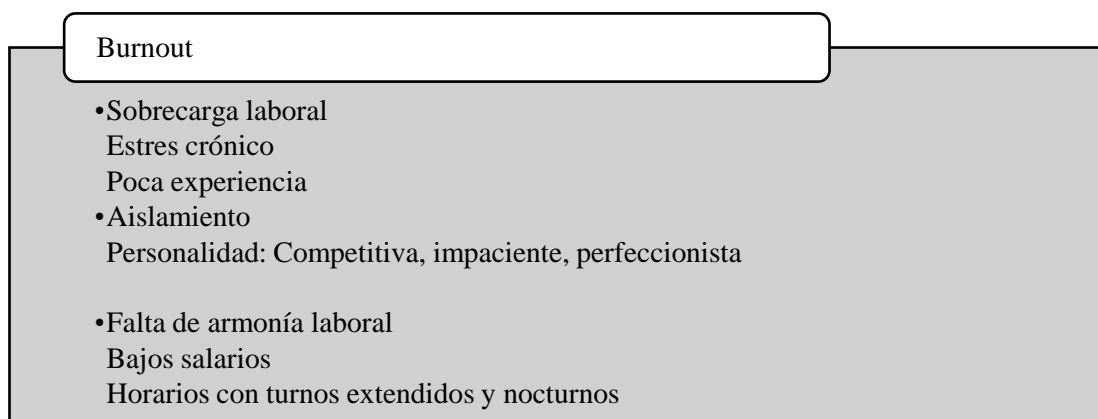
En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos. También parece importante incluir el nivel de implicación del trabajador. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos.

También influye la personalidad. Así, se habla de “Personalidad resistente al estrés”, ya que, aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias (Miraval, 2017). En este sentido, cabe destacar el papel de la resiliencia. Así, se ha encontrado que la resiliencia en general y la resiliencia moral en particular, son factores protectores contra el burnout en personal sanitario (Antonsdottir et al., 2022; Karabulak y Kaya, 2021; Safiye et al., 2021; Spilg et al., 2022). De hecho, la formación para promover la resiliencia se ha mostrado eficaz para abordar este factor en el personal sanitario (DeTore et al., 2022; Dossett et al., 2021; Martin et al., 2020; Mehta et al., 2016; Werneburg et al., 2018). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el entrenamiento en resiliencia es útil para fortalecer las capacidades individuales del personal sanitario, pero no es eficaz cuando se trata de problemas organizacionales que afectan a estos profesionales, por lo que es igualmente importante potenciar la resiliencia organizacional (Card, 2018; Huey y Palaganas, 2020; Scammell, 2017).

Por otra parte, también afectan la baja formación profesional, los excesivos conocimientos teóricos, el escaso entrenamiento en actividades prácticas y la falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional. Además de los factores laborales (como es el caso de las condiciones deficitarias en cuanto al medio físico) también afectan el entorno humano, la organización laboral, los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo, y el escaso trabajo real de equipo (Saboro e Hidalgo, 2017)

Otro elemento importante como desencadenante del burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo, gran cantidad de horas extraordinarias y jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardiaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo (Saboro e Hidalgo, 2017). En la Figura 19 se resumen los principales factores etiológicos del burnout.

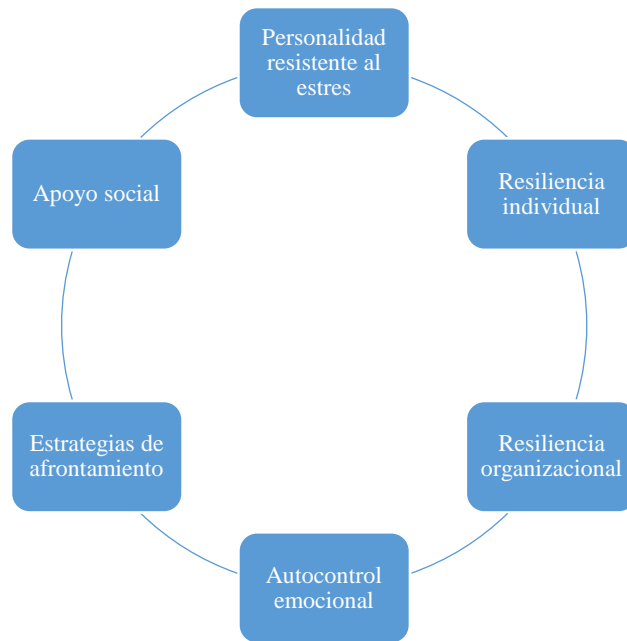
Figura 19. Factores etiológicos del burnout



En cuanto a los factores sociales, se puede distinguir la necesidad de ser un profesional de prestigio, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico. Además, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material.

El apoyo social puede ser por parte de la pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas (Japa, 2017) (véase Figura 20).

Figura 20. Factores protectores del burnout



El burnout es una respuesta psicológica a situaciones laborales estresantes en las que el trabajador no tiene suficientes mecanismos de respuesta y cuya fatiga mental enciende mecanismos secundarios psicológicos de defensa, como el cinismo o despersonalización. Entonces el síndrome se trata de respuestas de mala adaptación ante los problemas en el sitio de trabajo. Esto ocurre por algunos factores, entre ellos, la disfuncionalidad de la regulación de la red de estrés neuroendocrina, con particular atención en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal con cortisol. Los receptores de glucocorticoides son abundantes en la corteza prefrontal cerebral, así como en el sistema límbico, donde se procesan las respuestas al estrés. Ante un estrés crónico, la amígdala juega un papel importante, donde se produce un incremento glutaminérgico que causa un incremento en la actividad del eje se traduce en respuestas mal adaptativas. El eje esta interconectado con otras redes neuroendocrinas y son los encargados de la regulación de la cognición, las emociones, los estados de ánimo, el sueño y descanso y los recursos de energía mental, relacionado con el riesgo de burnout (Khammissa et al., 2022).

Siguiendo en esta misma línea, se conoce que una cifra importante de los pacientes diagnosticados con padecimientos de índole psicológico, no responden a tratamientos de primera línea convencionales como, por ejemplo, la psicoterapia y farmacoterapia. Esta resistencia ante el tratamiento trae consigo complicaciones y progreso a estados crónicos del padecimiento. Un motivo por el cual esto ocurre son las alteraciones en el sistema de respuesta al estrés, como el locus coeruleus central (principal fuente de noradrenalina del sistema nervioso central) y sistema nervioso simpático, así como el eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Estas alteraciones en el sistema simpático se evidencian por una mayor actividad de la enzima salival alfa-amilasa luego de levantarse y ritmo cardíaco atenuado luego de exposición a estrés psicosocial.

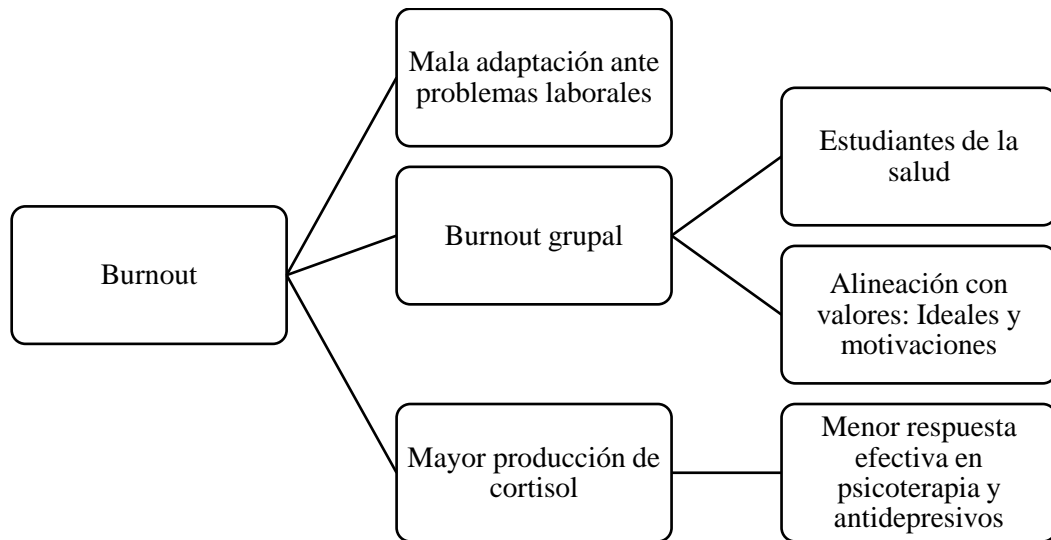
También, en algunos pacientes se ha determinado la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Adicionalmente, se sospecha los mayores efectores del sistema nervioso simpático, la catecolamina, noradrenalina y la adrenalina, tengan un peso en que tan bueno resulte el tratamiento. El cortisol también impacta en los resultados de tratamientos con psicoterapia y antidepresivos. Los altos niveles del mismo significan una peor respuesta al tratamiento, lo cual indica que mientras mayor sea la alteración del eje antes del tratamiento, mayor será la complicación para que el tratamiento sea efectivo (Pallich et al., 2022).

Adicionalmente, llama la atención el pensamiento que el burnout es un fenómeno grupal dadas las emociones y comportamientos que se transmiten colectivamente en el ambiente, especialmente en poblaciones de estudiantes de la salud. Quienes están aprendiendo destrezas laborales en ciencias de la salud, en sus prácticas pueden sentir temor intenso. Como medida de protección, se forman grupos y relaciones sociales fuertes. Para esto, se consideran seis dimensiones importantes:

carga laboral, comunidad, control, reconocimiento, justicia y valores. En relación con el burnout, se dice que hay mayor riesgo cuanto menos sea la coincidencia entre la ocupación y los seis aspectos. También los valores juegan un rol importante cuando se trata de burnout ya que engloban los ideales y las motivaciones que la persona tiene hacia su preferencia de carrera. Así es como estos valores pueden ser un foco de fortalecimiento como factor de protección contra el burnout. Pero, así mismo, en caso de que no exista una alineación entre los mismos, el riesgo de burnout es mayor. La actitud profesional, que incluye creencias y comportamientos, es un reflejo de que tan alineados los dos (valores y ocupación) están.

Cuando la actitud profesional es positiva, la persona tiene más facilidad de desarrollar habilidades como el pensamiento crítico, la comunicación efectiva, la toma de decisiones efectivas. Como consecuencia se experimenta menos estrés y menores problemas de la salud relacionados con el estrés y lleva a una alta autoeficacia, misma que esta negativamente relacionada con el burnout. Por el contrario, personas que demuestran una actitud profesional negativa tienen una alineación valores-ocupación no coincidente. Es en estos individuos en quienes la búsqueda del smartphone es constante y adictiva. Es usado a manera de escape y distracción como por ejemplo, chateo, compras en línea e inclusive juegos de apuestas. La adicción al celular puede llevar a problemas psicológicos, como lo es la depresión, la ansiedad y el neurotismo, que consecuentemente envuelve en emociones negativas y estrés que luego se tornan en burnout (Zhou et al., 2022) (véase Figura 21).

Figura 21. Burnout: tipos y respuesta psicofisiológica



2.8 La inteligencia emocional como factor protector del burnout

Por su parte, Salovey y Mayer (1990) indican que la inteligencia emocional es la capacidad de autocontrol de emociones para tomar las mejores decisiones basadas en pensamientos equilibrados, concepto que se describe desde los años 1920 (Vasconcelos y Martino, 2018).

Desde la década de los noventa se define a la inteligencia emocional como la habilidad de percibir, valorar y expresar las emociones de forma precisa; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando éstos contribuyen al pensamiento; la habilidad de entender la emoción y el saber emocional; y la habilidad de regular las emociones para fomentar el crecimiento emocional e intelectual (Vasconcelos y Martino, 2018). Tiene sus raíces en el concepto de inteligencia social identificado por primera vez por Thorndike en 1920, quien define la Inteligencia Emocional (IE) como una capacidad de poder actuar teniendo en cuenta a las personas con quienes interactuamos, así como nuestras propias emociones. Por su parte, Salovey y Mayer

(1990) indican que la inteligencia emocional es la capacidad de autocontrol de emociones para tomar las mejores decisiones basadas en pensamientos equilibrados.

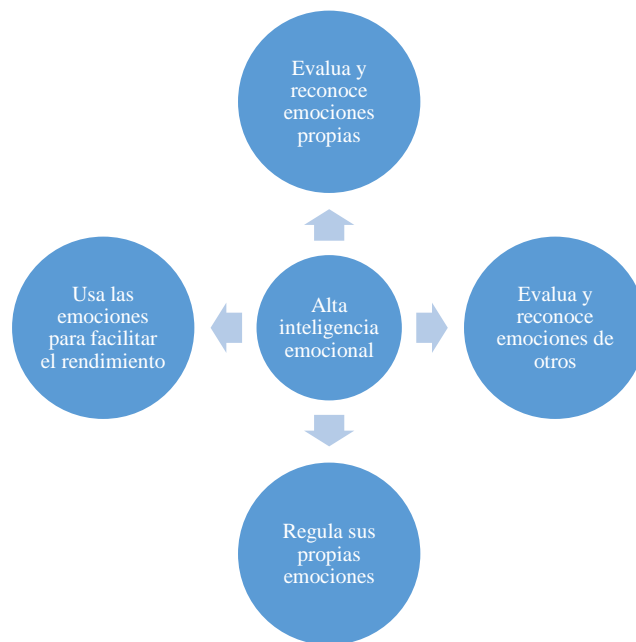
Se considera una persona inteligente emocionalmente cuando es capaz de: 1) evaluar las emociones en él mismo, lo que significa tener la capacidad para entender sus emociones profundas y ser capaz de expresarlas naturalmente; 2) evaluar y reconocer las emociones en otros, percibiendo y entendiendo las emociones de las personas que los rodean; 3) regular la emoción en sí mismo, una persona con alta capacidad de esta área tendría un mejor control de sus emociones y sería menos probable que pierda su temperamento; 4) usar la emoción para facilitar el rendimiento. (Paiva et al., 2017).

Cabe señalar que la inteligencia emocional se encuentra conformada por habilidades como la percepción emocional, la facilitación emocional, la comprensión emocional y la regulación emocional. La percepción emocional es la capacidad de percibir, identificar y expresar las emociones propias, así como las ajenas, mediante la expresión verbal y no verbal. También incluye la capacidad de discernir entre manifestaciones precisas o imprecisas y las expresiones sinceras de las deshonestas. Por su parte, la facilitación emocional del pensamiento consiste en la: unificación de las emociones con la cognición del individuo. Las emociones ayudan a focalizar en aquellos aspectos importantes que afectan cognitivamente e influyen en la toma de decisiones. Además, las emociones dominan sobre la perspectiva que se elige para la asimilación y el razonamiento de la información.

En cuanto a la comprensión emocional, se refiere al entendimiento de las emociones aplicando el razonamiento, a la capacidad de etiquetar las emociones y reconocer qué sentimiento provoca en el individuo con la finalidad de poder interpretarlas. Por último, la regulación emocional, es la habilidad más compleja de

la IE según Fernández Berrocal y Extremera Pacheco (2005). Fomenta los pensamientos como factor positivo a nivel de crecimiento intelectual, emocional y personal. La regulación emocional recoge la habilidad de coger perspectiva ante una emoción y permite el manejo de la misma, tanto en el ámbito intrapersonal como interpersonal. También reúne la capacidad de incrementar las emociones positivas, así como atenuar las emociones negativas (Paiva et al., 2017). En la Figura 22 se resumen las características asociadas a una elevada inteligencia emocional.

Figura 22. Características asociadas a una elevada inteligencia emocional.



Según Fernández (2019) la inteligencia emocional constituye habilidades emocionales que nos ayudan a crear un estado de ánimo voluntario con sentimientos que son positivos a nuestros propósitos a partir de las circunstancias que vivimos constantemente. La inteligencia emocional está compuesta por una serie de habilidades emocionales que se pueden definir como “*las capacidades y disposiciones para crear voluntariamente un estado de ánimo o sentimiento a partir de las ideas que tenemos sobre lo que ocurre*” (p.7). De ahí que sea necesario aprender a atribuir

significados emocionalmente deseables a los acontecimientos que tienen lugar en las relaciones que establecemos con los demás.

De este modo, conociendo qué pensamientos y comportamientos provocan nuestros estados de ánimo, podemos manejarlos mejor para solucionar los problemas que ellos generan. Hernández (2018) añade que “*de ahí que la inteligencia emocional sea la capacidad de solucionar problemas adaptándose a las circunstancias*” (pág. 13) Esto se relaciona con la capacidad de una persona para hacer uso de sus emociones, dirigiéndolas hacia actividades constructivas y el desempeño personal.

La inteligencia emocional se ha utilizado a modo de prevención del síndrome de burnout inclusive antes de la pandemia. Los resultados arrojados permiten entender que el riesgo de burnout no solo ocurre por características del sitio de trabajo, como la sobrecarga laboral o los horarios, sino que también influyen características propias de la persona. Es por esto que médicos de Irlanda, por ejemplo, puntúan más alto en el burnout que los médicos de Estados Unidos, a pesar que las condiciones de trabajo son similares. La inteligencia emocional pretende dar herramientas de afrontamiento, sin embargo, según el estudio de Yaqoop y Zulfiqar (2022), indica que, aunque el burnout es más prevalente en los médicos que llevan cierto tiempo en su puesto de trabajo que los médicos nuevos, igualmente tienen un riesgo sustancial a pesar de demostrar mayor facilidad para el manejo de sus emociones.

2.8.1 Evidencias del papel protector de la inteligencia emocional ante el estrés laboral

En los últimos años se ha generado una mayor atención sobre la importancia del uso adecuado de las emociones para afrontar el estrés y el agotamiento, dado que las habilidades emocionales influyen en los procesos de salud mental, física,

relaciones interpersonales, rendimiento laboral y académico. Los profesionales sanitarios con una mayor capacidad para identificar las habilidades emocionales, tendrán más recursos para preparar al personal emocionalmente más competentes y afrontar mejor los eventos estresantes que pueden surgir con frecuencia en los diferentes contextos de la vida (Cuchumbe y Castilla, 2018).

Mayer y Salovey (citado por Toledo y Salvador, 2014) mencionan que la utilización de pruebas de ejecución de la IE ha pasado en pocos años de convertirse en algo anecdótico, a ser el método de evaluación más sólido, fiable y con mayor validez de constructo, al menos cuando la IE es entendida como un conjunto de habilidades de procesamiento emocional compuesto por la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de los demás. Esta destreza individual permite comprender mejor por qué algunos profesionales sanitarios son más susceptibles a las consecuencias negativas del estrés que otros (Rodríguez, 2018).

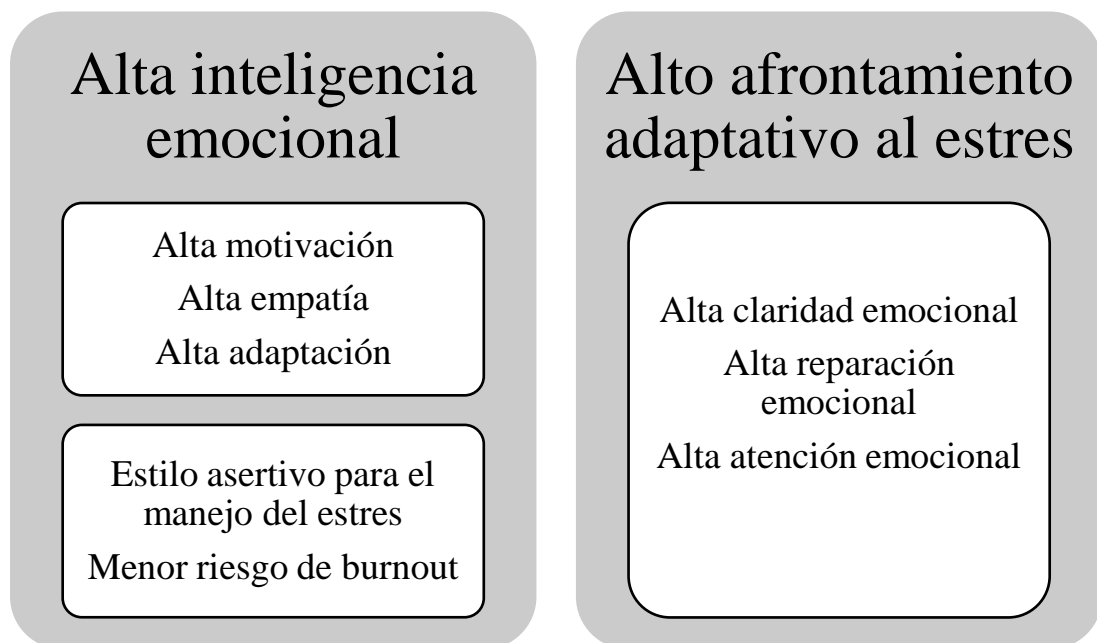
Las personas emocionalmente inteligentes saben atender a las emociones originadas en su entorno; comprenden las consecuencias de las emociones y por consiguiente desarrollan estrategias para regular los estados emocionales. Algunos estudios han apuntado que la inteligencia emocional facilita una mayor percepción de autoeficacia y un mejor afrontamiento a las dificultades del contexto laboral (Nightingale et al., 2018; Sommaruga et al., 2017). Las investigaciones centradas en la inteligencia emocional señalan que la inteligencia emocional reduciría los niveles del síndrome de burnout; teniendo en cuenta que las emociones positivas pueden mejorar su bienestar, en cambio las emociones negativas deterioran su salud mental y física (Illatua, 2020).

En un estudio realizado en Dubai por Fteiha y Awwad, (2020) se pudo comprobar que, de acuerdo con la Teoría de Inteligencia Emocional de Daniel

Goleman, cuanto mayor era la puntuación en IE de los participantes, mejor era la adaptación, la empatía y la motivación para cumplir metas propuestas, así como la capacidad para el manejo del estrés con estilos asertivos.

El fortalecimiento de la inteligencia emocional se puede utilizar para prevenir el síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Por ejemplo, Gleason et al., (2020), tras realizar un estudio durante cinco años en Alabama (Estados Unidos) encontraron una asociación negativa entre el síndrome de burnout y la Inteligencia Emocional (véase Figura 23).

Figura 23. Relación entre inteligencia emocional y afrontamiento



La inteligencia emocional está implicada en la capacidad de percibir y asimilar las emociones, evaluarlas y gestionar con ellas. Esta noción de IE es operativizada como la capacidad humana de conocer las propias emociones (descripción, expresión, regulación y la canalización de las emociones), así como la sensibilización ante las emociones y la eficacia del manejo de las emociones para las relaciones interpersonales. Dependiendo de alta claridad emocional, la alta reparación emocional y la alta atención emocional de la persona, la inteligencia emocional contribuye a la

salud emocional al promover el afrontamiento adaptativo frente al estrés cotidiano. La despersonalización es la dimensión o variable que se relaciona con los valores más altos en los niveles medios y altos de burnout. Se ha determinado efectos positivos de las habilidades sociales y algunas dimensiones del autoconcepto sobre estrategias productivas de afrontamiento, y también, efectos negativos de las habilidades sociales y el autoconcepto sobre estrategias improductivas de afrontamiento. Asimismo, se ha constatado que existen relaciones recíprocas indirectas o negativas entre los componentes claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés y correlaciones positivas entre el componente de atención y depresión (Illatua, 2020).

De la revisión de estos estudios podemos advertir varios problemas de salud mental que enfrentan los profesionales de la salud durante esta pandemia. En general, podemos mencionar que las profesionales, las enfermeras y quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud mental. Si se desea contener adecuadamente la pandemia, se debe propiciar el cuidado de la salud mental del personal sanitario (Miranda y Murguía, 2021).

La inteligencia emocional juega un rol muy importante cuando se trata de integrar medidas que puedan aliviar el proceso de burnout, por ejemplo, el utilizar el mindfulness como recurso para aminorar las consecuencias de un ambiente laboral menos óptimo. Se ha analizado el efecto de mediación que tiene para el trabajador la inteligencia emocional, siendo así asociado para la relación mindfulness con cansancio emocional y mindfulness con despersonalización (Xie et al., 2021).

En un estudio realizado con neurocirujanos que presentan burnout, se analizan factores que puedan ser protectores. Hay factores que pueden corregirse para crear un mayor equilibrio entre la vida laboral y personal, como por ejemplo el tener el número

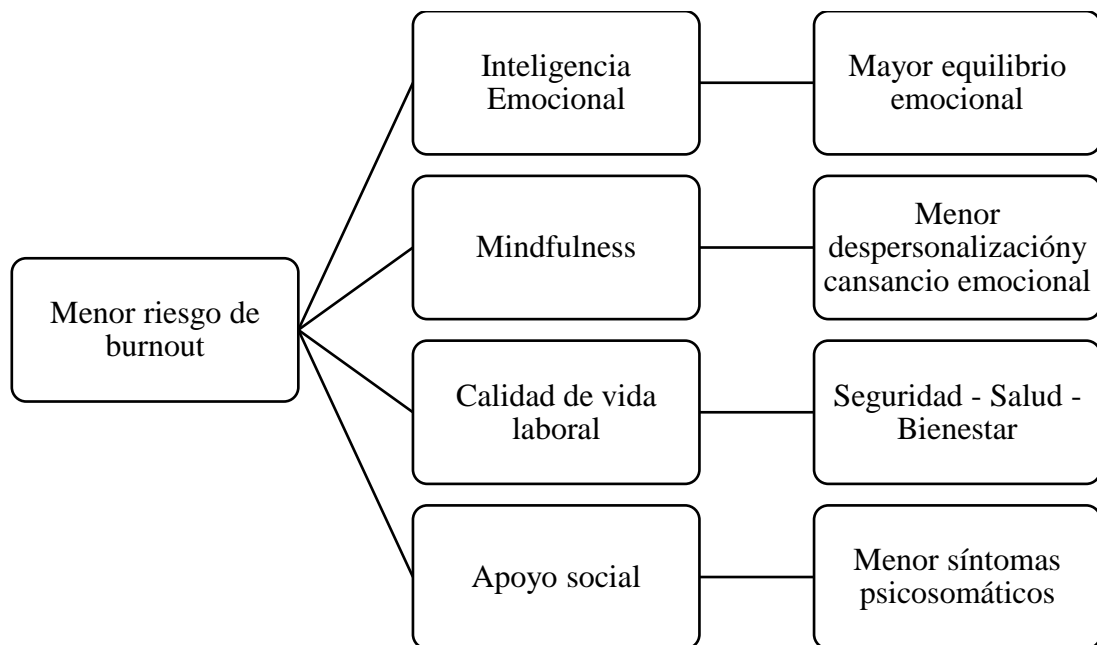
de personal adecuado en el lugar de trabajo, tiempo suficiente para labores administrativas, apoyo del supervisor directo, tiempo suficiente para continuar los estudios y capacitaciones médicas, tener la habilidad para separar las cosas del trabajo de las cosas personales, así como la habilidad para poder avanzar en la carrera. La inteligencia emocional está relacionada negativamente con el burnout y empodera a las personas para poder hallar este equilibrio (Richards et al., 2021).

Las condiciones laborales pueden influir en el estado de salud, por ello es importante conocer cómo podemos mejorar la calidad de la vida laboral que implica que el empleado tenga seguridad, salud y bienestar. Los factores psicosociales son las condiciones presentes en el ambiente laboral que funcionarán ya sea para favorecer o para ser un obstáculo en la calidad de vida laboral, lo último supondría un factor riesgo agregado para la salud. El Instituto Nacional para la Salud e Higiene en el Trabajo ha demostrado que estos riesgos son la causa principal de accidentes laborales y enfermedades y entre estos riesgos psicosociales están el estrés, el síndrome de burnout y la violencia en el trabajo. El burnout ha sido conceptualizado en dos perspectivas, la clínica, orientada en el diagnóstico y conocimiento de lo que le ocurre al individuo y el efecto del estrés y la otra perspectiva de naturaleza psicosocial que trata de explicar mediante la interacción de las características propias de la persona y su relación con el ambiente. Por ello es importante la inteligencia emocional como fuente protectora contra el burnout ya que se centra en recibir, asimilar, entender y regular las emociones propias con las de los demás. Una alta inteligencia emocional puede favorecer el reparar y manejar emociones que surgen a partir de situaciones laborales y estas personas tienden a sentirse más satisfechas en su trabajo. Se ha demostrado que el apoyo social, la inteligencia emocional y la satisfacción en el trabajo están negativamente relacionadas con el síndrome de burnout, pudiendo así

predecirlo. También existe una relación positiva entre los síntomas psicossomáticos y el conflicto de trabajo-familia (Guerrero-Barona et al., 2020).

Se ha encontrado evidencia de la relación de los dominios de la inteligencia emocional con el estrés y el burnout. Existe una correlación negativa moderada entre la empatía y la evaluación emocional, una correlación positiva moderada entre la realización personal y la autoconciencia, empatía, motivación, auto competencia, confianza en sí mismo y las altas puntuaciones de inteligencia emocional. El poder del auto control puede utilizarse para predecir el estrés personal. Así, para el estrés clínico, los predictores serían la empatía y la auto competencia. Los predictores para el cansancio emocional son los dominios de empatía y autoconciencia bajos. Y la empatía es el predictor para la realización personal (Partido y Owen, 2020). En la Figura 24 se presentan los factores protectores ante el burnout.

Figura 24. Herramientas de protección contra el burnout



Los rasgos de la inteligencia emocional se han descrito como autoeficacia y la predisposición que las personas poseen para manejar sus emociones, entendiendo el impacto de estas en su relación con los otros. Poder adecuar sus emociones ante

situaciones estresantes y de esta manera hacer frente a los cambios y problemas. Para lograr esto es necesario conocerse bien a uno mismo, tener la experiencia aprendida de situaciones similares pasadas y poder interpretar como los otros perciben estos momentos. Estos rasgos no solo se forjan en la niñez o tienen un componente genético, sino que también se van adquiriendo con el tiempo. Las personas con baja inteligencia emocional tienden a hacer frente a las dificultades con mecanismos poco eficientes. Estos bajos niveles de inteligencia emocional están asociados con ansiedad, furia y malos comportamientos, por el contrario, el tener una alta inteligencia emocional está relacionada con menor depresión y mejor manejo de las situaciones difíciles, demostrando una actitud positiva y resiliencia. Se ha encontrado una relación entre el burnout y los problemas emocionales. También la asociación es negativa entre la resiliencia y la ansiedad y el burnout, así como positiva con los rasgos de inteligencia emocional. Así esta última es un predictor de la ansiedad que ejerce un efecto indirecto en el burnout (Fiorilli et al., 2020) (véase resumen en Figura 25).

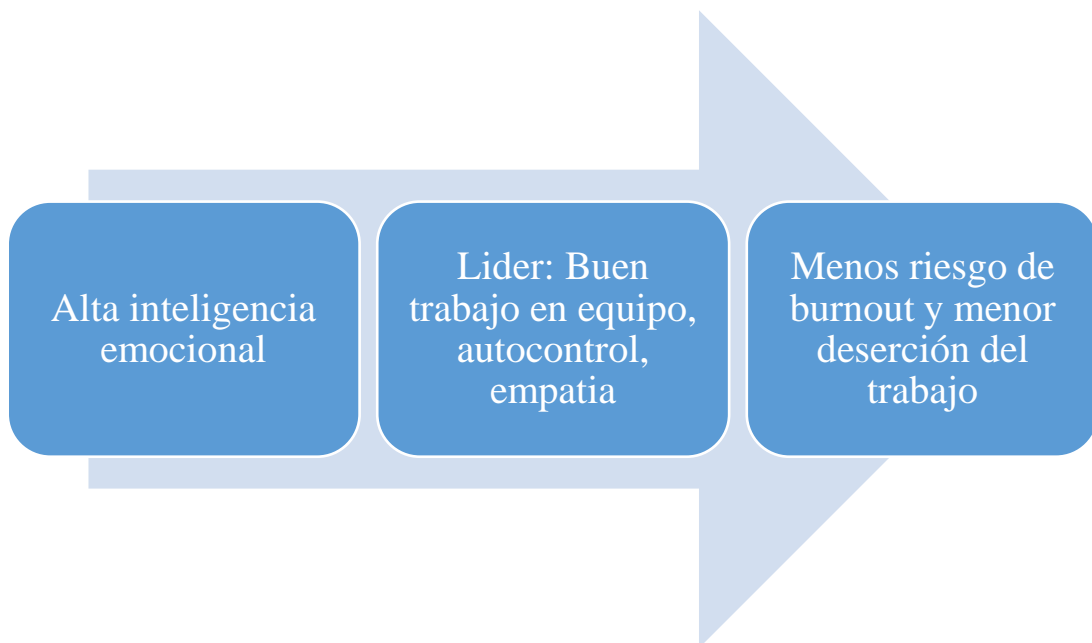
Figura 25. Signos de baja inteligencia emocional



Existe una relación positiva entre la inteligencia emocional y la realización personal. Cuando el empleador ha puesto especial atención en lograr que los trabajadores sientan que tienen oportunidades de crecer, esto supone un factor protector donde el riesgo para el síndrome de burnout baja (Beierle et al., 2019).

Las personas con alta inteligencia emocional tienden a destacar en puestos de gerencia y mando. Entre las características de estos líderes destaca el trabajo en equipo, autocontrol, liderazgo y empatía. Todo esto repercute positivamente en la toma de decisiones y en el afrontamiento de los problemas. La colocación de este tipo de personas en estas posiciones no solo afecta al empleador sino también demuestra cómo ellos impactan positivamente en sus subordinados logrando disminuir el riesgo de burnout. Desde el punto de vista del empresario, el contratar a personas con alta inteligencia emocional debería ser lo ideal. Los niveles altos de burnout entre los líderes están asociados a la baja inteligencia emocional y al aumento en la deserción del puesto (Khesroh et al., 2022) (véase Figura 26).

Figura 26. Asociación entre inteligencia emocional, liderazgo y burnout



La inteligencia emocional se ha asociado con el mindfulness, que se trata de la auto regulación de la atención (que es mantenerse constante y enfocado en el actual momento) y la orientación a la experiencia (que son actitudes hacia lo que se está experimentando, como, por ejemplo, aceptación, curiosidad y apertura). Esta práctica ayuda a la persona al enfoque de conciencia de vivencias, tanto de una manera interna como externa con el propósito de poder evaluar situaciones sin que la subjetividad proponga poner etiquetas. Para poder lograr esto, debe de fomentarse la inteligencia emocional, lo cual se realiza como intervención para aminorar el riesgo de burnout, depresión y ansiedad. El modelo de regulación emocional mindfulness indica que los individuos conscientemente deben identificar y seleccionar pensamientos, sentimientos y emociones. Sin embargo, no se trata de eliminar los que son negativos, sino más bien, regularlas. Por esto la inteligencia emocional juega un rol protagónico entre el mindfulness y el burnout. Lo que se pretende es que las personas desarrollen un alto nivel de inteligencia emocional al punto de ser inmunes al estrés o poco vulnerables.

El componente del no juicio o no crítica a lo que sentimos del mindfulness colabora con la inteligencia emocional para el manejo de las emociones. De la misma forma, se encuentra una asociación positiva entre la inteligencia emocional y el mindfulness. En el modelo mindfulness para hacer frente a situaciones, se encuentran diversos estilos que pueden clasificarse en positivos para hacer frente a situaciones difíciles, como, por ejemplo, búsqueda de ayuda, lucha por el cambio, resolución de problemas; y también están los estilos negativos para hacer frente a condiciones desfavorables, como, por ejemplo, evitar o huir de los problemas, negligencia y ventilación de situaciones privadas. Así es como las personas con alta inteligencia emocional y alto mindfulness tienden a utilizar el modelo positivo para hacer frente.

El mindfulness está relacionado con la activación de partes específicas del cerebro que procesan las emociones, lo cual da bases para saber por qué las personas que lo practican tienen mayor inteligencia emocional. Existe una asociación negativa entre los estilos de afrontamiento positivos y el síndrome de burnout (Wang et al., 2022).

Según un metaanálisis realizado por Wang y Wang (2022), la inteligencia emocional y la autoeficacia están positivamente relacionadas la una con la otra y negativamente correlacionada con el burnout. En una población de docentes se indica que el estrés y las enfermedades mentales son alarmantes. Entre los síntomas psicológicos están la frustración, ansiedad, depresión y burnout. La inteligencia emocional, clasificada como de rasgo, por ejemplo la capacidad de autocontrol, y de habilidad, como por ejemplo, la capacidad de identificar como se siente otra persona basada en observar expresiones, juega un rol protagonista para la prevención del burnout. La autoeficacia es el juicio que tiene cada persona para realizar y organizar acciones y tareas propuestas. Es multidimensional y relacionada con persistencia, entusiasmo y compromiso. En el caso del grupo de docentes, las exigencias diarias les ponen en mayor riesgo de burnout; los que indicaban características intrínsecas de sentirse emocionalmente agotados, desconectados y poco calificados para el trabajo puntúan más bajo en la autoeficacia.

2.9 Intervenciones para el manejo del burnout

Es importante el manejo del síndrome de burnout para evitar las repercusiones negativas que puede tener sobre los trabajadores. Las intervenciones pueden ser psicológicas, sociales y farmacológicas, como veremos seguidamente.

2.9.1 Intervenciones sobre el trabajador: Tratamiento psicológico

El síndrome de burnout cuando es leve puede abordarse con cambios en los hábitos de vida. Basándose principalmente en el manejo del estrés, Bedoya y Romaña (2018), señalan diversas estrategias de intervención:

1. Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales.
2. Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del burnout.
3. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad, fortalecer las redes de apoyo social y disminuir y/o eliminar los estresores organizacionales.

Además, también es necesario actuar a diferentes niveles de intervención, individual, interpersonal y organizacional. El tratamiento no farmacológico incluye principalmente psicoterapia con empleo de técnicas de relajación, incremento de autoestima y manejo de estrés. Reorganización y cambio del ambiente laboral, tiempo y estructura laboral (Bedoya y Romaña, 2018).

Según De la Gándara (1996), las personas estresadas tienden a consumir drogas para sedarse (alcohol) o para solucionar el agotamiento (cafeína), además de variados remedios caseros (tisanas), placebos de diversa índole (reconstituyentes) y soluciones «naturistas», «homeópatas» o «curanderiles» poco o nada validadas.

La identificación temprana de síntomas depresivos en el trabajador ayudará a la prevención de episodios de depresión mayor. Por tanto, la actuación estará dirigida a identificar deterioro funcional relacionado con síntomas depresivos antes de la aparición de dicho episodio. Se deberá identificar a las personas que hayan disminuido su actividad laboral, o en las que exista disminución en los objetivos esperados, que tengan pobre calidad de trabajo, accidentes o inseguridad conductual (Duggal, 2019).

Para evaluar la actuación de los trabajadores, los supervisores deberán incrementar su sensibilidad en el tema de la salud mental, para de este modo identificar cambios. Si dicho seguimiento revela que hay un problema en curso, el supervisor deberá canalizar al trabajador a los servicios de salud ocupacional. Del mismo modo, es importante realizar pruebas de tamizaje para identificar casos de alto riesgo, aplicadas por personal de la salud, consejeros o consultores de rehabilitación vocacional; sin embargo, la aplicación de pruebas solo deberá efectuarse si es parte de un programa que facilite el acceso a los servicios de salud necesarios (Duggal, 2019).

Cuando la situación es más severa, tratamientos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, y que han sido reportados como tratamientos eficaces, ya sea aplicados en forma separada o en combinación con el tratamiento farmacológico. Una de las teorías y tratamientos con mayor eficacia es la teoría cognitiva y la terapia cognitiva conductual de Beck. Los resultados de diversos estudios indican que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz, y que, además, puede tener un efecto profiláctico en la reducción de las recaídas y en la recurrencia de episodios depresivos. Estos estudios sugieren que la terapia cognitiva conductual sola, o en combinación con la farmacoterapia, es eficaz para el tratamiento agudo de la depresión (Pérez y Cervantes, 2017).

Las intervenciones conductuales típicas, la reestructuración cognitiva y las intervenciones utilizadas en la terapia cognitiva se han asociado con resultados clínicos eficaces como los de cualquier otro tratamiento para la depresión mayor y con efectos potenciales a largo plazo más fuertes que la farmacoterapia. Además, dada la preocupación acerca de los efectos secundarios de algunos medicamentos antidepresivos, se recomienda el uso de la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión. Sin embargo, a pesar de su eficacia general, no todos los pacientes

deprimidos (30%) responden a la terapia cognitiva. Por lo que el tratamiento con la terapia cognitiva sugiere que hay mucho que aprender sobre el fracaso del tratamiento y las recaídas en episodios depresivos (Pérez y Cervantes, 2017).

Las intervenciones psicológicas dependen, en parte de la predisposición del empleado para querer participar, y de si es obligado a participar por parte del empleador. Una de estas intervenciones es la técnica el mindfulness, descrita ya desde los años 1970, para referirse a la capacidad de estar consciente del aquí y del ahora sin juzgar. Inicialmente era ofrecida a pacientes con problemas crónicos, como por ejemplo dolores, psoriasis y ansiedad. Luego, se identificó que también tenía beneficios para la reducción del estrés, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de burnout. El mindfulness basado en reducción de estrés es un enfoque sistemático de clases dictadas regularmente por un instructor certificado. El entrenamiento mindfulness, implica una serie de intervenciones basadas en mejorar la concentración, conciencia y regulación emocional mediante la meditación, el lenguaje, los movimientos y la compasión por uno mismo. También puede diferenciarse la intervención de mindfulness utilizando la aplicación de un teléfono.

Otras intervenciones psicológicas utilizadas son las discusiones grupales, en las que se utilizan elementos de mindfulness y experiencias compartidas dentro de un marco profesional. Adicionalmente, también está el manejo de estrés y entrenamiento de resiliencia, que utiliza la conciencia propia intencional y la atención en las cosas externas del mundo sin juzgar. Se ha podido evidenciar que al realizar alguna de estas intervenciones en el personal sanitario, al menos una de las subescalas del síndrome de burnout mejora provocando un impacto positivo en la empatía y el bienestar (Tement et al., 2021).

Otras intervenciones novedosas realizadas son las técnicas de liberación emocional. Se trata de estimular diferentes puntos en el cuerpo con electrodos, a manera de acupuntura, para crear un estado de relajación cuerpo, mente y emociones, que se ha mostrado eficaz en la reducción de los niveles de estrés, ansiedad y burnout durante la pandemia del COVID-19, en personal de atención directa (Dincer e Inangil, 2021).

Desde antes de la pandemia se vienen explorando otras intervenciones como la utilización de aplicaciones móviles que en conjunto con un seguimiento e intervenciones en persona, crean un escenario propicio para los trabajadores que no cuentan con mucha flexibilidad en sus horarios. Así es como en un estudio realizado por Pospos et al. (2018) se exploraron las posibles aplicaciones y recursos móviles para este tipo de intervenciones y se describen las siguientes:

- Relajación: Dartmouth, ejercicios guiados cortos.
- Respiración,
 - Breath 2 Relax: una aplicación ampliamente utilizada que incluye varias guías, videos y tutoriales de respiración.
 - Tactical Breather: un temporizador para respirar lentamente.
- Mindfulness y meditación,
 - UCSD: incluye audios con meditaciones guiadas enfocadas en mindfulness, que reducen el burnout y mejoran el bienestar mental.
 - Headspace: audios cortos de diez minutos de temas variados para reducir el riesgo de depresión y mejorar las tensiones laborales.
- Terapia cognitiva conductual,
 - MoodGYM: ejercicios y lecciones que ayudan a controlar los pensamientos, estados de ánimo y ayudan a sobrellevar problemas.

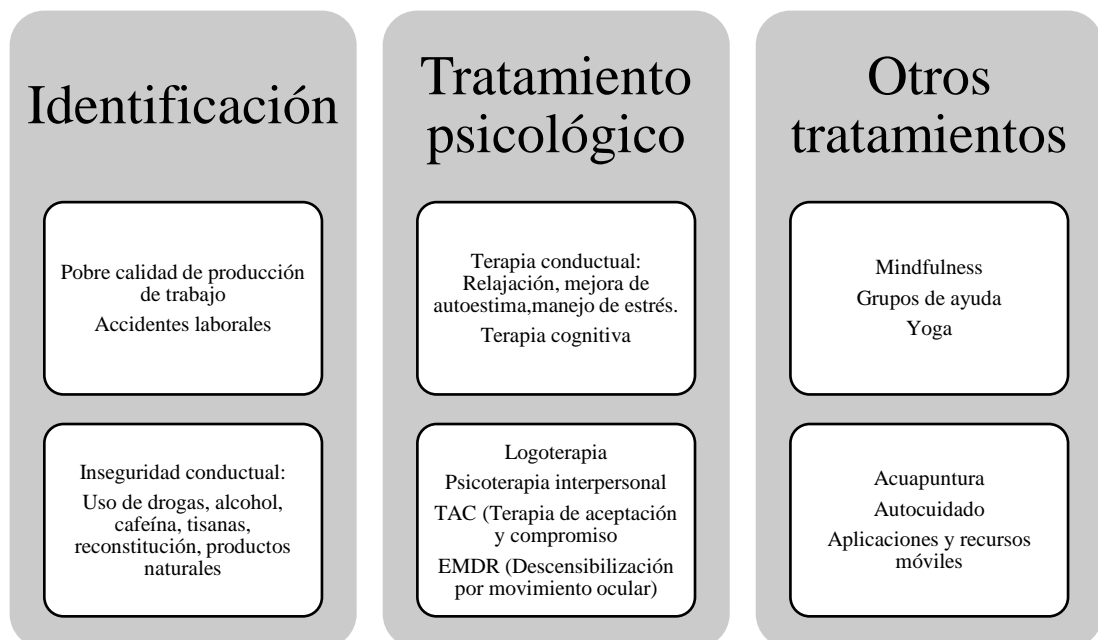
- BluePages: páginas informativas visuales que ayudan para el estado de ánimo y estigmas.

- E-coach: un programa con ayudas visuales, lecciones y tareas que ayudan a lidiar con depresión, ansiedad, burnout, duelo y separaciones.

- Para la prevención del suicidio están Virtual Hope Box y Stay Alive que contienen información, y la primera, ejercicios para controlar pensamientos y emociones negativas.

En una revisión sistemática realizada sobre el uso de estas aplicaciones en trabajadores con riesgo de burnout, se pudo evidenciar que dichas aplicaciones reducen el riesgo de burnout y mejoran el bienestar mental, en particular Headspace y UCSD (Pospos et al., 2018). En la Figura 27 se resumen los tratamientos psicológicos para el burnout.

Figura 27. Tratamientos psicológicos para el burnout



Otras intervenciones psicológicas para tratar de combatir el síndrome de burnout son las prácticas de autocuidado. Se evidencia que las personas con baja

autoestima tienden a sentirse culpables cuando realizan actividades para su propio beneficio y por este motivo tienen mayor riesgo de burnout. Entre algunas de las actividades de autocuidado que ayudan a prevenir el burnout están hacer caminatas cortas y pausadas durante el tiempo de trabajo, disfrutar de una conversación agradable con algún amigo, ver un programa de televisión o película que interese, llevar un diario donde indique los sentimientos que se perciben durante el día para ayudar a localizar fuentes de estrés, realizar una meditación guiada, realizar actividades artísticas como pintar un cuadro, tomar una bebida saludable caliente, tratar de conectarse con seres queridos o tener pensamientos positivos guiados. Es esencial identificar y entender el tipo de estrategia que es adecuada para cada trabajador.

Wei et al., (2020) en su trabajo con un grupo de médicos señalan que las estrategias más utilizadas para combatir el burnout y promover el bienestar físico y psicológico son: encontrar sentido al trabajo, cargarse de energía, fortalecer las conexiones interpersonales, desarrollar una actitud positiva, realizar una higiene emocional y reconocer las contribuciones propias al trabajo realizado.

En cuanto a intervenciones por medio de la terapia cognitivo conductual, terapia cognitiva basada en el mindfulness y el yoga tradicional pueden ser usados tanto como tratamiento preventivo para mejorar la calidad de vida en los dominios relacionados con el burnout en los trabajadores que piden tiempo de descanso por enfermedad por el síndrome de burnout, reduciendo así el riesgo de mortalidad. Las personas con burnout tienen una baja calidad de vida especialmente en lo emocional. Para la rehabilitación del burnout, la terapia cognitiva conductual grupal o individual, se centra en intentar que los participantes cambien sus formas de pensar mediante aprender a reconocer las distorsiones que crean los pensamientos que causan los problemas, reevaluarlos y ponerlos a tono con la realidad; lograr un entendimiento de

la motivación para los actos de otros; utilizar herramientas para resolver inconvenientes y aprender a tener mayor confianza en sí mismo. Otra estrategia de esta intervención es tratar de cambiar la manera de actuar mediante el afrontamiento de los miedos en vez de huir de ellos para lo que puede utilizarse la técnica del juego de roles con el objetivo de conocer cómo actuar en caso de dificultades durante la interacción con otros y aprender a estar relajado tanto en lo físico como en lo emocional. En cuanto a la terapia cognitiva basada en mindfulness, pretende ayudar al paciente a aceptar asertivamente sus pensamientos y emociones e intencionalmente adaptarlos para estar más abierto y receptivo. Por último, el yoga tradicional consiste en una serie de respiraciones controladas en diferentes posiciones corporales para encontrar calma y reducir el estrés. La puesta en marcha de estas prácticas ha conseguido reducir el burnout (Grensman et al., 2018).

Adicionalmente, la intervención psicológica denominada terapia de aceptación y compromiso (TAC), parece ser más efectiva en personas con elevada inteligencia emocional. La TAC se trata de una psicoterapia que utiliza la aceptación a que surjan sensaciones reprimidas como estrategia y estrategias de mindfulness para ayudar a los individuos a fortalecer su inteligencia emocional y controlar el estrés y la ansiedad. Se centra en la aceptación de los pensamientos y emociones propias, ayuda a escoger la dirección más apropiada y llevarla a cabo. Esta terapia ha tenido buenos resultados en grupos de trabajadores de la salud que atienden a pacientes con demencia, reduciendo el burnout y mejorando los sentimientos de ansiedad (Montaner et al., 2021).

El EMDR (desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular) también ha sido utilizado en pacientes que presentan el síndrome de burnout. Diseñado en los años 1980, se basa en la hipótesis de que los eventos traumáticos no

son bien procesados por el cerebro y estos recuerdos interfieren con el funcionamiento normal del organismo trayendo nuevamente reacciones de estrés. Se trata de utilizar movimientos oculares al recordar eventos desagradables. Mientras el paciente recuerda lo sucedido, se le hace observar un objeto en movimiento de modo que el cerebro pueda procesar esa memoria sin mostrar una reacción estresante. Algunos estudios han mostrado la eficacia de esta técnica, en combinación con otras, para reducir el burnout (Aziraj-Smajić y de la Fosse, 2021).

Otra estrategia utilizada como tratamiento para el burnout es la logoterapia. Desde este punto de vista, el burnout se origina a partir de la pérdida del sentido existencial, el cual es fundamental para la salud mental. El creador de esta terapia, Viktor Frankl formula el concepto del vacío existencial como la pérdida de interés, iniciativa y proactividad que trae consigo sentimientos de profundo sinsentido. En el burnout esto se traduce en la pérdida de interés por cansancio emocional y estrés por los trabajos que no se pueden atender y también en la falta de iniciativa que es la falta de motivación, apatía, falta de valores y desamparo. De las tres dimensiones de la existencia humana que indica la teoría de la logoterapia (esfera física, esfera mental y esfera noética que se refiere a la naturaleza de la conciencia), el burnout se puede manifestar en cualquiera de ellas. Entonces, con respecto a la esfera física podemos encontrar: debilidad, problemas de sueño, predisposición para enfermar, sistema inmune debilitado, enfermedades cardíacas y musculares. Las manifestaciones de la esfera mental son: cansancio emocional, indiferencia, apatía, irritabilidad, tristeza, pérdida de alegría, pérdida de optimismo. Por último, en la esfera noética encontramos la pérdida de respeto para el mundo y uno mismo, baja autoestima, salir de las relaciones y contacto con el mundo exterior, pérdida de orientación espiritual y dudas acerca del valor de la vida. Así es como el síndrome se puede entender mejor como

la falta sentido de algo importante en la vida. Bajo este concepto tenemos que cuerpo, mente y espíritu se complementan. Sin embargo, la esfera noética toma posturas para y contra el cuerpo y la mente. Es así como el tratamiento se enfoca en la independencia que tiene esta dimensión para darle a la persona la libertad de decidir y actuar en el mundo. Llama a la persona que sufre de burnout a observarse objetivamente y a la distancia sin pensar en lo físico ni mental. Así también anima a la persona a desarrollar actividades que le llenen. Esta práctica de las capacidades del auto distanciamiento y autotranscendencia son esenciales para la recuperación del burnout (Riethof y Bob, 2019).

2.9.2 Intervenciones organizacionales: el manejo social del burnout

Las relaciones laborales afectan al desarrollo laboral de las personas por lo que tanto los compañeros de trabajo como los superiores, juegan un papel muy importante de ayuda o apoyo al profesional afectado de burnout. La buena relación con los superiores y recibir de ellos soporte y reconocimiento reduce los efectos del síndrome o reduce el riesgo de su aparición. Ellos pueden sensibilizar al personal sobre los riesgos del agotamiento profesional, indicando los factores problemáticos y poniéndose en guardia ante las señales que indiquen su aparición (comentarios cínicos sobre los usuarios, irritabilidad, absentismo, etc.). Si los superiores hablan de sus propias experiencias personales o de las de personas que conocen, contribuye a impedir que el profesional neófito interprete erróneamente sus reacciones como signo de debilidad o de incapacidad. Por otra parte, los jefes pueden dar un refuerzo positivo muy significativo al personal subrayando los aspectos positivos y no solo los negativos (Serrano, 2018).

Es recomendable que el personal busque ayuda de sus propios compañeros. Muchas veces, dialogar con ellos permitirá observar que tienen problemas similares, y que quizás los han magnificado en exceso. Así mismo, los compañeros darán los ánimos y apoyo necesarios, pues con frecuencia son los únicos que reconocen el trabajo bien hecho. Es una buena costumbre felicitar o reconocer a un compañero cuando hace algo bien y sobre todo institucionalizar reuniones, habiendo conseguido formación previa en recursos eficaces, para generar una autoayuda efectiva en los equipos o servicios. Estos conocimientos y rutinas deberían formar parte del cuerpo de conocimientos profesional de un médico de cualquier especialidad (González, 2004).

Por otro lado, y en lo que respecta a la gestión institucional, es muy importante que la administración sanitaria clarifique los derechos y los deberes de los usuarios del sistema y priorice los servicios que quiere dar tomando las medidas estructurales necesarias. También es clave proveer los recursos necesarios para que los profesionales puedan realizar su trabajo en una situación cómoda y adecuadamente reconocida. Deben desarrollarse instrumentos adecuados de gestión que estimulen a los profesionales y coordinen a los distintos niveles asistenciales. Luchar por esto de forma organizada y firme no tendría que ser solo una cuestión sindical, sino una prioridad de todo el colectivo sanitario (González, 2004).

Algunas sugerencias para llevar a cabo actuaciones a nivel organizacional para la prevención del síndrome de burnout son las siguientes (Chamba, 2020):

- Proteger al personal del estrés crónico para que pueda cumplir con sus responsabilidades.
- Garantizar la información de buena calidad y actualizada a todo el personal.

- Planificar que los trabajadores alternen funciones de alto estrés con otras de menor estrés.
- Fomentar el compañerismo para brindar apoyo, gestionar el estrés y reforzar procedimientos seguros.
- Asegurar que el personal trabaje en equipo o en parejas.
- Incentivar y monitorizar los descansos en el trabajo.
- Implementar horarios flexibles.
- Facilitar y garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
- Orientar en cómo ofrecer soporte emocional básico a las personas afectadas.
- Validar que “sentirse estresado es una experiencia por la que seguramente pasarán tanto usted como sus compañeros”.
- Aceptar que “el estrés y los sentimientos asociados no reflejan en absoluto que no sea capaz de hacer su trabajo o que sea débil”.
- Manejar el estrés y el bienestar psicosocial durante este tiempo es tan importante como cuidar la salud física.
- Cuidar las necesidades básicas y emplear estrategias de afrontamiento útiles.
- Asegurar tiempo para descansar y tomarse un respiro durante el trabajo o entre turnos.
- Ingerir suficientes alimentos saludables, realizar actividad física y mantener contacto con familiares y amistades.
- Evitar usar estrategias de afrontamiento poco útiles como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Aceptar que algunos trabajadores pueden experimentar que su familia o su entorno les evita debido al estigma o al miedo.

- Emplear el uso de métodos digitales como forma de mantener contacto con sus seres queridos.
- Dirigirse a sus compañeros, a su jefe u otras personas de confianza para encontrar apoyo: sus compañeros pueden estar teniendo experiencias similares a las suyas (Chamba, 2020).

Las enfermedades mentales ocupan gran parte del tiempo de vida a las personas que las padecen, un 34% de los años de vida. Esto afecta directamente a los sitios de trabajo que en su mayoría desconocen que sus trabajadores puedan estar pasando por burnout, depresión, ansiedad, etc. y genera pérdidas económicas. A pesar de los avances en las intervenciones para combatir estos problemas, se estima que solamente el 7% de aquellos son realizados en el contexto laboral. Por esto es importante buscar estrategias para mitigar las secuelas de dichos problemas por parte del empleador, pues la implicación de los responsables de las compañías y su apoyo es esencial para el éxito de las intervenciones. Es importante tener cuenta a todos los empleados y la compañía debe invertir para que todos puedan participar y no solo los representantes sindicales, por ejemplo. Otro aspecto importante es la apertura hacia el desarrollo de nuevas intervenciones. Es bueno que las intervenciones no se queden solo en un proyecto piloto sino que se mantengan en el tiempo. Estas intervenciones no se deben centrar únicamente en la mejora de factores psicosociales básicos como las demandas psicológicas, la toma de decisiones, el apoyo social y el equilibrio entre recompensa y esfuerzo; sino que también deben integrar la parte de las relaciones interpersonales en el trabajo. Las expectativas que los participantes tengan de las intervenciones laborales para mejorar estrés, burnout y ansiedad deben ser realistas ya que si son muy elevadas pueden hacer que el empleado se sienta engañado. Las

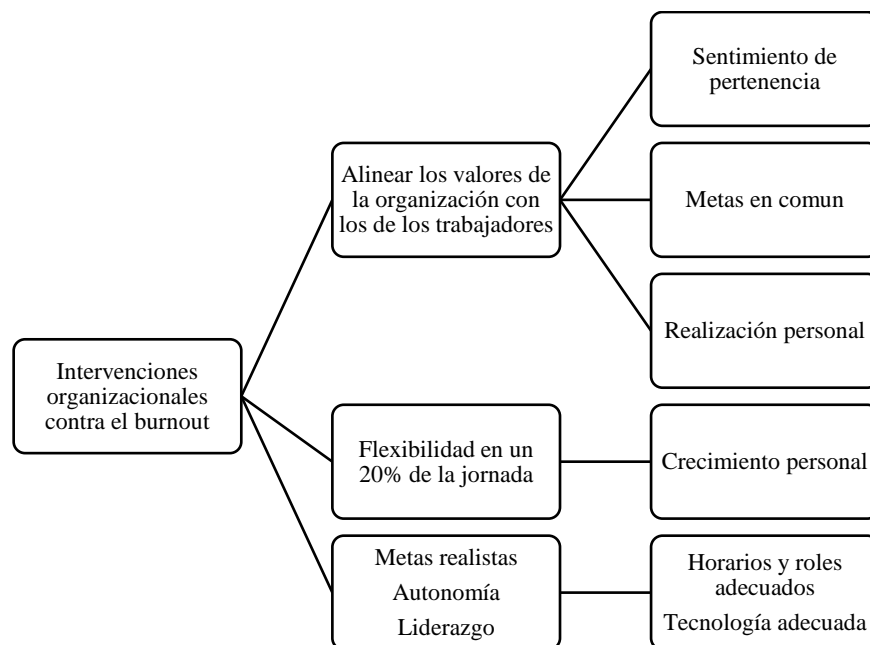
intervenciones analizadas son de corte cognitivo-conductual, así como centradas en la relajación y en las intervenciones organizacionales (Gray et al., 2019).

La inclusión de un sistema amplio de intervenciones en el lugar de trabajo mejora la salud y el bienestar y promueve comportamientos saludables en el personal sanitario. Esto incluye las intervenciones predeterminadas, donde no hay opción a cambios y que incluyen estrategias de meditación para la reducción del estrés, que han mostrado su eficacia en contextos sanitarios. También se encuentran las estrategias centradas en mejorar la alimentación y el estado físico, así como las relaciones con los compañeros de trabajo. El siguiente tipo de intervención se corresponde con las que están predeterminadas, pero son opcionales para el participante. Aquí se puede incluir un programa de educación holística para el autocuidado donde el participante puede escoger de entre un listado, aquellas actividades que desea realizar. En tercer lugar, es posible mencionar las intervenciones que cuentan con un programa adaptable y con opciones de actividades complementarias, que permiten que el trabajador disponga de un mayor número de opciones. También están las intervenciones en las que son los propios trabajadores quienes eligen cómo lograr las metas de bienestar en el trabajo (Brand et al., 2017).

Con el aumento de síndrome de burnout mundialmente, y especialmente en contextos sanitarios, los hospitales y centros sanitarios deben adoptar medidas para aliviar su incidencia y las consecuencias en sus trabajadores, que repercuten en sus pacientes, familiares, compañeros de trabajo y la institución. Se trata de reducir el impacto negativo mediante intervenciones que en algunos casos pueden ir dirigidas a la persona, pero en otros casos se debe tratar de intervenciones sociales realizadas por el empleador. Entre las intervenciones más exitosas a nivel institucional contamos con la estrategia de alinear los valores de la organización con los valores personales.

De esta manera, los trabajadores desarrollan este sentimiento de pertenencia y metas en común, que al ser alcanzadas incrementan la sensación de realización personal y de estar avanzando laboralmente. Otra intervención consiste en permitir al personal sanitario que distribuya el 20% de su jornada laboral en aquello que más les agrade y les permita el crecimiento personal. Esta intervención requiere de una visión amplia por parte del empleador ya que es una inversión donde los frutos se ven a largo plazo (Rothenberger, 2017) (véase Figura 28).

Figura 28. Intervenciones organizacionales ante el burnout



Otras estrategias para prevenir y mitigar el burnout desde el punto de vista de la organización consisten en implementar metas de producción realistas, establecer un horario laboral con un límite de horas y distribuir adecuadamente los roles laborales para reducir la ineficiencia y prevenir la falta de apoyo laboral. También es importante servirse de las tecnologías y de los registros electrónicos para llevar a cabo las tareas del modo más eficiente. El personal no médico debe estar adecuadamente preparado para ayudar con labores administrativas. Además, para garantizar el equilibrio trabajo-hogar, se deben llevar a cabo actuaciones que respeten los tiempos dedicados a cada

tarea, e incluir todas las actividades laborales dentro del horario establecido de trabajo. También se debe apoyar la flexibilidad horaria para todos los empleados. Por otro lado, y para evitar la pérdida del control y autonomía, se debe crear una estructura orgánica clara y contar con un liderazgo y una toma de decisiones compartida. A su vez y para evitar la pérdida del sentido del trabajo, se deben promover valores, proteger el tiempo médico-paciente, promover el sentido de comunidad, ofrecer oportunidades para desarrollo profesional y formación en liderazgo y conocimiento del burnout (West et al., 2018).

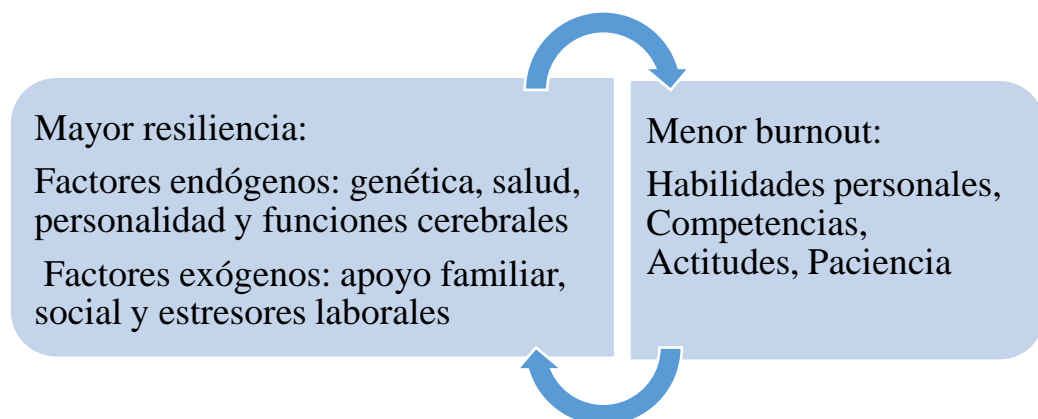
Se ha evidenciado que la regulación de las emociones es una variable importante cuando se trata del burnout en médicos y enfermeras (Zhang et al., 2020). Esta autorregulación combinada con estrategias a nivel de la organización provee herramientas para combatir este problema. Desde el punto de vista de la organización se trata de orientar hacia un ambiente laboral justo y flexible, incluyendo en el plan una carga de trabajo razonable y unos horarios rotativos conscientes. En dicho plan se deben también incluir programas de entrenamiento para manejar el estrés laboral, entrenamientos grupales presenciales y trabajo en equipo, así como la puesta en marcha de grupos focales para el debate y reflexión conjuntas. Otra intervención consiste en prestar atención a la salud mental y física del personal sanitario, ofreciéndoles apoyos por parte de equipos y con estrategias como la entrevista motivacional (Zhang et al., 2020).

Entre las intervenciones organizacionales que afectan el trabajo realizado y subsecuentemente el riesgo de burnout están la de tener una cultura que priorice las necesidades de la persona antes que la productividad y otras formas de medir el trabajo realizado; también tener jefes y coordinadores que tengan grandes habilidades gerenciales que logren hallar un equilibrio entre la burocracia y lo que se desea

alcanzar para una gestión más eficientes y por último, crear un ambiente de oportunidades de crecimiento profesional y donde el cuidado personal sea prioridad (Rollins et al., 2021).

La resiliencia mental es la capacidad que cada persona tiene para recuperarse luego de haber estado expuesto a situaciones emocionales, estresantes físicos o mentales. Está asociada con la funcionalidad del sistema neuroendocrino, sin anormalidades en las vías neuronales de respuesta al estrés. Estos recursos mentales, como, por ejemplo, habilidades personales, competencias, actitudes, paciencia, etc se van desarrollando y acumulando con el tiempo para perfeccionar la manera de combatir situaciones particulares. Sin embargo, estos recursos tienen un proceso dinámico, donde pueden llegar a agotarse cuando son utilizados por un tiempo prolongado, pero luego se pueden recargar para ser utilizados en un caso futuro y utilizar estas adaptaciones cognitivas y emocionales ante factores estresantes. En la resiliencia los factores endógenos, como genética, salud, personalidad y funciones cerebrales, combinados con los factores exógenos, como el apoyo familiar, social y la naturaleza de los estresores laborales, van a determinar cómo el individuo va a responder (Khammissa et al., 2022) (véase Figura 29).

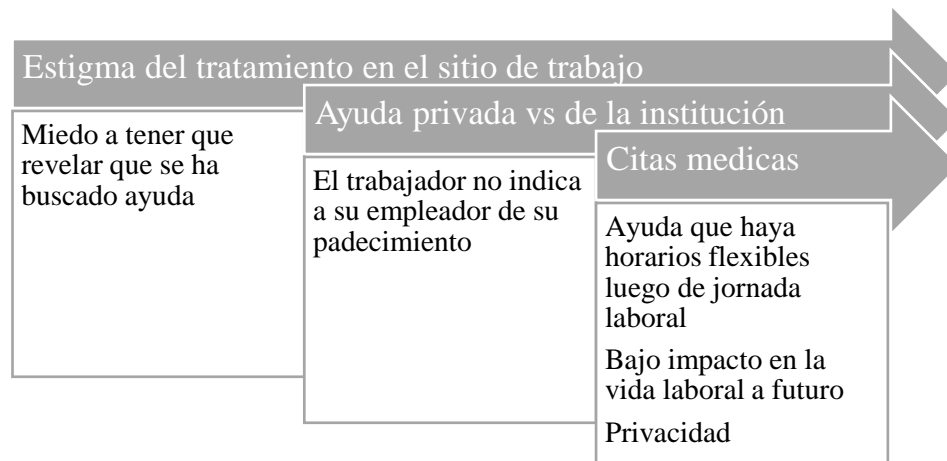
Figura 29. Asociación entre resiliencia y burnout



En cuanto al servicio en los tratamientos, según Collins et al. (2022), el síndrome de burnout destaca entre los padecimientos de los estudiantes de medicina. Un alarmante número de ellos indican haber tenido preocupación por la salud mental propia en algún momento, pero muchos no han buscado ayuda. Los que sí han accedido lo han hecho por medio de los programas de salud mental de la universidad, y en menor parte con el sector privado. Sin embargo, se indica que mayormente la satisfacción con los servicios recibidos es la que se busca particular y privadamente. Algunas de las barreras que los pacientes encuentran a la hora de buscar ayuda y tratamiento para el síndrome de burnout son: el horario regular (que no permite mucha cabida a tiempo personal o familiar), el miedo a tener que revelar el haber recibido el tratamiento más adelante durante una práctica profesional y el costo. Uno de los aspectos de importancia en la búsqueda de atención es: la calidad en el servicio, la facilidad para sacar las citas, la flexibilidad de horarios extendidos, como fines de semana y horas después de la jornada laboral y el bajo impacto en la vida laboral a futuro.

Entre las metas que se deben proponer para mejorar el acercamiento del paciente estudiantil a recibir tratamiento son: incrementar la cartera de profesionales psiquiatras y psicólogos disponibles; establecer sistemas en los cuales los consejeros, de manera general y sin estigmas (véase Figura 30) puedan establecer cuales estudiantes necesitan recibir ayuda; ayudar en el proceso de elección y búsqueda de tratamiento de tal manera que el paciente no sienta la presión de hacerlo por si solo; y procesos que separen la información académica de la información médica para mayor privacidad.

Figura 30. Estigma del tratamiento



2.9.3 Intervenciones médicas: Tratamiento farmacológico

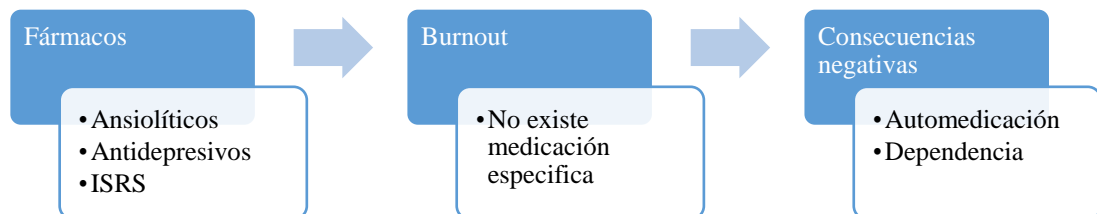
El tratamiento farmacológico en el burnout se ha llevado a cabo a través de dos medidas principalmente: la prescripción de ansiolíticos y la prescripción de antidepresivos. Por lo que se refiere a los ansiolíticos, la primera cuestión que debemos plantear es si el «estrés» debe considerarse o no como una «enfermedad», y, a continuación, si requiere o no tratamiento farmacológico. Obviamente, las mismas preguntas son pertinentes en el caso del burnout. Desde un punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés y burnout descritas generan modelos de conducta «anómalos» o «patológicos», ya que dan lugar a incapacitación y sufrimiento. Aceptado lo anterior, la siguiente cuestión es que, aunque no existen tratamientos «oficialmente» indicados para el «estrés» o el burnout, en realidad existe el fenómeno de la «automedicación» (Gonzalez, 2014)

Muchas personas con estrés y burnout perciben niveles elevados de «ansiedad», lo cual implica el uso de fármacos ansiolíticos, ya que a su gran facilidad de uso se unen sus escasos riesgos y su indudable eficacia (de la Gándara, 1996). Pero su uso incorrecto, generalmente por auto prescripción, puede generar sedación que comprometa la realización de tareas cotidianas (rendimiento, conducción, etc.) o

dependencia. Ambos aspectos se evitan con un uso correcto de estos fármacos (Gonzalez, 2014).

Por su parte y respecto a los antidepresivos, cabe señalar que de hecho, el comportamiento de una persona afectada de burnout es muy parecido al de una persona «depresiva» crónica. Así pues, parece lógico que se piense en la utilización de antidepresivos para el tratamiento del burnout. En primer lugar, debemos señalar que la utilización de antidepresivos para el tratamiento del «estrés» crónico es una recomendación razonable. De hecho, el «European CNS Advisory Board sobre «Management of stress» considera que la utilización de antidepresivos es una medida adicional, junto a las de tipo psicoterápico e higiénico-dietéticas. Obviamente, los fármacos más apropiados en el momento actual son los ISRS, dado que combinan sus efectos antidepresivos, con los ansiolíticos y estabilizadores de la respuesta al estrés a largo plazo (Fernández, 2019) (véase Figura 31).

Figura 31. Tratamiento farmacológico para el burnout



Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo son los tratamientos farmacológicos más recetados para el trastorno depresivo en el mundo. Los antidepresivos suelen tomar varias semanas antes de que sus beneficios terapéuticos tengan efecto y estudios recientes han dado esperanza a la posibilidad de una nueva generación de agentes antidepresivos de acción rápida y más eficaz que puede resultar beneficiosa para el tratamiento de los trastornos del ánimo (Pérez y Cervantes, 2017).

Estos medicamentos se pueden dividir en dos clases principales, por un lado, la imipramina y la amitriptilina, que son fármacos duales inhibidores de la recaptura de la 5-HT y la NA, y que tienen una alta carga de efectos secundarios anticolinérgicos. Por otro lado, la nortriptilina y la desipramina, son más selectivos en el bloqueo de la recaptura de la NA. Los antidepresivos tricíclicos inducen efectos anticolinérgicos, efectos secundarios cardíacos que están relacionados con su acción sobre los receptores muscarínicos (M1), y efectos anti-histaminérgicos a través de los receptores de la histamina(H1). En general, todos estos fármacos son usados para el tratamiento de la depresión mayor y afectan a los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos. Sin embargo, todos ellos tienen efectos adversos. Más aún, tardan un mínimo de dos a tres semanas para iniciar su efecto antidepresivo. No obstante, son los fármacos de primera elección para el tratamiento y solo son efectivos en un 50 o 60% de las personas con depresión (Pérez y Cervantes, 2017).

Para los pacientes que ya presentan el síndrome de burnout y muestran síntomas de cansancio emocional, se han empleado medicamentos como el Cannabidol, que es un fitocannabinoide no psicotomimético, que tiene alta tolerancia y seguridad, que utilizado a lo largo de cuatro semanas tiene un efecto antidepresivo y antiinflamatorio. Este medicamento utilizado diariamente en dosis de 300mg complementado con los cuidados estandarizados, reduce los síntomas y diagnósticos de ansiedad, depresión y cansancio emocional en los trabajadores de cuidado directo, siendo así un agente efectivo para la reducción del síndrome de burnout (Crippa et al., 2021).

En el estudio de Martos Martínez et al. (2021) se ha podido evidenciar al encuestar a los participantes que, con respecto al uso de medicación para el tratamiento del burnout, el uso de fármacos ansiolíticos como alprafolam, lorazepan, diazepam,

clorazepate, bromazepam es bajo, pero aún más bajo es el uso de antidepresivos como fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram y sertralina. Al examinar la relación entre burnout, empleo de estos medicamentos, y el factor optimismo, se encuentra que el síndrome está negativamente relacionado al optimismo y positivamente relacionado con el uso de ansiolíticos. Más concretamente, se hace un mayor uso de ansiolíticos que antidepresivos sobre todo por parte de las mujeres. Un mayor consumo de tranquilizantes y antidepresivos se encontró asociado a un menor optimismo, es decir, a una mayor negatividad en cuanto a las condiciones de trabajo, interés hacia el mismo y clima laboral.

El médico general siempre es el primer contacto con el paciente y es quien debe indicar si el uso de medicamentos es lo más acertado. El burnout en sus indicios puede ser tratado solamente con terapias psicológicas. En caso de encontrarse en un estadio avanzado, con una elevada sintomatología e importantes interferencias en la vida cotidiana, es posible pensar en medicamentos. Entre los medicamentos para tratar el burnout, aparte de los antidepresivos, en ocasiones se recurre a los medicamentos psicotrópicos, como la benzodiazepina. Sin embargo, dados sus efectos secundarios (somnolencia, pérdida de memoria y concentración, pesadillas agresividad, nerviosismo e indiferencia emocional) tan solo están recomendados si existe un sufrimiento muy significativo resistente a otras alternativas de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico (Mesters et al., 2017).

En un estudio realizado por Madsen et al., (2015) se observó a pacientes que se les había prescrito algún tipo de antidepresivo y se apreció que los hombres mostraban mayores problemas psicológicos derivados del burnout, así como mayor absentismo y mayores tasas de suicidios. Las mujeres tienden a buscar ayuda más

temprano, lo que explica por qué cuando los hombres recurren a la terapia farmacológica, el problema está más avanzado y la vida más deteriorada.

Hay que señalar además que, en algunos casos, ciertos fármacos pueden interferir negativamente con el burnout y con sintomatología asociada. Así, se ha estudiado cómo el uso de metoprolol, un medicamento utilizado para el tratamiento crónico de fallo cardíaco que afecta al burnout, y se ha constatado que esta medicación aumenta la depresión, la ansiedad y el burnout tras varios meses del medicamento (Liu et al., 2017).

Otros estudios indican que un 55% de pacientes con burnout tienen prescrita medicación psicotrópica, lo que hace que su calidad de vida sea aún más baja (Grensman et al., 2016).

2.10 Evaluación del burnout y correlatos conductuales y psicológicos

Presentamos a continuación una revisión de instrumentos para la evaluación del burnout, así como sobre los principales correlatos objeto de interés en la presente Tesis doctoral.

2.10.1 Evaluación de burnout

Siguiendo a Schaufeli et al., (2020), existen muchas herramientas validadas para evaluar el síndrome de burnout, entre ellas están: Berben Burnout Inventory (BBI), Burnout Measure (BM), BurnOut-Neuratshenia Complaints Scale (BONKS), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Spanish Burnout Inventory (SBI), Granada Burnout Questionnaire (GBQ), Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), Shirom

Melamed Burnout Measure (SMBM), 4-Dimensional Questionnaire (4-DSQ) Burnout Assessment Tool (BAT).

Además, según Schaufeli et al. (2020), es posible mencionar otros instrumentos que carecen de información sobre su validación como el Boudreau Burnout Questionnaire (BBQ), el Instrument for the Early Detection of Burnout (FOD), y el Hamburg Burnout Inventory (HBI) (Schaufeli et al., 2020). A continuación, se detallan los instrumentos en la Tabla 1.

Tabla 1. Herramientas para determinar el síndrome de burnout (Schaufeli et al., 2020).

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad
Salmela-Aro, Rantanen, Hyvönen, Tilleman, y Feldt, 2011	Bergen Burnout Inventory (BBI)	15 ítems con subescalas de cansancio, cinismo e insuficiencia	Finlandia	Validado
Pines y Aronson, 1981	Burnout Measure (BM)	21 ítems para medir el estar exhausto	USA	Validado
Verbraak, van de Griendt y Hoogduin, 2006	BurnOut-Neuratshenia Complaints Scale (BONKS)	46 ítems divididos de la siguiente manera para determinar: Mental fatigue 3 Physical fatigue 3 Mental fatigability 3 Physical fatigability 4 Muscle pain 5 Dizziness 4 Tension headaches 6 Poor sleep 5 Inability to relax 4 Irritability 5 Gastro-intestinal symptoms 4	Países Bajos	Validado
Kristensen, Borritz, Villadsen, y Christensen, 2005	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	5 ítems para determinar burnout por trabajo	Dinamarca	Validado
Gil-Monte y Faúndez, 2011	Spanish Burnout Inventory (SBI)	19 ítems: Work enthusiasm 5 Psychological exhaustion 4 Indolence 6 Guilt 4	España	Validado
De la Fuente, et al., 2013	Granada Burnout Questionnaire (GBQ)	26 ítems: Emotional exhaustion 8 Depersonalization 7 Personal accomplishment 11	España	Validado
Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996	Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI -GS)	16 ítems: Exhaustion 5 Cynicism 5 Professional efficacy 6	Bélgica USA	Validado
Demerouti, Bakker, Vardakou y Kantas, 2003	Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	16 ítems: Exhaustion 8 Disengagement 8	Alemania	Validado

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad
Shirom y Melamed, 2006	Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM)	14 ítems: Emotional exhaustion 4 Chronic fatigue 4 Cognitive weariness 6	Indonesia	Validado
Terluin, van Marwijk et al., 2006	4-Dimensional Questionnaire (4-DSQ)	50 ítems: Distress 16 Depression 6 Anxiety 12 Somatization 16	Holanda	Validado
Boudreau, Cahoon y Wedel, 2006	Boudreau Burnout Questionnaire (BBQ)	40 ítems: Emotional exhaustion 10 Depersonalization 10 Lack of personal accomplishment 10 Fatality 10	Francia	No Validado
2017	Instrument for the early detection of burnout (FOD)	21 ítems: Physical symptoms 4 Cognitive-affective symptoms 12 Behavioral symptoms 5		No Validado
Burisch, 2017	Hamburg Burnout Inventory (HBI)	39 Ítems: Emotional exhaustion 5 Distance 4 Personal accomplishment 3 Depressive reaction 3 Helplessness 4 Inner void 4 Tedium 5 Inability to unwind 3 Overtaxing oneself 5 Aggressive reaction 3	Alemania	No Validado

A continuación, nos centramos en el Inventario de Burnout de Maslach por ser uno de los más utilizados y haber sido el elegido para su aplicación en la presente tesis doctoral.

2.10.1.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Entre los instrumentos utilizados para verificar la ocurrencia de síndrome de burnout, actualmente el más utilizado por la comunidad científica internacional es el desarrollado por Christina Maslach y Susan Jackson. La escala está compuesta por variables personales, sociales e institucionales. Los factores que definen el estándar de síndrome de burnout son: (1) Agotamiento emocional (EE): falta de energía y entusiasmo y sensación de agotamiento de recursos. Se asocia con sentimientos de tensión, frustración y falta de energía; (2) Despersonalización (DP): cuando los profesionales comienzan a tratar a los compañeros de trabajo, a los clientes y a la organización como objetos. Puede haber inestabilidad emocional; (3) Realización personal (AF): relacionada con la tendencia de los trabajadores a autoevaluarse

negativamente. Hay insatisfacción e infelicidad con el desarrollo profesional. (Illescas, 2018)

Está constituido por 22 ítems que tratan de las emociones y comportamientos del trabajador y en relación a los compañeros, clientes y al trabajo realizado. Evalúa las tres áreas planteadas. Esta herramienta ha obtenido datos de fiabilidad que oscilan entre $\alpha = 0,75$ y $\alpha = 0,90$ (Cañadas y San Luis, 2014).

Los trabajos de Maslach y Jackson se prolongaron en 1996, junto con Leiter y Schaufeli, quienes anunciaron una nueva adaptación del MBI. En la segunda versión se incide en la posibilidad de emplearlo no sólo en servicios humanos. Como resultado, se originó el MBI - General Survey, (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). Esta versión está constituida por 16 ítems frente a los 22 ítems del instrumento original. Estos 16 ítems se distribuyen en Agotamiento emocional, cinismo y eficacia profesional (Cañadas y San Luis, 2014).

El Agotamiento Emocional indica la tensión que soporta el trabajador más allá de sus posibilidades y límites, lo que lleva a un aumento en los sentimientos de desgaste emocional; el trabajador siente que ya no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo. El Cinismo o despersonalización supone el empleo de una inadecuada estrategia de afrontamiento del estrés consistente en distanciarse emocionalmente de aquellos a quienes está dirigido su trabajo; implica sentimientos, actitudes y conductas negativas hacia ellos y toma de distancia entre él mismo y aquéllos a quienes atiende. En cuanto a la Baja Realización Personal en el trabajo, mide la tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en cuanto a la valoración que hacen de su propio trabajo, así como a la percepción que tienen sobre el mismo, que cada vez es más negativa (Cañadas y San Luis, 2014).

El MBI es el instrumento de evaluación del burnout del que más evidencia se dispone sobre su estructura y sobre su utilidad, se cuenta con una ingente cantidad de estudios que constatan la adecuación de sus propiedades psicométricas y estructura factorial, en muy diversos países y lenguas: Amri et al., 2021; Brady et al., 2021; Bravo et al., 2021; Calderón-De la Cruz y Merino-Soto, 2020; Calderón-de la Cruz et al., 2020; Choi et al., 2019; de Beer y Bianchi, 2019; de Souza Pereira et al., 2021; Doherty et al., 2021; Faraci, 2018; Gómez García et al., 2019; González-Rodríguez et al., 2020; Hawrot y Koniewski, 2018; Jaramillo et al., 2017; Jordan et al., 2018; Juárez García et al., 2020; Lheureux et al., 2017; Lin et al., 2022; Moalemi et al., 2018; Pereira et al., 2021; Pérez-Fuentes et al., 2020; Schneider et al., 2020; Slabšinskienė et al., 2020; Valente et al., 2018; Vukmirovic et al., 2020). La versión abreviada más reciente, de nueve ítems, también ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (Shaikh et al., 2019).

Además, se ha empleado con muy diversas poblaciones y contextos como, por ejemplo, en Arabia Saudí con profesionales de unidades de cuidados intensivos (Shbeer y Ageel, 2022), en trabajadores sociales españoles (González-Rodríguez et al., 2022), en policías en la frontera del norte de México (Valdivia Vázquez et al., 2021), en personal de emergencias de la India (Koval et al., 2020), en anestesiólogos del Reino Unido (Shah et al., 2019). También se han realizado numerosos estudios con la adaptación de este instrumento para población estudiantil o para padres que no plasmamos en este apartado por alejarse de los propósitos de la presente tesis doctoral. Se han realizado además estudios de metaanálisis que han permitido identificar las tasas de burnout empleando el MBI en psiquiatras (Rotstein et al., 2019). Es, por tanto, el instrumento de elección en todo estudio sobre el tema.

2.10.2 Evaluación de la salud percibida

Existen diversas herramientas para la determinación del riesgo de depresión en pacientes. Las más utilizadas son: Beck Depression Inventory (BDI), un cuestionario con ítems a responder-, Hamilton rating scale for depression (HRSD), una entrevista clínica donde se determina la depresión, culpa y tendencias suicidas; Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) una entrevista clínica que también determina la tristeza, problemas de apetito, problemas de sueño, dificultades para concentrarse, pesimismo y pensamiento suicida; el cuestionario Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD); el cuestionario Human Population Laboratory Depression Scale (HPL), con formato de respuesta de verdadero y falso;. El cuestionario Major Depression Inventory (MDI) también determinar la depresión; , el Short depression-happiness scale (SDHS); el Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS) y por último Patient Health Questionnaire (PHQ) (Cassidy et al., 2018), al que nos referiremos a continuación (véase Tabla 2).

Tabla 2. Herramientas utilizadas en la detección de depresión (Cassidy et al., 2018)

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País
Dr. Aaron T. Beck ,1996	Beck Depression Inventory (BDI) Version II	Cuestionario con 21Ítems con escala de 4 puntos.	U.S.A.
Psiquiatra Mark Hamilton, 1950	Hamilton rating scale for depression (HRSD)	21 ítems para determinar estado de ánimo depresivo, culpa y tendencia suicida. Escala de 3 a 5 puntos	Alemania
Investigadores británicos y suizos, 1979	Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	10 ítems para determinar tristeza aparente y reportada, reducción de sueño y apetito. Escala con 6 puntos	Gran Bretaña Suiza
Lenore Radloff , 1977	Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)	20 ítems con una escala de 4 puntos	U.S.A.
1981	Human Population Laboratory Depression Scale (HPL)	18 ítems de verdadero y falso	
World Health Organization, 2001	Major Depression Inventory (MDI)	10 ítems con escala de 6 puntos	Dinamarca

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País
Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, 2002, 2010	Patient Health Questionnaire (PHQ) (9 ítems: 2002; 2 ítems: 2010).	9 y 2 ítems en una escala de 4 puntos	U.S.A.
Psicólogos Joseph and Lewis, 2004	Short depression-happiness scale (SDHS)	6 ítems con escala de 4 puntos	U.S.A.
W.W. Zung, 1965	Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS)	20 ítems con escala de 4 puntos	U.S.A.

2.10.2.1 Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Una revisión sistemática reciente sugiere que, dentro de los instrumentos de cribado, solo el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) satisface el nivel óptimo de exactitud para depresión. El PHQ-9 es una escala de tipo adjetival derivada de la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) para evaluar síntomas depresivos con los criterios del DSM-IV. El PHQ-9 es más corto que la mayoría de las escalas de cribado de depresión y se considera como el mejor instrumento de cribado para depresión en atención primaria por su exactitud, brevedad, ser de dominio público y multipropósito, facilidad de aplicación, puntuación e interpretación (Cassini y Pérez, 2017). Fue originalmente desarrollado por Spitzer, Kroenke, and Williams (1999). Puede ser aplicado individual o colectivamente, a adultos mayores de 17 años, con un tiempo de aplicación aproximado de 5 minutos. Los materiales necesarios son el cuestionario, lápiz y papel. El PHQ-9 cuenta con traducción en más de 20 idiomas y se ha utilizado en muchos países y contextos. En AP, la sensibilidad del PHQ-9 estuvo entre 0,71 a 0,84 (media de 0,77) y la especificidad entre 0,90 y 0,97 (media de 0,94)²⁵, lo que confirma un adecuado desempeño psicométrico en AP, ~ aunque con algunas variaciones en el punto de corte (PC) y los parámetros psicométricos que se explican por la influencia de aspectos culturales en el patrón de respuesta (Cassini y Pérez, 2017).

El Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es la versión auto aplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas (Ver Anexo 2). El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. El rango de puntuaciones es de 0-27 y cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días). Además, añade una pregunta adicional para profundizar en el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria. Su versión validada al castellano ha demostrado similares propiedades que la versión original (Kroenke et al., 2001).

Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca) a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27. La gravedad de los síntomas puede organizarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave)¹⁴. El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntajes de corte recomendados entre 8 y 11 para un probable caso de depresión mayor.

La versión en español consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = “nunca”, 1 = “algunos días”, 2 = “más de la mitad de los días” y 3 = “casi todos los días”, con un rango de puntuación entre 0 a 27. La validez y fiabilidad de la PHQ-9, tiene

sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835, lo que indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes. Esta escala tiene un valor predictivo positivo de 45 por ciento, una calificación inferior a 10 en el PHQ-9 produce un valor predictivo negativo del 99 por ciento (Cassiani y Vargas, 2017).

Cassiani y Vargas (2017) realizaron un estudio en el que encontraron que el PHQ-9 demostró una fuerte correlación con una medida bien establecida de depresión, usando un corte de ≥ 13 , buena sensibilidad (0,83) y especificidad (0,72). Esta primera validación integral del PHQ-9 en una gran muestra psiquiátrica apoyó su uso para valorar la severidad de depresión como la respuesta a un tratamiento. También se desempeñó bien como un cribador para detectar un episodio depresivo actual utilizando un límite superior de lo previamente recomendado para las muestras de atención primaria (Cassiani y Vargas, 2017).

También se debe considerar la herramienta PHQ-2, que es una versión del 2010 en la cual se investiga la frecuencia del estado de ánimo durante las últimas dos semanas, e incluye dos ítems con el objetivo de realizar un screening de primer momento y dependiendo del mismo continuar con el PHQ-9, que es más extenso. En cuanto a la eficacia del mismo, se observa que, para el diagnóstico de la depresión, la combinación del uso primero del PHQ-2 seguido del PHQ-9 muestra mayor sensibilidad en los resultados que utilizar solo uno (Levis et al., 2020).

Al ser la depresión una causa detectada que aumenta el riesgo en personas trabajadoras para discapacidad laboral, las guías internacionales recomiendan el uso del PHQ-9 para su detección oportuna ya que esta herramienta ha sido identificada como una de las de más confianza. Esta evidencia se demuestra en estudios

sistemáticos donde se revisan investigaciones desde el año 1995 en las que el cuestionario ha sido validado y recomendado (Costantini et al., 2021).

El cuestionario PHQ-9 ha comprobado ser sensible y específico, ya que, al realizar una revisión sistemática, los valores de dichas pruebas tienden a ser similares bajo la curva de referencia estándar comparado con las entrevistas semiestructuradas o completamente estructuradas (Negeri et al., 2021)

2.10.3 Evaluación de la inteligencia emocional

La IE ha sido descrita como una herramienta de ayuda por autores como Raeissi et al. (2019). Estos autores realizaron un estudio en Irán en el que evaluaron las habilidades de comunicación de un grupo de enfermeras. Se demuestra que quienes obtenían las mejores puntuaciones en el Test de Daniel Goleman de Inteligencia Emocional demostraban mejores estrategias para el diálogo donde se refleja la capacidad para superar dificultades. Para Goleman, estas habilidades ayudan a reconocer sus propios sentimientos y los de los demás, llevándolo a controlar el impulso, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar mostrar empatía y abrigar esperanzas (Anchatuña, 2018).

El éxito de las empresas está en poder aprovechar mejor las capacidades de su personal, maximizando su potencial humano. Es decir, que las empresas deberían fomentar la inteligencia emocional en cada uno de sus trabajadores, ayudándolos a tener el control, la guía y dirección de sus propias emociones, pudiendo tener el dominio de sí mismo en diversas situaciones. De esta manera la empresa mejoraría su productividad y tendría un desarrollo más rápido al contar con personas competentes. (Anchatuña, 2018). Entre los instrumentos que se usan para el conocimiento de la inteligencia emocional tenemos los indicados en la Tabla 3.

Tabla 3. Instrumentos utilizados para la determinación de la inteligencia emocional (Bru-Luna et al., 2021).

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
Salovey et al., 1995	Trait Meta-Mood Scale (TMMS)	48 ítems, con escala de hasta 5 puntos acerca de atención a sentimientos, claridad emocional y reparar emociones.	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.82-0.88$ Test-retest: None Convergent: (+): Self-Consciousness Scale, optimism (LOT) and beliefs about the changeability of negative moods (CES-D), and the Expectancies for Negative Mood Regulation (-): ambivalence over emotional expression, depression	Modelo basado en habilidad Versiones: TMMS-30, TMMS-24 (usada internacionalmente)
Dr. Nicola Schutte and her colleagues, 1998	Schutte Self-Report Inventory (SSRI)	33 ítems con escala de hasta 5 puntos acerca de expresión, regulación y utilización de emociones	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.90$ Test-retest: $r = 0.78$ (after 2 weeks) Internal structure: Principal- components analysis Convergent: (+): attention to feelings and mood repair (TMMS), optimism (LOT), and openness to experience (BFP) (-): pessimism (LOT), TAS, ZDS, and BIS	Modelo basado en habilidad Versión: Reducida de 10 ítems
Mayer, Caruso and Salovey, 1990	Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)	402 ítems que miden percepción, asimilación, entendimiento, y manejo de las emociones	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.49-0.94$ Test-retest: None Internal structure: Exploratory factor analysis Content: Scoring evaluated by consensus, experts, and target	Modelo basado en habilidad
Mayer, Salovey, y Caruso, 2004	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)	141 ítems de opción múltiple y escala de 5 puntos Likert. Dimensiones:	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.76-0.91$ for the four branch scores for both methods Splithalf = 0.93 and	Modelo basado en habilidad Versiones: MSCEIT 2.0

Autores y año	Denominación	Items y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
		Percepción e identificación de emociones; facilidad de pensamiento; entendimiento de emociones; manejo de emociones.		0.91 for consensus and expert scoring, respectively Test-retest: $r = 0.55-0.88$ (after 3 weeks)	MSCEITYV
Cortés et al.,2000	Profile of Emotional Intelligence (PIEMO)	161 ítems de verdadero o falso. Dimensiones: inhibición de impulsos, empatía, optimismo, habilidad social, expresión emocional, reconocimiento de logro, autoestima nobleza	Mexico	Internal consistency: $\alpha = 0.96$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Chi-Sum Wong and Kenneth S. Law, 2002	Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS)	16 ítems con escala de 7 puntos de Likert. Dimensiones: Aprecio de las emociones de uno mismo, aprecio de emociones de los otros, regulación de emociones, uso de emociones	China	Internal consistency: $\alpha = 0.76-0.89$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Jordan, P.J.; Ashkanasy, N.M, 2002	Workgroup Emotional Intelligence Profile-3 (WEIP-3)	27 ítems con escala de 7 puntos de Likert. Dimensiones: Conocimiento, habilidad de discutir, detectar, reconocer y manejar las emociones	Australia	Internal consistency: $\alpha = 0.86$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad Versión en español: WEIP-S
Basado en Salovey and Mayer, 1990	Multidimensional Emotional Intelligence Assessment (MEIA)	160 ítems con escala de 6 puntos de Likert. Dimensiones: Reconocimiento de emociones propias, de otros, no verbales, empatía, regulación de emociones, intuición,	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.81$ Test-retest: $r = 0.67-0.88$ (after 4-6 weeks)	Modelo basado en habilidad Versión para el sitio laboral MEIA-W

Autores y año	Denominación	Items y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
		pensamiento creativo, motivación de emociones			
D.V. Lyusin, 2009	Emotional Intelligence Questionnaire (EmIn)	40 ítems con escala de 4 puntos de Likert. Dimensiones: IE interpersonal IE intrapersonal	Rusia	Internal consistency: $\alpha = 0.76-0.78$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Sojo y Steinkopf, 2002	Sojo and Steinkopf Emotional Intelligence Inventory Revised version (IIESS-R)	34 ítems Dimensiones: Percepción de las emociones propias y de otros y manejo	Venezuela	Internal consistency: $\alpha = 0.90$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad Versión derivada de IIESS y revisada por jueces expertos Venezolanos
Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, and Salovey, 2006	Self-Rated Emotional Intelligence Scale (SREIS)	19 ítems con escala de 5 puntos de Likert. Dimensiones: Percepción, uso, entendimiento y manejo de percepciones	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.84$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Groves, K.S.; McEnrue, M.P. 2008	Emotional Intelligence SelfDescription Inventory (EISDI)	19 ítems Dimensiones: Percepción, uso, entendimiento y manejo de percepciones	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.91$ Test-retest: $r = 0.75-0.83$ (after 2 weeks)	Modelo basado en habilidad
Tsaousis, I. 2008	Greek Emotional Intelligence Scale (GEIS)	52 ítems Dimensiones: Expresión, reconocimiento, control y uso de emociones, empatía	Grecia	Internal consistency: $\alpha = 0.89$ Test-retest: $r = 0.90$ (after 2 weeks)	Modelo basado en habilidad
MacCann y Roberts, 2008	Situational Test of Emotion Management (STEM)	44 ítems de opción múltiple. Dimensiones: Enojo, tristeza y miedo	Australia	Internal consistency: $\alpha = 0.68$ (multiple choice) $\alpha = 0.92$ (rate the extent) Test-retest: None	Modelo basado en habilidad Versión China STEM-B
MacCann and Roberts, 2008	Situational Test of Emotional Understanding (STEU)	42 ítems de opción múltiple. Dimensiones: Contexto de la vida personal y trabajo, reducción de contexto	Australia	Internal consistency: $\alpha = 0.71$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad Versión para el contexto Chino STEU-B

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
Takšić, V.; Mohorić, T.; Duran, M 2009	Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)	45 ítems con escala de 5 puntos de Likert. Dimensiones: Percepción, expresión y manejo de emociones	Croacia	Internal consistency: $\alpha = 0.67-0.90$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Zysberg, Levy, y Zisberg, 2011	Audiovisual Test of Emotional Intelligence (AVEI)	27 ítems de opción múltiple. Dimensiones: Amor, Felicidad, tristeza, enojo, frustración, envidia, satisfacción, orgullo y culpa	Israel	Intraclass correlation: ICC = 0.65 Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Schlegel, Grandjean, y Scherer, 2014	Geneva Emotion Recognition Test (GERT)	83 ítems de opción forzada. Dimensiones: Diversión, irritación, braveza, felicidad, disgusto, miedo, placer, ansiedad, sorpresa, interés	Alemania	IRT parameters ($\rho = 0.92$) Test-retest: None	Modelo basado en habilidad Versión corta GERT-S
Smieja, M.; Orzechowski, J.; Stolarski, M.S, 2014	Test of Emotional Intelligence (TIE)	24 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Polandia	Internal consistency: $\alpha = 0.88$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Lyusin, Dmitry and Ovsyannikova, Victoria, 2014	Videotest of Emotion Recognition	15 ítems con escala de 6 puntos de Likert.	Rusia	Internal consistency: $\alpha = 0.74$ Test-retest: $r = 0.55$	Modelo basado en habilidad
Prof Victor Dulewicz and Prof Malcolm Higgs, 2016	SelfPerception of Emotional Intelligence Questionnaire (EIQ-SP)	18 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Portugal	Internal consistency: $\alpha = 0.70-0.77$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad
Anguiano-Carrasco, C, 2015	ThreeBranch Emotional Intelligence ForcedChoice Assessment (TEIFA)	18 ítems con respuestas forzadas	USA	Reliability of TEIFA is not reported as reliability for forced-choice tests is artificially high	Modelo basado en habilidad
Anguiano-Carrasco, C, 2015	ThreeBranch Emotional Intelligence Rating	18 ítems con escala de 6 puntos de Likert.	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.79-0.90$ Test-retest: None	Modelo basado en habilidad

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
	Scale Assessment (TEIRA)				
Sukumarakurup (Kumar) Krishnakumar, 2014	North Dakota Emotional Abilities Test (NEAT)	30 ítems	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.74$ – 0.90 Test–retest: None	Modelo basado en habilidad
Mikulic, I.M.; Crespi, M.; Caballero, R. 2018	Perceived Emotional Intelligence Inventory (IIEP)	101 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Argentina	Internal consistency: $\alpha = 0.81$ – 0.93 Test–retest: None	Modelo basado en habilidad
Sanchez-Gomez, M.; Bresó, E, 2019	Mobile Emotional Intelligence Test (MEIT)	24 ítems	España	Internal consistency: $\alpha = 0.91$ Test–retest: None	Modelo basado en habilidad
Sergienko, E.; Khlevnaya, E.; Osipenko, E., 2020	Emotional Intelligence Test (EIT)	Test	Rusia	Internal consistency: $\alpha = 0.93$ Test–retest: None	Modelo basado en habilidad
Bar-On, R., 1997	Emotional Quotient Inventory (EQ-i)	133 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.75$ – 0.84 Test–retest: None	Modelo Mixto Versiones Short Version (EQ-i: S) EQ-i 2.0 EQ-i: 360° Version (EQ-i: 360°) EQ-i: Youth Version (EQ-i: YV) and EQ-i: Youth Short Version (EQ-i: YVS)
Boyatzis, R.; Goleman, D.; Rhee, K. 1999	Emotional Competence Inventory 2.0, (ECI 2.0, previously ECI)	72 ítems con escala de 6 puntos de Likert.	USA	Internal consistency for “others” ratings: $\alpha = 0.78$ Internal consistency for “self” ratings: $\alpha = 0.63$ Test–retest: None	Modelo Mixto ECI (older version) ECI-University Version (ECI-U)
Dulewicz, V.; Higgs, M, 1999	Emotional Intelligence Questionnaire (EIQ)	69 ítems en cuestionario	UK	Internal consistency: $\alpha = 0.70$ – 0.59 Split-half = 0.52–0.71 Test–retest: None	Modelo Mixto
Shanker, M.; Sayeed, O, 2006	Emotional Intelligence Inventory	61 ítems con escala de 7 puntos de Likert.	India	Internal consistency: $\alpha = 0.76$ – 0.78 Test–retest: None	Modelo Mixto
Bradberry, T.; Greaves, J, 2009	Emotional Intelligence Appraisal (EIA)	28 ítems con escala de 6 puntos de Likert.	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.85$ – 0.91 Test–retest: None	Modelo Mixto

Autores y año	Denominación	Ítems y factores	País	Fiabilidad y otras propiedades psicométricas	Observaciones
Akerjordet, K.; Severinsson, E, 2009	Emotional Intelligence Scale (EIS)	23 ítems con escala de 4 puntos de Likert.	Noruega	Internal consistency: $\alpha = 0.93$ Test-retest: None	Modelo Mixto
Saiful, M.; Fuad, A.; Rahman, A, 2010	USM Emotional Quotient Inventory (USMEQ-i)	46 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Malaysia	Internal consistency: $\alpha = 0.96$ Test-retest: None	Modelo Mixto
Batool, S.; Khalid, R, 2011	Indigenous Scale of Emotional Intelligence	56 ítems con escala de 4 puntos de Likert.	Pakistán	Internal consistency: $\alpha = 0.95$ Test-retest: None	Modelo Mixto
Petrides, K. 2009	Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)	153 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	UK	Internal consistency: $\alpha = 0.89-0.92$ Test-retest: None	Modelo basado en rasgos Versiones TEIQue Short Form (TEIQue-SF) TEIQue-360° and 360°-SF TEIQue Adolescent Form (TEIQue-AF) and TEIQue-ASF TEIQue Child Form (TEIQue-CF)
Pekaar, K.; Bakker, A.B 2018	Rotterdam Emotional Intelligence Scale (REIS)	28 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Netherlands	Internal consistency: $\alpha = 0.80-0.85$ Test-retest: None	Modelo basado en rasgos
Palmer, B.R.; Stough, C, 2009	Genos Emotional Intelligence Inventory (previously SUIET)	7 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Australia	Internal consistency: $\alpha = 0.96$ Test-retest: $r = 0.83$ (after 2 month) $r = 0.72$ (after 6 month)	Otros
Brasseur, S.; Grégoire, J.; Bourdu, R.; Mikolajczak, M, 2013	Profile of Emotional Competence (PEC)	50 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	Francia	Internal consistency: $\alpha = 0.93$ Test-retest: None	Otros
Ghuman, U., 2016	Group-level Emotional Intelligence Questionnaire	36 ítems con escala de 5 puntos de Likert.	USA	Internal consistency: $\alpha = 0.80$ Test-retest: None	Otros

2.10.3.1 TMMS-24 como instrumento de evaluación de la inteligencia emocional percibida

El Trait Meta-Mood Scale está basado en el modelo de Mayer y Salovey. Las escalas representan lo que el participante piensa sobre su propia inteligencia emocional, especialmente en la habilidad que ellos tienen para atender, clarificar y reparar su estado emocional. La versión original consta de 48 ítems, sin embargo, la versión reducida de 24 ítems es la más utilizada a nivel internacional en países como España, Argentina y Ecuador, donde se ha comprobado su validez. Consiste en una escala de Likert que indica el grado de acuerdo con respecto a lo que se indica, indicando el 1 completamente en desacuerdo hasta el 5 que indica completamente de acuerdo. Así los ítems se agrupan según representen la atención que se tiene en los sentimientos y estado de ánimo propio, la capacidad para tener claridad y entendimiento de los estados de ánimo propios y por último la capacidad de regular los sentimientos propios (Górriz et al., 2021).

El TMMS-24 es un autoinforme de inteligencia emocional percibida y es una versión reducida del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) del grupo de investigación de Salovey, Mayer y Palfai en 1995. La escala originaria es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales a través de 48 ítems mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos. El TMMS-24 se diferencia de la escala original en que los factores han sido depurados y ciertos ítems han sido excluidos por presentar bajos niveles de fiabilidad y escaso aporte a la fiabilidad total de la escala general en castellano. La fiabilidad del test original es de 0.86 para la dimensión de atención emocional, de 0.87 para la claridad emocional y de 0.82 para la regulación o reparación emocional. (Mayer et al., 2019).

De esta forma, el autoinforme de la versión castellana, dividido en tres dimensiones de la inteligencia emocional, tiene los siguientes grados de fiabilidad: en atención emocional la fiabilidad es de 0.90, en la subescala de claridad emocional la fiabilidad es de 0.90 y en la de reparación emocional la fiabilidad es de 0.86. Como se puede deducir al observar los resultados la fiabilidad es alta en cada una de las subescalas que componen el test, por lo que las medidas de las personas obtenidas con respecto al fenómeno de la inteligencia emocional percibida son consistentes a lo largo del tiempo (Mayer et al., 2019).

El instrumento está compuesto por 24 ítems que hacen referencia a las destrezas con las que se es consciente de las propias emociones y de la capacidad de autorregulación, proporcionando un indicador de la inteligencia emocional percibida. A los individuos se les solicita que evalúen el grado en el que están de acuerdo en cada una de las afirmaciones sobre una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde «Nada de acuerdo» (puntuación 1) a «Totalmente en desacuerdo» (puntuación 5). Como ya hemos mencionado, la escala se compone de tres subfactores: atención a los propios sentimientos, claridad y reparación o regulación emocional. La subescala de atención emocional se evalúa mediante los ocho primeros ítems y el grado en que la persona cree prestar atención a sus emociones. Una frase perteneciente a esta escala es la siguiente: «Pienso en mi estado de ánimo constantemente» (Mayer et al., 2019).

La claridad emocional se evalúa del ítem 9 al 16 inclusive y estas frases hacen referencia a las creencias que tiene el sujeto sobre la percepción de sus emociones. Una frase perteneciente a esta escala de claridad sería la siguiente: «A veces puedo decir cuáles son mis emociones». Por último, el factor de reparación emocional se valora de los ítems 17 al 24 y representan la creencia del sujeto en la capacidad de interrupción de estados emocionales negativos y extender los positivos. En esta última

dimensión se pueden encontrar afirmaciones como «Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal» (Mayer et al., 2019).

Una vez expuesto el concepto y dimensiones del burnout, la existencia creciente de este síndrome en las organizaciones en general y en el contexto de salud en particular, y tras exponer los factores asociados y las consecuencias de este, así como su evaluación e intervención, procedemos en el siguiente capítulo a detallar el estudio empírico realizado en este ámbito.

3 ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE EL BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE DURÁN, ECUADOR

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre el síndrome de burnout y la depresión, la inteligencia emocional y las conductas de salud en el personal sanitario de un hospital de Durán.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar el síndrome de burnout en el personal sanitario.
2. Identificar el riesgo de depresión en el personal sanitario.
3. Caracterizar la Inteligencia emocional en el personal sanitario.
4. Analizar la asociación entre el síndrome de burnout, la depresión y la inteligencia emocional en el personal sanitario.
5. Determinar la relación entre el síndrome de burnout y los aspectos físicos y psicológicos del personal sanitario.

3.3 HIPOTESIS

1. El personal sanitario que trabaja durante la Pandemia COVID-19 presentará riesgo del síndrome de burnout y depresión y una baja inteligencia emocional.
2. Existirá una asociación positiva entre el síndrome de burnout y la depresión.
3. Existirá una asociación negativa entre burnout e inteligencia emocional y conductas de salud
4. Existirá una asociación entre el síndrome de burnout y variables de salud físicas como el IMC, el perímetro abdominal y el HTA.

3.4 MÉTODO

3.4.1 Diseño

La presente investigación es un estudio descriptivo-correlacional con un diseño de corte transversal y medidas expost facto.

3.4.2 Participantes

La población estuvo conformada por los proveedores de salud de un hospital de la ciudad de Duran, Ecuador. La muestra está integrada por 202 trabajadores de la salud y tiene un nivel de confianza 1.96; Probabilidad de éxito 95% y un margen de error del 5%. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: ser un trabajador de la salud por un mínimo de 6 meses consecutivos, tener una edad comprendida entre 18 años y 65 años y estar de acuerdo con participar en el estudio de modo fehaciente, a través del otorgamiento de su consentimiento informado. El no cumplimiento de alguno de los criterios mencionados constituía criterio de exclusión.

Se entrevistó a un total de 202 personas del personal de la salud con diferentes características sociodemográficas y de salud (Véase Tabla 4). Los datos de cuatro personas tuvieron que ser eliminados por presentar deficiencias en el relleno de los cuestionarios, por lo que los análisis detallados de aquí en adelante se realizarán en base a 198 observaciones.

En cuanto al género, del total de participantes, un 57,58% (n=114) eran mujeres y un 42,42% (n=84) hombres. En cuanto a las edades, el 39,39% (n=78) de estas tenía edades comprendidas entre los 18 -29 años, un 40,91% (n=81) tenían entre 30-40 años, un 14,65% (n= 29) tenía entre 41-50años y un 5,05% (n=10) tenía entre 51-65 años. La etnia predominante fue la mestiza, con un 89,64% (n=173) de las

personas que fueron entrevistadas, seguido de la etnia blanca (6,74%, n=13), afroamericana (3,11%, n=6) u otra (0,52%, n=1). El 80% (n=157), manifestó tener un hijo o ninguno, el 17,44% (n=34) indicó tener dos hijos, y un 2,05% (n=4) indicó tener tres. El 74,7% (n=148) indicaron residir dentro del área urbana, frente a un 4% (n=8) que vivían en el área rural y un 21,2% (n=42) que no ofrecieron esta información.

La mayor proporción de entrevistados trabaja en un solo centro, con el 85,4% de los casos (n=169) y un 12,1% (n=24) tiene más de un trabajo, mientras que cinco personas (2,5%) no ofrecieron esta información. El 44,4% (n=88) de los entrevistados lleva más de tres años en el mismo puesto de trabajo, En menor proporción le siguen las personas que tienen empleo de 6 meses a 1 año y de 1 a 3 años, con 20,7% (n=41) y 19,7% (n=39) respectivamente. Los que llevan menos de 6 meses en el mismo puesto de trabajo representan el 14,6% (n=29) de las personas con empleo. Una persona no ofreció información al respecto. Por otro lado, la mayor proporción (32,3%, n=64) de personas son técnicos de alguna unidad de salud, le sigue los auxiliares con 26,3% (n=52), Licenciados con 19,2% (n=38), médicos con 15,2% (n=30) y residentes (n=6) y otros (n=6), como los camilleros, 3,0% en cada caso. Tres profesionales no indicaron su puesto.

Tabla 4. Datos sociodemográficos de los participantes

Edad	Porcentaje
18-29 años	39%
30-40 años	41%
41-50 años	14%
51- 65 años	6%
Sexo	Porcentaje
Masculino	43%
Femenino	57%
Residencia	Porcentaje
Urbe	72%
Rural	4%
Desconocido	24%

ETNIA	Porcentaje
Blanco	6%
Mestizo	90%
Afroamericano	3%
Otro	1%
LABORAL	Porcentaje
Un solo sitio de trabajo	84%
Mas de un sitio de trabajo	16%
TIEMPO LABORAL	Porcentaje
< 6 meses	15%
6 meses a 1 año	20%
1 año - 3 años	19%
> 3 años	46%
ESTADO CIVIL	Porcentaje
Soltero	44%
Casado	31%
Unión Libre	15%
Divorciado	7%
Viudo	3%
PROFESIÓN	Porcentaje
Auxiliar	27%
Interno	32%
Residente	3%
Licenciado	19%
Medico	16%
Otros	3%
HIJOS	Porcentaje
No tengo	34%
< 5 años	28%
6 - 18 años	24%
> 18	14%
CUIDADORES	Porcentaje
No cuidador	67%
Cuidador (Incluye cuidado de familiar, amigo o por trabajo)	33%
HTA	Porcentaje
Con hipertensión	12%
Sin hipertensión	88%
ENFERMEDADES VARIAS	Porcentaje
No	72%
Si	28%

Por lo que se refiere a los datos antropométricos (véase Tabla 5), los factores de peso de los entrevistados aparentemente indican buen estado físico, puesto que el peso medio de las personas bordea los 76 Kg, con una altura media de 1,66 m. El IMC

en promedio de las personas es de algo más de 28 Kg/m², lo cual es indicador de que son personas con una composición corporal algo más ligero de lo normal. Las pulsaciones promedio de las personas están dentro de lo normal con algo más de 77 pulsaciones por minuto. En el caso de la presión arterial de los entrevistados, en promedio presentan una presión ligeramente elevada con 122/74. Observando los valores máximos de cada una de las variables, se aprecia que existe personal de la salud que no goza de un buen estado físico. A manera de entender los límites de confianza, en el caso del peso de las personas, este indica que de un total de 100 muestras aleatorias para el personal de la salud, el 95% de las veces el valor promedio del peso de las mismas estará dentro de 75,12 kg y 78,42kg. Por otro lado, y de modo adicional, el 20,31% (n=39) del personal sanitario indicó poseer una enfermedad preexistente.

Tabla 5. Datos antropométricos de los participantes

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Intervalo de Confianza 95%	
					Lim Inf	Lim Sup
Peso	52,00	120,00	76,78	11,78	75,12	78,43
Talla	1,50	1,90	1,66	0,08	1,64	1,67
IMC	17,09	44,62	28,15	4,79	27,48	28,82
Perimetro Abdominal	47,00	200,00	88,03	15,60	85,84	90,22
Pulso	10,00	98,00	77,66	12,26	75,94	79,38
Sistólica(P/A)	100,00	160,00	122,69	15,44	120,52	124,85
Diastolica(P/A)	10,00	90,00	74,43	10,78	72,92	75,95

3.4.3 Instrumentos

En primer lugar, los participantes respondieron la encuesta de datos sociodemográficos cuyos ítems y alternativas de respuesta se resumen en la Tabla 6. También se recogieron las características físicas de los participantes que incluyen: talla, peso, perímetro abdominal, pulso y presión arterial.

Para identificar si presentan el síndrome de burnout se ha utilizado el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). El instrumento cuenta con 22 afirmaciones acerca de sentimientos, emociones y actitudes que el trabajador siente acerca de su estado laboral y del ambiente en el cual se desenvuelve. Con este test se pretende determinar si existe el síndrome. Para esto cuenta con tres aspectos a evaluar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Consta de 9 preguntas relacionadas con el cansancio emocional, para una puntuación máxima de 54 puntos; 5 ítems relacionados con despersonalización, para una puntuación máxima de 30 puntos; y 8 ítems relacionados con realización personal, para una puntuación máxima de 48 puntos. Cada ítem tiene un rango de escala donde 0 = Nunca / Ninguna vez. 1 = Casi nunca / Pocas veces al año o menos. 2 = Algunas veces / Una vez al mes o menos. 3 = Regularmente / Unas pocas veces al mes. 4 = Bastantes veces / Una vez a la semana. 5 = Casi siempre / Unas pocas veces a la semana. 6 = Siempre / Todos los días. Al término del cuestionario, se suman los ítems relacionados a cada uno de los tres aspectos que se van a evaluar. Los resultados muestran si existen indicios del síndrome en el trabajador de la siguiente manera: Cansancio emocional: Bajo 0-18, Medio 19-26, Alto 27-54. Despersonalización: Bajo 0-5, Medio 6-9, Alto 10-30. Realización personal: Menos de 34 puntos. En el presente estudio, el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad medida con el estadístico alfa de

Cronbach de 0,85. El agotamiento emocional ha obtenido una fiabilidad de $\alpha=0,75$. La despersonalización ha obtenido una fiabilidad de $\alpha=0,54$. La realización personal ha obtenido una fiabilidad de $\alpha=0,90$.

Para identificar si presentan riesgo de depresión se ha completado el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9). Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27. Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que la puntuación total va en un rango de 0 a 27. La gravedad de los síntomas puede organizarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave)¹⁴. El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntos de corte recomendados entre 8 y 11 para un probable caso de depresión mayor. En el presente estudio el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad de $\alpha=0,82$.

Para medir la Inteligencia emocional se ha empleado el test de Trait Meta-Mood Scale-24. En la Tabla 6 se indican los criterios para la puntuación de la escala. En el presente estudio, el instrumento globalmente considerado ha obtenido una fiabilidad de $\alpha=0,91$. La dimensión de atención obtuvo una fiabilidad de $\alpha=0,88$. La dimensión de claridad obtuvo una fiabilidad de $\alpha=0,88$ y la dimensión de reparación obtuvo una fiabilidad de $\alpha=0,89$.

Tabla 6. Tabulación de Trait Meta-Mood Scale-24

Puntuaciones hombres	Puntuaciones mujeres
	Atención

Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36
Claridad	
Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada atención 26 a 35	Adecuada atención 24 a 34
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35
Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Reparación	
Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada atención 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

A modo de resumen se incluye, en la Tabla 7, la operacionalización de las variables incluidas en el estudio y su operativización.

Tabla 7. Variables generales y operacionalización

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sociodemográfica	Indicadores sociales, económicos y demográficos que permiten segmentar la población en grupos homogéneos y así definir al público objetivo de una campaña de comunicación	<i>Características poblacionales</i>	<i>Edad</i>	18 – 29 30 – 40 41 – 50 51 – 65	<i>Cuantitativa</i>
			<i>Sexo</i>	Masculino Femenino	<i>Cualitativa</i>
			<i>Profesión</i>	Auxiliar Interno Residente Licenciado Médico Otros	<i>Cualitativa</i>
			<i>Etnia</i>	Mestizo Afroecuatoriano Blanco Otro	<i>Cualitativa</i>
			<i>Residencia</i>	Urbano Rural	<i>Cualitativa</i>
			<i>Trabajos</i>	Uno solo Más de un trabajo	<i>Cuantitativa</i>
			<i>Tiempo laboral</i>	- 6 meses 6 meses a 1 año 1 a 3 años + de 3 años	<i>Cuantitativa</i>

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
			<i>Enfermedad preexistente</i>	<i>Si No</i>	<i>Cualitativa</i>
			<i>Hijos</i>	<i>0 1 2 3 o mas</i>	<i>Cuantitativa</i>
síndrome de burnout	Es la vivencia o sensación que pueden experimentar las personas de estar exhausto en el ámbito emocional por las demandas del trabajo	<i>Factores</i>	<i>Agotamiento o Cansancio emocional</i>	<i>Sin indicios Con indicios</i>	<i>Cualitativa</i>
			<i>Despersonalización</i>	<i>Sin indicios Con indicios</i>	<i>Cualitativa</i>
			<i>Realización personal</i>	<i>Sin indicios Con indicios</i>	<i>Cualitativa</i>
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	<i>Características individuales</i>	<i>Riesgo de depresión (PHQ-9)</i>	<i>Leve Mínimo Moderado Moderado a Grave Grave</i>	<i>Cualitativa</i>
Inteligencia Emocional	Es la capacidad que cada persona tiene para superar dificultades	<i>Características individuales</i>	<i>Trait Meta-Mood Scale 24 (TMMS24)</i>	<i>Relación positiva con SB Relación negativa con SB</i>	<i>Cualitativa</i>

3.4.4 Procedimiento

La investigación se desarrolló de acuerdo a las siguientes fases: primero se procedió a solicitar los permisos pertinentes. Para ello se completó la solicitud con el comité de ética y con dicha aprobación se pidió al hospital la apertura para el levantamiento de datos. Conjuntamente se llevó a cabo la elaboración del cronograma de trabajo y el marco teórico. En una segunda fase se realizó la recogida de la información. Para dicho fin se pidió la colaboración voluntaria de los participantes, quienes debieron firmar un consentimiento informado. Se realizó la toma de signos vitales y las medidas antropométricas. Posteriormente y en un sitio tranquilo los

participantes rellenaron las encuestas: datos sociodemográficos, el inventario de Maslach (MBI), Test trait Meta-Mood scale 24 y el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9). En una tercera fase se procedió con el análisis de los datos, la construcción de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

3.4.5 Análisis estadísticos

Se han llevado a cabo análisis descriptivos y de frecuencias, seguidos de análisis bivariados (correlaciones de Pearson) y multivariados (regresión lineal). Se emplearon también pruebas de contraste paramétricas (T de Student, Anova), tras constatar el cumplimiento de los requisitos paramétricos (normalidad y homogeneidad de la distribución de las varianzas). Los análisis estadísticos se han llevado a cabo con el programa estadístico IBM SPSS v. 25. El nivel de confianza para el contraste de hipótesis ha sido de $\alpha=0,05$.

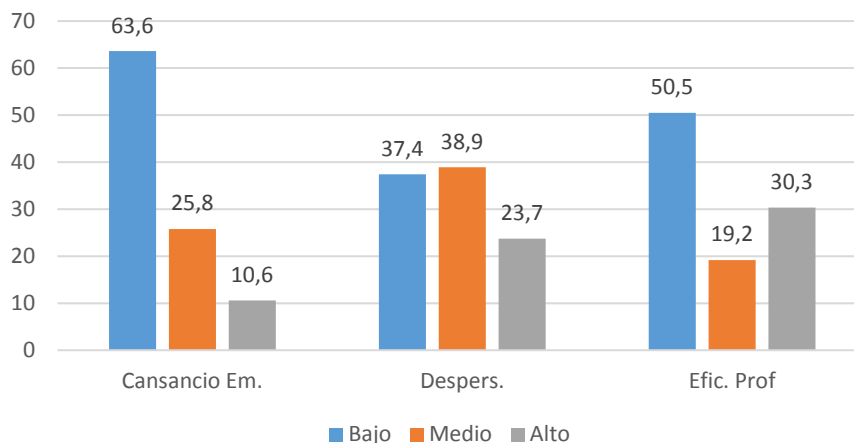
3.5 RESULTADOS

3.5.1 Síndrome de burnout en personal sanitario

El 71,21% del personal de la salud ($n=141$), posee al menos una subescala de riesgo o Indicios de burnout, mientras que un 28,79% ($n=57$) no posee riesgo. En la subescala de cansancio emocional, el 10,61% ($n=21$) de las personas entrevistadas presentan indicios de burnout en esta subcategoría, es decir, un elevado agotamiento emocional. Respecto a la subescala de Despersonalización, un 34,34% ($n=68$) muestra indicios de burnout. En cuanto a la realización personal, un 55,56% ($n=110$) de los participantes puntuaron bajo en esta escala, lo que constituye un indicio de burnout. En la Figura 32 se aprecia cómo si bien en cansancio emocional predominan los niveles bajos, lo que supone un hecho positivo, en eficacia profesional

predominan dichos niveles bajos lo que en este caso supone un aspecto negativo. Además, en despersonalización predominan los niveles medios.

Figura 32. Niveles bajos, medios y altos de las diferentes dimensiones del burnout



La identificación de participantes con niveles medios o altos de agotamiento emocional y despersonalización, junto con niveles medios o bajos de eficacia profesional, nos llevó a identificar a un total de 25 personas (12,4%) que cumplen con los criterios del síndrome de burnout, frente a un total de 177 personas (87,6%) que no cumplen con los tres criterios necesarios para considerarse que están quemados. El perfil de participantes que cumplen con los criterios de estar quemado es el de un hombre (52%) que lleva 4,2 años trabajando, con sobrepeso (48%), del entorno urbano (72%), de etnia mestiza (88%), que trabaja en un único empleo (64%), lleva más de tres años trabajando (48%), casado (48%), pertenece al personal médico (36%), no es cuidador (68%), tiene hipertensión arterial (76%) y no tiene enfermedades previas (72%).

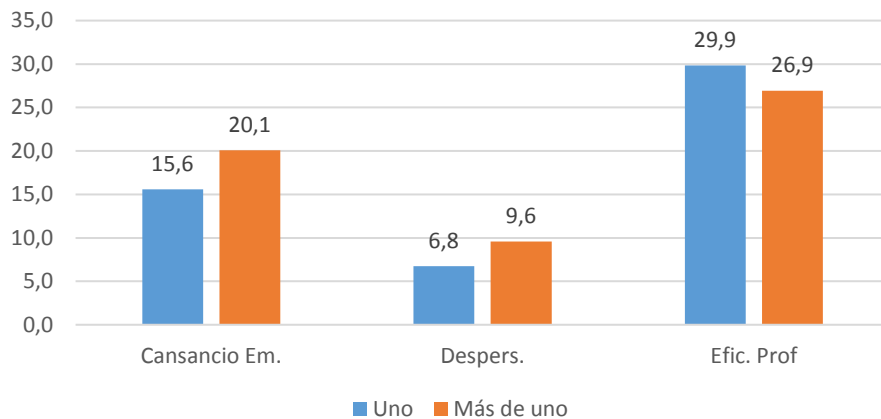
Por su parte, el perfil de quienes no se encuentran quemados se caracteriza por llevar 3,9 años trabajando, ser una mujer (57,6%), con sobrepeso (42,4%), del entorno urbano (74%), de etnia mestiza (87,6%), que trabaja en un único empleo (88,7%), lleva más de tres años trabajando (44,6%), se encuentra soltera (45,2%), pertenece al

personal interno (35%), no es cuidador (66,7%), tiene hipertensión arterial (79,1%) y no tiene enfermedades previas (78,5%).

Análisis adicionales sobre la posible influencia de variables sociodemográficas en los valores obtenidos en las tres dimensiones del burnout indicaron una ausencia de tales diferencias en función del género en agotamiento emocional ($t=-1,446$, $gl=196$; $p=0,150$), despersonalización ($t=-0,932$, $gl=196$; $p=0,353$), y eficacia profesional ($t=1,127$, $gl=196$; $p=0,261$). Tampoco se encontraron diferencias en función de la procedencia rural o urbana en agotamiento emocional ($t=0,468$, $gl=154$; $p=0,640$), despersonalización ($t=0,484$, $gl=154$; $p=0,629$), y eficacia profesional ($t=-0,819$, $gl=154$; $p=0,414$). En la misma línea, el tener personas a su cuidado o no, no ejerció una influencia diferencial en los resultados obtenidos en agotamiento emocional ($t=-1,794$, $gl=161$; $p=0,075$), despersonalización ($t=1,079$, $gl=161$; $p=0,282$), y eficacia profesional ($t=-1,099$, $gl=161$; $p=0,274$).

Sin embargo, el hecho de tener tan solo un trabajo o más de uno, se encontró asociado a diferencias estadísticamente significativas en agotamiento emocional ($t=-2,080$, $gl=191$; $p=0,039$) y en despersonalización ($t=-2,468$, $gl=191$; $p=0,014$), pero no en eficacia profesional ($t=1,008$, $gl=191$; $p=0,314$). En la Figura 33 se puede apreciar cómo quienes desempeñan más de un trabajo obtienen puntuaciones significativamente superiores en cansancio emocional y en despersonalización. Aunque obtienen puntuaciones más bajas en eficacia profesional, dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Figura 33. Puntuaciones promedio en las dimensiones de burnout en función de desempeñar uno o más trabajos



Por lo que se refiere al impacto de tener una condición de salud o no y su relación con las dimensiones del burnout, los análisis revelaron una ausencia de diferencias estadísticamente significativas en agotamiento emocional ($t=-1,831$, $gl=184$; $p=0,069$) y despersonalización ($t=0,613$, $gl=184$; $p=0,349$), pero una presencia de diferencias estadísticamente significativas en eficacia profesional ($t=-2,038$, $gl=184$; $p=0,043$) y los análisis indicaron que quienes presentan una condición de salud puntúan más alto en esta dimensión ($M=33,71$; $dt=11,67$) que quienes no tienen una enfermedad ($M=28,77$; $dt=13,21$). Los análisis de varianza revelaron que el estado civil no influyó significativamente en las puntuaciones obtenidas en agotamiento emocional [$F_{(4,191)}=0,259$; $p=0,904$], despersonalización [$F_{(4,191)}=0,412$; $p=0,800$] o eficacia profesional [$F_{(4,191)}=1,581$; $p=0,181$]. Tampoco influyó significativamente la etnia (los análisis fueron realizados tan solo con los tres grupos con submuestras suficientes: blancos, afroamericanos y mestizos), ni en agotamiento emocional [$F_{(2,189)}=0,963$; $p=0,384$], despersonalización [$F_{(2,189)}=0,288$; $p=0,750$] o eficacia profesional [$F_{(2,189)}=1,847$; $p=0,161$]. Por lo que se refiere al tiempo en que el trabajador lleva desempeñando su trabajo, el análisis de varianza reveló una ausencia de diferencias estadísticamente significativas en agotamiento emocional

[$F_{(3,193)}=0,767$; $p=0,514$], despersonalización [$F_{(3,193)}=0,623$; $p=0,601$], pero una presencia de diferencias significativas en eficacia profesional [$F_{(3,193)}=5,171$; $p=0,002$]. Los análisis post hoc (Duncan) revelaron que los grupos intermedios, es decir, los que llevaban entre 6 meses y un año ($M=24,90$; $dt=13,80$) y de uno a tres años ($M=25,38$; $dt=14,53$), obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos extremos, es decir, quienes llevaban trabajando menos de 6 meses ($M=34,07$; $dt=11,42$) o más de tres años ($M=31,80$; $dt=12,22$).

3.5.2 Desajuste psicológico en el personal sanitario

El cuanto al riesgo de depresión en el personal sanitario, un 11,63% ($n=23$) obtuvo niveles de moderado a grave. Por otro lado, un 32,32% ($n=64$) obtuvo niveles leves y un el 56,06% ($n=111$) obtuvo valores que denotan ausencia de depresión.

Análisis adicionales sobre la posible influencia de variables sociodemográficas en los valores obtenidos en depresión indicaron diferencias significativas en función del género ($t=-2,254$, $gl=196$; $p=0,025$) y los análisis indicaron que los hombres puntuaron significativamente más elevado ($M=5,93$; $dt=4,34$) que las mujeres ($M=4,55$; $dt=4,14$). No se encontraron diferencias en función de la procedencia rural o urbana en depresión ($t=1,023$, $gl=154$; $p=0,308$). En la misma línea, el tener personas a su cuidado o no, no ejerció una influencia diferencial en los resultados obtenidos ($t=-1,104$, $gl=160$; $p=0,312$).

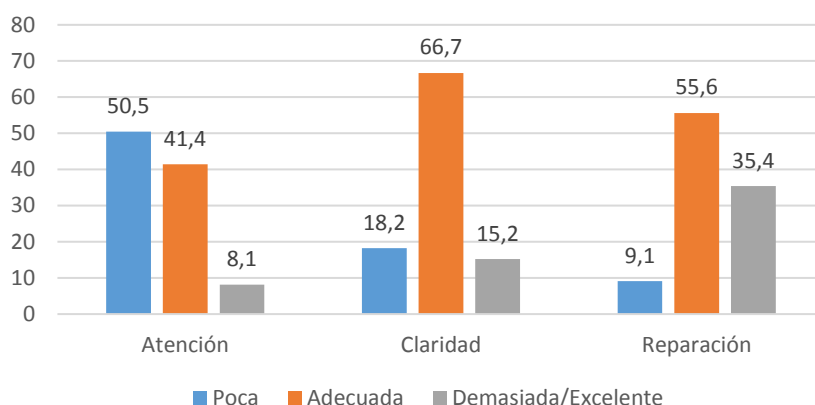
Sin embargo, el hecho de tener tan solo un trabajo o más de uno, se encontró asociado a diferencias estadísticamente significativas en depresión ($t=-2,188$, $gl=191$; $p=0,030$). Los análisis indicaron que quienes desempeñan más de un trabajo obtienen puntuaciones significativamente superiores en depresión ($M=6,92$; $dt=6,22$) que quienes tan solo desempeñan un trabajo ($M=4,88$; $dt=3,92$).

Por lo que se refiere al impacto de tener una condición de salud o no y su relación con las dimensiones del burnout, los análisis revelaron diferencias estadísticamente significativas en depresión ($t=-3,020$, $gl=184$; $p=0,003$) y también indicaron que quienes presentan una condición de salud puntúan más alto en esta dimensión ($M=7,20$; $dt=5,40$) que quienes no tienen una enfermedad ($M=4,81$; $dt=3,91$). Los análisis de varianza revelaron que el estado civil no influyó significativamente en las puntuaciones obtenidas en depresión [$F_{(4,191)}=1,627$; $p=0,169$]. La etnia produjo resultados diferenciales (los análisis fueron realizados tan solo con los tres grupos con submuestras suficientes: blancos, afroamericanos y mestizos), en depresión [$F_{(2,189)}=5,90$; $p=0,003$] y los análisis revelaron que las personas de etnia blanca puntuaron significativamente más alto ($M=8,62$; $dt=5,06$) que los compañeros de etnia mestiza ($M=5,02$; $dt=4,17$) y que los compañeros de etnia afroamericana ($M=2,33$; $dt=1,151$). Estos resultados se han de tomar con precaución, dada las diferencias en los tamaños de los subgrupos. Por lo que se refiere al tiempo en que el trabajador lleva desempeñando su trabajo, el análisis de varianza reveló una ausencia de diferencias estadísticamente significativas en depresión [$F_{(3,193)}=2,409$; $p=0,068$].

3.5.3 Inteligencia emocional en el personal sanitario

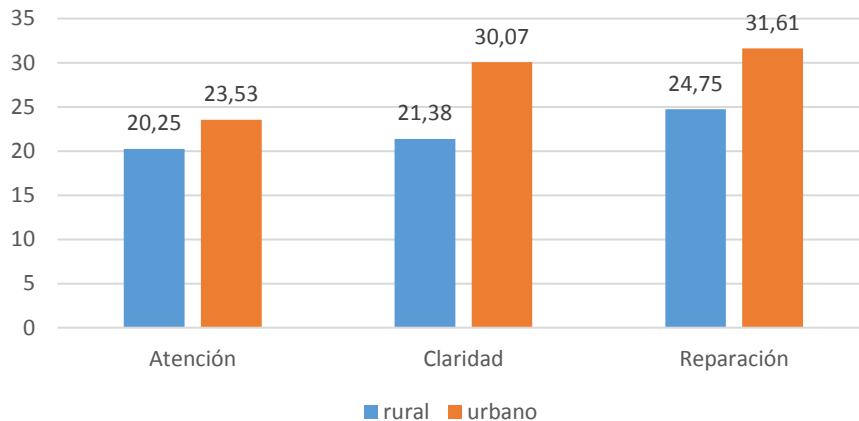
En la Figura 34 se indican los diferentes niveles obtenidos en las dimensiones de inteligencia emocional. Se aprecia cómo predominan los niveles de poca atención, adecuada claridad y adecuada reparación.

Figura 34. Niveles de atención, claridad y reparación de los participantes



Análisis adicionales sobre la posible influencia de variables sociodemográficas en los valores obtenidos en las tres dimensiones de la inteligencia emocional indicaron una ausencia de tales diferencias en función del género ($t=-1,059$, $gl=196$; $p=0,291$), claridad ($t=-0,628$, $gl=196$; $p=0,531$), pero una presencia de diferencias en reparación ($t=2,018$, $gl=196$; $p=0,045$) y los análisis revelaron que las mujeres puntuaron más alto ($M=32,33$; $dt=6,16$) que los hombres ($M=30,39$; $dt=6,47$). En cuanto a la procedencia rural o urbana, no se encontró asociado a diferencias significativas en atención ($t=-1,360$, $gl=154$; $p=0,176$), pero sí en claridad ($t=-4,098$, $gl=154$; $p<0,001$), y en reparación ($t=-3,216$, $gl=154$; $p=0,002$). En la Figura 35 se puede apreciar cómo los participantes procedentes de entornos urbanos obtuvieron puntuaciones más elevadas en las tres dimensiones, si bien tan sólo fueron significativas en la segunda y tercera.

Figura 35. Puntuaciones promedio atención, claridad y reparación de los participantes en función de la procedencia rural o urbana



En la misma línea, el tener o no personas a su cuidado, no ejerció una influencia diferencial en los resultados obtenidos en atención ($t=0,915$, $gl=160$; $p=0,361$), claridad ($t=-0,67$, $gl=160$; $p=0,947$), y reparación ($t=0,687$, $gl=160$; $p=0,493$).

El hecho de tener tan solo un trabajo o más de uno tampoco se encontró asociado a diferencias estadísticamente significativas en atención ($t=-0,693$, $gl=191$; $p=0,489$) claridad ($t=0,054$, $gl=191$; $p=0,957$), o reparación ($t=0,744$, $gl=191$; $p=0,458$).

Por lo que se refiere al impacto de tener una condición de salud o no y su relación con las dimensiones de inteligencia emocional, los análisis revelaron una ausencia de diferencias estadísticamente significativas en atención ($t=1,299$, $gl=184$; $p=0,196$) y reparación ($t=1,692$, $gl=184$; $p=0,092$), pero sí en claridad ($t=2,742$, $gl=184$; $p=0,007$), y los análisis indicaron que quienes no tienen una condición de salud puntúan más alto en esta dimensión ($M=30,20$; $dt=5,63$) que quienes tienen una enfermedad ($M=27,23$; $dt=6,36$). Los análisis de varianza revelaron que el estado civil no influyó significativamente en las puntuaciones obtenidas en atención [$F(4,191)=1,360$; $p=0,249$], claridad [$F(4,191)=0,339$; $p=0,852$] o reparación [$F(4,191)=0,739$; $p=0,567$]. La etnia influyó significativamente (los análisis fueron

realizados tan solo con los tres grupos con submuestras suficientes: blancos, afroamericanos y mestizos), en atención [$F(2,189)=6,216$; $p=0,002$], pero no en claridad [$F(2,189)=1,916$; $p=0,150$] ni en reparación [$F(2,189)=0,103$; $p=0,902$] y los análisis post hoc (Duncan), indicaron que los participantes de etnia mestiza obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas ($M=22,88$; $dt=6,84$) que los participantes de etnia afroamericana ($M=30,33$; $dt=6,12$), si bien las puntuaciones no fueron estadísticamente diferentes a los participantes de etnia blanca ($M=27,62$; $dt=5,46$). Por lo que se refiere al tiempo en que el trabajador lleva desempeñando su trabajo, el análisis de varianza reveló diferencias estadísticamente significativas en atención [$F(3,193)=2,765$; $p=0,042$] donde los participantes que llevan más años trabajando obtuvieron las puntuaciones más bajas; claridad [$F(3,193)=3,534$; $p=0,016$] donde los participantes que llevan menos tiempo trabajando obtuvieron las puntuaciones más altas, y una ausencia de diferencias significativas en reparación [$F(3,193)=1,092$; $p=0,354$].

3.5.4 Asociación entre síndrome de burnout, depresión e inteligencia emocional

En la Tabla 8 se pueden apreciar las correlaciones entre las variables de interés. Se puede apreciar cómo existen asociaciones significativas y positivas entre depresión y las variables atención emocional, agotamiento emocional, despersonalización y total en el MBI. Además existen asociaciones significativas y negativas entre depresión y reparación de las emociones y realización personal.

Tabla 8. Correlaciones de Pearson entre variables de interés

	DEP	ATEM	CLAEM	REPEM	AGEMOC	DESPER	REALPER	MBI
DEP	---	0,270**	-0,119	-0,229**	0,406**	0,274**	-0,013	0,250**
ATEM		---	0,297**	0,207**	-0,035	-0,014	-0,247**	-0,173*
CLAEM			---	0,600**	-0,030	-0,025	0,120	0,055
REPEM				---	-0,101	-0,029	0,241**	0,096
AGEMOC					---	0,692**	0,234**	0,786**
DESPER						---	0,110	0,641**
REALPER							---	0,759**
MBI								---

** signif. con $p < 0,01$ (2-colas). * signif. con $p < 0,05$ (2-colas).

Nota: DEP=Total depresión; ATEM=Atención Emocional (IE); CLAEM=Claridad Emocional (IE); REPEM= Reparación de las Emociones (IE); AGEMOC=Agotamiento Emocional (MBI); DESPER=Despersonalización (MBI); REALPER=Realización Personal (MBI); MBI=Total MBI

Para profundizar en los análisis, hemos llevado a cabo un análisis de regresión lineal de la variable depresión como predictora del total en el MBI. En la Tabla 9 se puede apreciar cómo el total en Burnout se puede estimar empleando la fórmula $=45,962+1,255 \times \text{Total Depresión}$. Es decir, por cada unidad que se tenga de depresión, el valor de riesgo para el síndrome de burnout aumenta 1,255 unidades. El coeficiente Beta $=0,25$, expresa el valor de la correlación previamente indicada en la Tabla 8, puesto que en el presente modelo hemos incluido tan solo una variable. En la Tabla 10 se puede apreciar cómo la variable depresión se predice en primer lugar, por un elevado agotamiento emocional, seguido de una elevada atención emocional y de una baja reparación de las emociones. La despersonalización no contribuyó significativamente a explicar la depresión cuando se toman las cuatro variables potencialmente predictoras conjuntamente.

Tabla 9. Regresión de la depresión (PHQ-9) sobre el total en el MBI

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Correlaciones
	B	Error típ.	Beta			
1 (Constante)	45,962	2,314		19,866	,000	
Total Depresion	1,255	,347	,250	3,620	,000	,250

A. VARIABLE DEPENDIENTE: TOTALBURNOUT

Para completar los análisis hemos procedido a considerar la depresión como variable dependiente y las dimensiones del burnout y de la inteligencia emocional como las posibles variables predictoras. En la Tabla 10 se puede apreciar cómo las variables tomadas conjuntamente explican el 31% de la varianza y el modelo predijo significativamente la variable depresión. En la Tabla 11 se aprecia cómo los valores de colinealidad son adecuados (FIV menores de 5 y próximos a 1) y cómo la depresión puede predecirse por elevados valores en agotamiento emocional, junto con puntuaciones elevadas en atención y puntuaciones bajas en reparación.

Tabla 10. Resumen del modelo de regresión sobre la depresión

Modelo	R	R ²	R ² aj	ET	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	p	
1	,557	,310	,296	3,5835	,310	21,666	4	193	,000	1,895

a. Predictores: (Constante), DESPER, TOTATEM, TOTREPEM, AGEMOC

b. Variable Dependiente: TOTDEP

Tabla 11. Coeficientes del modelo de regresión

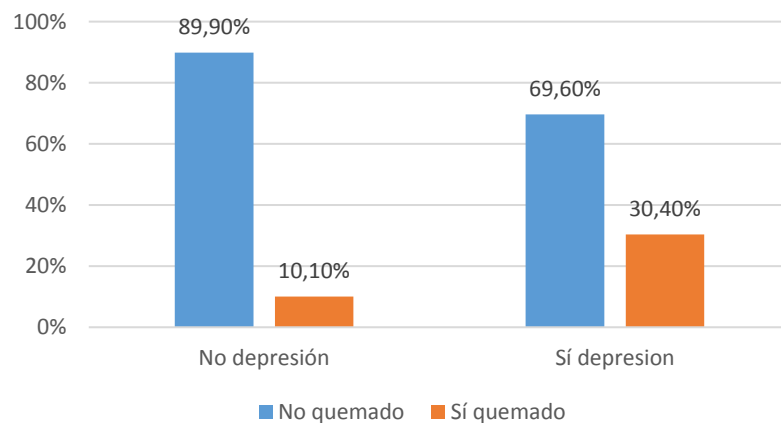
Model	Coefs. No estandarizados		Coefs. estandarizados	t	p	Estads. de colinealidad	
	B	ET	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	3,109	1,530		2,032	0,044		
TOTATEM	0,207	0,037	0,337	5,519	0,000	0,957	1,045
TOTREPEM	-0,175	0,041	-0,260	-4,224	0,000	0,945	1,058
AGEMOC	0,167	0,035	0,392	4,701	0,000	0,514	1,945
DESPER	0,000	0,067	0,000	-0,004	0,997	0,519	1,927

Variable Dependiente: TOTDEP

Finalmente, hemos recodificado las puntuaciones en depresión de modo que valores iguales o inferiores a 9 son considerados como ausencia de depresión, mientras

que valores de 10 o superior han sido considerados indicativos de depresión. Por otro lado, hemos recodificado las puntuaciones obtenidas en el MBI de modo que aquellos participantes con puntuaciones medias o altas en agotamiento emocional y despersonalización, junto con puntuaciones medias o bajas en despersonalización han sido categorizados como «quemados» o «burned-out», frente a los participantes que no cumplen con estos criterios y que por tanto han sido categorizados como no quemados. Tras este paso previo hemos procedido a realizar el análisis de la asociación entre ambas variables, empleando para ello el estadístico Chi cuadrado. El valor obtenido reveló una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=7,805$; $gl=1$; $p=0,005$) y el análisis de los residuos tipificados puso de manifiesto que es mucho más probable no estar deprimido si no se está quemado, mientras que es mucho más probable estar deprimido cuando se está quemado. En la Figura 36 se reflejan los porcentajes obtenidos en los diferentes subgrupos analizados. Se puede apreciar cómo si bien no existe un completo solapamiento entre ambas condiciones, lo que confirma la independencia de ambas entidades, es más probable que la depresión esté presente cuando se tiene burnout (y a la inversa).

Figura 36. Asociación entre estar quemado o no y estar deprimido o no



3.5.5 Síndrome de burnout, depresión e inteligencia emocional y su relación con variables físicas del personal de la salud

En la Tabla 12 se puede apreciar cómo por lo general existe una ausencia de asociación entre variables físicas y psicológicas. Tan solo se encuentran algunas asociaciones de bajo tamaño y negativas entre despersonalización y pulso y entre atención e hipertensión arterial, así como asociaciones positivas y también de baja intensidad entre agotamiento emocional y presentar una enfermedad, y entre el total en depresión y presentar una enfermedad.

Tabla 12. Correlaciones entre variables psicológicas y físicas en el personal sanitario

Variables	IMC	Perimetro Abdominal	Pulso	HTA	Enf
AGEMOC	0,027	-0,015	-0,064	0,089	0,165*
DESPER	0,075	0,023	-0,152*	0,060	-0,051
REALPER	-0,015	-0,035	0,022	0,060	0,098
TOTMBI	0,022	-0,023	-0,054	0,094	0,126
TOTDEP	-0,048	-0,083	0,075	0,093	0,226**
TOTATEM	-0,051	0,021	0,012	-0,151*	-0,055
TOTCLAEM	0,003	0,090	0,024	-0,051	-0,104
TOTREPEM	0,079	0,078	-0,023	-0,070	-0,029

** signif. con $p < 0,01$ (2-colas). * signif. con $p < 0,05$ (2-colas).

4 DISCUSIÓN

El interés por el tema del estudio de burnout nace desde antes de la Pandemia de Covid-19. En estos años se ha constatado el elevado nivel de estrés al que los trabajadores sanitarios están expuestos. Por ser la salud un bien de suma importancia en todos los sentidos y para todos, el personal sanitario asume una elevada carga de responsabilidad. En el presente estudio se puede evidenciar cómo la sobrecarga laboral se encuentra tanto en áreas de alto riesgo de mortalidad como son los cuidados intensivos o las urgencias, como en áreas consideradas de menor movimiento como atención directa, consulta externa y prevención.

En el presente estudio hemos constatado que la mayoría de los profesionales de salud tienen una edad comprendida entre 18 a 29 años. Esta edad es bastante inferior a la informada en otros estudios sobre personal sanitario. Por ejemplo, Ollachica (2019), en un trabajo realizado en Perú, refiere que el 50% del personal de enfermería tenía una edad menor a 45 años y Villanueva (2019) en otro hospital peruano encuentra que el 45% del personal sanitario tiene una edad de 30 a 39 años. Estos datos contrastan con los resultados señalados en el presente estudio. Estas diferencias podrían estar relacionadas con el incremento de bajas y abandonos de la profesión por parte del personal sanitario de más edad durante la pandemia.

Referente a los años de servicio, los resultados presentan semejanza con trabajos previos y así, en el estudio de Ollachica (2019) se constata que el 40% del personal sanitario encuestado lleva trabajando más de 10 años dentro de la institución. A su vez, en el estudio de Villanueva (2019) también se evidencia que el 40% del personal sanitario lleva como residente de 1 a 3 años dentro de la institución hospitalaria. Rueda et al. (2018), en un estudio realizado en Colombia, encuentran que

el 45% del personal tiene de 1 a 4 años de antigüedad dentro de la institución. En la presente investigación hemos constatado que la mayoría del personal trabaja en un único sitio y lleva más de tres años en la misma institución.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, el trabajo de Illatupa (2020), realizado en Perú, señala que el 78% del personal sanitario tiene hijos, en coincidencia con los hallazgos de Saltos y Zapata (2019) en su estudio realizado en Ecuador, donde encuentran que el 44% del personal sanitario que participó en su estudio tenía entre 1 y 3 hijos. Por su parte, Rueda et al. (2018) encuentran que la mayoría de los encuestados no tenía hijos y el 34,4% del personal sanitario tan solo tenía uno. Estos datos son similares a los hallados en la presente investigación, donde la mayor parte de los participantes señalaron tener un hijo o ninguno. En nuestro caso, la juventud de los encuestados podría explicar este hallazgo, a diferencia de lo que sucede en el estudio de Rueda et al (2018) cuyas edades promedio se encuentran entre los 26 y los 35 años.

En cuanto al riesgo de depresión, en el estudio de Laird et al. (2019) se obtiene que de las personas encuestadas, el 50.4% presenta síntomas depresivos, síntomas de ansiedad el 44.6%, insomnio 34% y estrés el 71.5%, resultados que se asociaron al trabajo en primera línea con pacientes Covid-19. Por su parte Bámaca (2019) en su estudio realizado en Guatemala, señala que el 55% del personal sanitario presenta un nivel alto de agotamiento emocional, el 65% tiene un nivel alto de despersonalización, y el 70% evidenció un nivel bajo de realización personal. Resultados que contrastan con los hallazgos del presente estudio que recogen tasas más bajas de este síndrome, puesto que el 10% de las personas encuestadas presentaron indicios de agotamiento emocional, el 34% presentó indicios de Despersonalización y el 55% presentó indicios de baja Realización personal. En total, un 12,4% de los participantes en el estudio

cumplen con los tres criterios necesarios para considerar que presentan el síndrome de burnout. Estos porcentajes son muy inferiores a los obtenidos en estudios previos como el de Alvarado y Robles (2020) en el que se encontró que el 25,3% de los encuestados presentaba burnout. La mayor juventud de la muestra empleada en el presente estudio y, por tanto, la menor antigüedad en el puesto de trabajo, podría estar en la base de estas diferencias.

En cuanto a la asociación entre el síndrome de burnout y el riesgo de depresión, en el presente estudio y de acuerdo con nuestras predicciones, se obtuvo una asociación positiva entre el síndrome de burnout y el riesgo de depresión, expresado en una correlación de 0,25 ($p < 0,001$); los análisis indicaron además la existencia de una asociación más elevada entre el riesgo de depresión y el agotamiento emocional, con una asociación de 0,41 ($p < 0,001$), así como entre la depresión y la despersonalización, cuya correlación fue de 0,27 ($p < 0,001$). Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre depresión y realización personal. Por tanto, podemos afirmar que existe una asociación positiva y significativa entre los componentes de agotamiento emocional y despersonalización del síndrome de burnout y el riesgo de depresión en el personal sanitario. Además, tras la recodificación en dos grupos (ausencia vs. presencia) de las puntuaciones en burnout y depresión, los análisis Chi cuadrado confirmaron la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambos síndromes. Estos resultados contrastan con los obtenidos en el estudio de Alvarado y Robles (2020) realizado en Ecuador, con internos que trabajaban haciendo rotaciones, donde los análisis Chi cuadrado no revelaron asociaciones significativas. En esta misma línea en el estudio realizado en Perú por Villegas (2017), tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia del síndrome de burnout y la presencia de depresión en el personal

médico de una institución hospitalaria. Nuestros resultados coinciden sin embargo con otros trabajos existentes en la literatura internacional que confirman la asociación entre burnout y depresión, como el realizado por Ortiz y Beltrán (2019), realizado con médicos internos encuestados, o el llevado a cabo por Granados y Aparicio (2020). También va en la línea de estudios que han empleado específicamente el MBI y han confirmado su asociación con puntuaciones en depresión (Valente et al., 2018).

Respecto a la inteligencia emocional y su asociación con el burnout, tan solo hemos obtenido correlaciones significativas entre la realización personal y la atención emocional ($r=-0,247$; $p<0,001$) y entre dicha realización personal y la Reparación de las Emociones ($r=0,241$; $p<0,001$). A su vez, las puntuaciones obtenidas en el MBI se asocian significativa y negativamente con la atención emocional ($r=-0,173$; $p<0,005$). Estos datos coinciden con los hallazgos de Ortiz y Beltrán (2019) realizado en Perú con médicos internos.

Tomadas conjuntamente las variables de inteligencia emocional y las dimensiones del burnout, los análisis de regresión indicaron que las puntuaciones en depresión son predichas por elevadas puntuaciones en atención emocional, elevado agotamiento emocional y bajas puntuaciones en reparación de las emociones. En definitiva, una combinación de factores relacionados con la inteligencia emocional y con el burnout ayudan a explicar las puntuaciones en depresión.

Por lo que se refiere a la asociación entre el IMC y el síndrome de burnout, en el presente estudio no se ha encontrado asociación significativa entre dichas variables, ni entre dicho IMC y las dimensiones del burnout. Tampoco se ha obtenido asociación significativa con el perímetro abdominal y el burnout. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Vilchez y Huamán (2017), quienes encontraron que el personal sanitario que presentó un IMC de 25-30 kg/m² (RP: 1,57; IC: 1,14 – 2,14) y de >30

kg/m² (RP: 2,68; IC: 1,75 – 4,11), presentaba una mayor probabilidad de padecer síndrome de burnout a diferencia de quienes presentaban un IMC menor a 25 kg/m².

Por otra parte, en el análisis de la relación entre el síndrome de burnout y la hipertensión, tampoco hemos encontrado asociaciones significativas. Estos resultados difieren de los obtenidos por Roland (2020) en cuanto a que el autor obtuvo asociaciones significativas, si bien la correlación obtenida entre ambas variables fue de un tamaño muy bajo, debido fundamentalmente a lo amplio de su muestra. Por otro lado, nuestros análisis indican que existe una asociación significativa y positiva entre tener una enfermedad y experimentar un elevado agotamiento emocional, así como elevada depresión. Si bien las características del estudio y de los análisis realizados, impiden extraer conclusiones de causalidad, se aprecia cómo existe una importante asociación entre la salud física, la salud psicológica y la salud laboral, lo que está en consonancia con investigaciones previas (Armenta-Hernández et al., 2021; Brockmann y Ross, 2020; Buss, 2012; da Silva et al., 2021; Fang et al., 2018; Geda et al., 2022; Gideon et al., 2019; Han et al., 2011; Han et al., 2012; Heraclides et al., 2012; Robaina et al., 2010; Vigna et al., 2019) y con la propia definición de salud entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1946).

El presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la muestra es de conveniencia y pertenece a un único hospital, por lo que los resultados se han de tomar con las necesarias precauciones. Por otro lado, se ha adoptado un diseño transversal, por lo que no es posible valorar los efectos o los cambios que, desde el punto de vista de la salud, estén experimentando los participantes; tampoco es posible extraer relaciones causa-efecto. En tercer lugar, el estudio ha empleado cuestionarios como vía para la recogida de información. Si bien esta estrategia ha sido posible en tiempos de pandemia, no nos ha sido posible controlar efectos como la deseabilidad

social, o la simulación. Tampoco ha sido posible establecer un contacto más personal o emplear otras técnicas complementarias de recogida de información como la entrevista o la observación directa. Por tanto, posteriores estudios deberán servir para confirmar o refutar los presentes hallazgos.

5 CONCLUSIONES

Según los datos recabados podemos afirmar que el 71,21% del personal de la salud (n=141) posee al menos una subescala de riesgo o Indicios de burnout, mientras que un 28,79% (n=57) no posee riesgo. En total, un 12,4% de los participantes cumplen con los tres criterios necesarios para considerarse que presentan burnout. El perfil de estos profesionales quemados es el de un hombre que lleva 4,2 años trabajando, con sobrepeso, del entorno urbano, de etnia mestiza, que trabaja en un único empleo, está casado, pertenece al personal médico, no es cuidador, tiene hipertensión arterial y no tiene enfermedades previas.

En el presente estudio se ha constatado que existen asociaciones significativas y positivas entre depresión y las variables atención emocional, agotamiento emocional, despersonalización y total en el MBI. Además, existen asociaciones significativas y negativas entre depresión y reparación de las emociones y realización personal. La inteligencia emocional y el burnout, o al menos algunas de sus dimensiones, predicen la depresión.

En cuanto al riesgo de depresión en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador), un 11,63% (n=23) obtuvo niveles de moderado a grave. Por otro lado, un 32,32% (n=64) obtuvo niveles leves y un el 56,06% (n=111) obtuvo valores que denotan ausencia de depresión. Análisis adicionales sobre la posible influencia de variables sociodemográficas en los valores obtenidos en depresión indicaron diferencias significativas en función del género ($t=-2,254$, $gl=196$; $p=0,025$) y los análisis indicaron que los hombres puntuaron significativamente más elevado ($M=5,93$; $dt=4,34$) que las mujeres ($M=4,55$; $dt=4,14$). Así mismo, quienes desempeñan más de un trabajo obtienen puntuaciones significativamente superiores

en depresión ($M=6,92$; $dt=6,22$) que quienes tan solo desempeñan un trabajo ($M=4,88$; $dt=3,92$).

En lo que refiere a la caracterización de la Inteligencia emocional en el personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador), podemos concluir que predominan los niveles de poca atención, adecuada claridad y adecuada reparación. En las tres dimensiones de la inteligencia emocional se indica una ausencia de tales diferencias en función del género en atención ($t=-1,059$, $gl=196$; $p=0,291$), claridad ($t=-0,628$, $gl=196$; $p=0,531$), pero una presencia de diferencias en reparación ($t=2,018$, $gl=196$; $p=0,045$) y los análisis revelaron que las mujeres puntuaron más alto ($M=32,33$; $dt=6,16$) que los hombres ($M=30,39$; $dt=6,47$). También, los participantes procedentes de entornos urbanos obtuvieron puntuaciones más elevadas en las tres dimensiones. Se indica que quienes no tienen una condición de salud puntúan más alto en la dimensión claridad ($M=30,20$; $dt=5,63$). Así también, los participantes de etnia mestiza obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en atención ($M=22,88$; $dt=6,84$) que los participantes de etnia afroamericana ($M=30,33$; $dt=6,12$).

Con relación a la determinación de la relación entre el síndrome de burnout y los aspectos físicos y psicológicos del personal sanitario del Hospital IESS de Durán (Ecuador), existe una ausencia de asociación entre variables físicas y psicológicas encontrándose solamente algunas asociaciones de bajo tamaño y negativas entre despersonalización y pulso y entre atención e hipertensión arterial, así como asociaciones positivas y también de baja intensidad entre agotamiento emocional y presentar una enfermedad, y entre el total en depresión y presentar una enfermedad.

En cuanto a lo referente a las hipótesis planteadas, podemos indicar que el personal sanitario que trabajó durante la Pandemia COVID-19 presentó riesgo del síndrome de burnout y depresión por tener una baja inteligencia emocional.

Adicionalmente, existe una asociación positiva entre el síndrome de burnout y la depresión. También, existe una asociación negativa entre burnout e inteligencia emocional y conductas de salud. Por último, no se pudo probar que exista una asociación entre el síndrome de burnout y variables de salud físicas como el IMC, el perímetro abdominal y la HTA.

6 RECOMENDACIONES

En base al estudio realizado, y tomando en consideración las conclusiones se recomienda tener en cuenta el ritmo del trabajo actual, donde el beneficio económico para la compañía tiende a ser la prioridad, sin tener en cuenta el impacto financiero que supone tener una organización y unos trabajadores enfermos. Es imprescindible mejorar las organizaciones para que el empleado sienta que su trabajo tiene sentido y perciba un camino visible de superación dentro de un contexto de formación y mejora continua. La etnia mestiza parece encontrarse en riesgo de burnout, por ello es importante poner en marcha medidas preventivas especialmente en este grupo de personas, tratando de incorporar características culturales. Dado que una mayor antigüedad en el puesto, así como ser médico varón, se asocia a una mayor probabilidad de encontrarse quemado, y dado que, por otro lado, parece que las mujeres tienen un mayor riesgo de burnout, se deben acentuar las medidas de igualdad de género con respecto a la carga laboral, puestos de trabajo y actividades propuestas. También es necesario promover medidas de conciliación para todos, eliminando trabajo innecesario y manejando el tiempo del modo más eficiente.

Por otro lado, dado que el riesgo de depresión es mayor en los varones, se recomienda que se capacite en la importancia del poder expresar abiertamente las dificultades que se encuentren a nivel laboral, ya que como señalamos en el marco teórico los hombres tienen a no compartir sus sentimientos y tienden a acudir a consulta profesional cuando los niveles de burnout son ya muy elevados o las consecuencias en la salud son más severas. Así mismo, dado que quienes realizan más de un trabajo tienen mayor riesgo de depresión, es recomendable analizar el motivo por el cual los trabajadores buscan un segundo empleo; en caso de deberse a la

remuneración se propone la puesta en marcha de medidas de incremento salarial o, cuando menos, de bonificación de las horas extra.

En cuanto a la inteligencia emocional, los datos indican que las mujeres puntúan más alto en reparación que los hombres. Esta es la capacidad de controlar las emociones, ya sean positivas o negativas. Por tanto, los hombres requieren ayuda para fortalecer su autocontrol frente a situaciones adversas laborales. Se recomienda que las compañías inviertan en programas de autoconocimiento y mejora de la inteligencia emocional con un enfoque de género. Es favorable para la dimensión claridad que las personas no tengan ninguna condición de salud y se mantengan sanas. En consecuencia, es recomendable que se eduque al personal en conductas saludables de prevención y mantenimiento de la salud, como por ejemplo los hábitos alimenticios, el ejercicio y la salud mental.

En base al estudio realizado y las asociaciones encontradas se puede recomendar el fortalecimiento de la inteligencia emocional para todo el personal sanitario ya que es un factor protector del riesgo de burnout y depresión. Así mismo, se recomienda el reconocimiento temprano de las características de riesgo de depresión mediante pruebas de cuestionarios, encuestas y entrevistas, ya que el mismo está positivamente relacionado con niveles altos de burnout.

Adicionalmente, es recomendable continuar con la investigación y dar respuesta a las limitaciones que se han señalado. Así también, sería aconsejable realizar intervenciones, ya sean presenciales o a través de plataformas móviles, en esta población que sirvan de protección contra el burnout.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, P. y Robles, A. (2020). Frecuencia de síndrome burnout en internos rotativos de medicina que presenten depresión, Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34934/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACIÓN%20%283%29.pdf>
- Ahmed, F., Hawulte, B., Yuya, M., Birhanu, S. y Oljira, L. (2022). Prevalence of burnout and associated factors among health professionals working in public health facilities of Dire Dawa city administration, Eastern Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 10, 836654. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.836654>
- Amri, A., Abidli, Z., Bouzaaboul, M., Rabea, Z., Touhami Aham, A. O. y Soulaymani, A. (2021). Psychometric Validation of the Maslach Burnout Inventory (MBI) Adapted to Moroccan Teachers. *Medico-Legal Update*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i1.2267>
- Anchatuña, N. (2018). Relación entre inteligencia emocional y depresión de estudiantes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(1), 18-25. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v55n1/art03.pdf>
- Antonsdottir, I., Rushton, C. H., Nelson, K. E., Heinze, K. E., Swoboda, S. M. y Hanson, G. C. (2022). Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 31(1/2), 196-208. <https://doi.org/10.1111/jocn.15896>
- Apaza, C. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19. Peru *Revista Venezolana de Gerencia*, 25 (90), 402-413. <https://www.redalyc.org/journal/290/29063559022/29063559022.pdf>
- Appiani, F., Rodriguez, F., Sarotto, L., Yaryour, C., Basile, M. y Duarte. (2021). Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(5). <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317>
- Armenta, O., Maldonado, A. y Camacho, M. (2021). The relationship between the burnout syndrome dimensions and body mass index as a moderator variable on obese managers in the Mexican Maquiladora Industry. *Frontiers in Psychology*, 12, 540426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.540426>
- Aziraj-Smajčić, V. y de la Fosse, C. (2021). EMDR techniques and behavioral therapy in group training dealing with stress. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 1), 24–28.
- Bakhamis, L., Paul, D. P., Smith, H. y Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *The Health Care Manager*, 38(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000243>
- Bámaca, J. (2019). *Factores que influyen en la conducta hostil de las enfermeras del Hospital Roosevelt de la consulta externa de la jornada matutina*. Universidad de San Carlos de Guatemala. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/13019>

- Barello, S., Palamenghi, L. y Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Becerra, X. (2020). Prevención del síndrome de burnout en el personal del Gobierno Autónomo Descentralizado. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6824>
- Bedoya, A. y Romaña, E. (2018). Factores desencadenantes del síndrome de burnout en los profesionales de salud. *Saber*, 30, 373-380. <https://core.ac.uk/download/pdf/235925241.pdf>
- Beidas, R., Marcus, S., Wolk, C., Powell, B., Aarons, G., Evans, A., Hurford, M., Hadley, T., Adams, D., Walsh, L., Babbar, S., Barg, F. y Mandell, D. (2016). A prospective examination of clinician and supervisor turnover within the context of implementation of evidence-based practices in a publicly-funded mental health system. *Administration & Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 43(5), 640-649. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0673-6>
- Beierle, S. P., Kirkpatrick, B. A., Heidel, R. E., Russ, A., Ramshaw, B., McCallum, R. S. y Lewis, J. M. (2019). Evaluating and Exploring Variations in Surgical Resident Emotional Intelligence and Burnout. *Journal of Surgical Education*, 76(3), 628–636. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.11.004>
- Brady, K. J. S., Sheldrick, R. C., Ni, P., Trockel, M. T., Shanafelt, T. D., Rowe, S. G. y Kazis, L. E. (2021). Examining the measurement equivalence of the Maslach Burnout Inventory across age, gender, and specialty groups in US physicians. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00312-2>
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A. y Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PloS One*, 12(12), e0188418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188418>
- Bravo, D. M., Suárez-Falcón, J. C., Bianchi, J. M., Segura-Vargas, M. A. y Ruiz, F. J. (2021). Psychometric Properties and Measurement Invariance of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in Colombia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5118. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105118>
- Brockmann, A. N. y Ross, K. M. (2020). Bidirectional association between stress and physical activity in adults with overweight and obesity. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(2), 246-253. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00145-2>
- Bru-Luna, L. M., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C. y Cervera-Santiago, J. L. (2021). Emotional intelligence measures: A systematic review. *Healthcare*, 9(12), 1696. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121696>
- Burnout Syndrome vs Adrenal Fatigue. (n.d.). descargado el 1 de abril de 2022, de la dirección <https://www.adrenaladvice.com/burnout-syndrome.shtml>
- Buss, J. (2012). Associations between obesity and stress and shift work among nurses. *Workplace Health & Safety*, 60(10), 453-459. <https://doi.org/10.3928/21650799-20120926-66>

- Calderón-De la Cruz, G. A. y Merino-Soto, C. (2020). Analysis of the Internal Structure of the Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey) in Peruvian Physicians. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(2), 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9275>
- Calderón-de la Cruz, G. A., Merino-Soto, C., Juárez-García, A., Dominguez-Lara, S. y Fernández-Arata, M. (2020). ¿Es replicable la estructura factorial del Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) en la profesión de enfermera del Perú?: un estudio nacional. *Enfermería Clínica*, 30(5), 340-348. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.013>
- Cañadas, G; San Luis, C. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46 (1), 44-54. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-pdf-X0120053414519837>
- Card, A. J. (2018). Physician burnout: Resilience training is only part of the solution. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 267-270. <https://doi.org/10.1370/afm.2223>
- Caruso, R., Annaloro, C., Arrigoni, C., Ghizzardi, G., Dellafiore, F., Magon, A., Maga, G., Nania, T., Pittella, F. y Villa, G. (2021). burnout and post-traumatic stress disorder in frontline nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review and meta-analysis of studies published in 2020. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 92(S2), e2021428. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11796>
- Cassiani, A. y Vargas, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena. *Biomédica*, 37 (sup. 1), 112-120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Cassidy, S. A., Bradley, L., Bowen, E., Wigham, S. y Rodgers, J. (2018). Measurement properties of tools used to assess depression in adults with and without autism spectrum conditions: A systematic review. *Autism Research*, 11(5), 738–754. <https://doi.org/10.1002/aur.1922>
- Cassini, C. y Pérez, E. (2017). Validez de apariencia y adaptación de la escala PHQ-9 para la detección de sintomatología depresiva en universitarios de ciencias de la salud de Cartagena. *Salud Uninorte*, 34 (1), 75-87. <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.9154>
- Castellanos, S. (2019). *Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de empresa termoeléctrica*. <https://repositorio.unan.edu.ni/12510/>
- Cauna, E. (2019). *Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los servicios de atención de urgencia en la Región Tacna*. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3677>
- Chamba, J. (2020). Temor asistencial del personal de enfermería ante la pandemia del COVID 19. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 15(17), 880.
- Chang, C. (2020). *Diseño de aplicativo para contrarrestar los efectos negativos del síndrome de «burnout» en los jóvenes de 19-23 años que estudian y trabajan*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad San Ignacio de Loyola, <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/9939>

- Chauca, R. (2021). [Covid-19 in Ecuador: Political fragility and vulnerability of public health]. *Historia, Ciencias, Saude--Manguinhos*, 28(2), 587–591. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000003>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J.-J., Jen, H.-J., Kang, X. L., Kao, C.-C. y Chou, K.-R. (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 102–116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Cheung, R., Yu, B., Iordanous, Y. y Malvankar-Mehta, M. S. (2021). The Prevalence of Occupational Burnout Among Ophthalmologists: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 124(5), 2139–2154.
- Choi, Y. G., Choi, B. J., Park, T. H., Uhm, J. Y., Lee, D. B., Chang, S. S. y Kim, S. Y. (2019). A study on the characteristics of Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) of workers in one electronics company. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 31, e29. <https://doi.org/10.35371/aoem.2019.31.e29>
- Chowdhury, S. R., Kabir, H., Mazumder, S., Akter, N., Chowdhury, M. R. y Hossain, A. (2022). Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses: A cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 17(9), e0274965. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274965>
- Chungrado, A., Licuy, L. y Meza, M. (2019). síndrome de burnout en médicos: abordaje práctico en la actualidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38 (1), 77, 2019 http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16425.
- Chuquirima, M. (2018). *Síndrome de burnout y su relación con hipertensión arterial en el personal de la Unidad de Flagrancia*. [Tesis Doctoral]. Universidad Central del Ecuador <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17948>
- Collins, C., Pichan, C., McGee, L., Siden, J. Y. y Brower, K. (2022). Assessing Student Burnout, Treatment Acquisition, and Barriers to Care to Prompt Changes in a Student Mental Healthcare Program. *Academic Psychiatry*, 1–5. <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01685-2>
- Condori, M. y Feliciano, V. (2020). *Estrategias de afrontamiento al estrés y ansiedad en trabajadores de un centro de salud en cuarentena*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Autónoma de Ica [http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/728/1/Maritz a%20Condori%20Chambi.pdf](http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/728/1/Maritz%20Condori%20Chambi.pdf)
- Coryell, W. (2019). Introducción a los trastornos del estado de ánimo - Trastornos de la salud mental. *Manual MSD versión para público general*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>
- Coryell, W. (2020). Trastornos del depresivos. *Manual MSD versión para público general*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

- Costantini, L., Pasquarella, C., Odone, A., Colucci, M. E., Costanza, A., Serafini, G., Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Brakoulias, V., Amore, M., Ghaemi, S. N. y Amerio, A. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 279, 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>
- Crippa, J. A. S., Zuardi, A. W., Guimarães, F. S., Campos, A. C., de Lima Osório, F., Loureiro, S. R., Dos Santos, R. G., Souza, J. D. S., Ushirohira, J. M., Pacheco, J. C., Ferreira, R. R., Mancini Costa, K. C., Scomparin, D. S., Scarante, F. F., Pires-Dos-Santos, I., Mechoulam, R., Kapczinski, F., Fonseca, B. A. L., Esposito, D. L. A., ... Burnout and Distress Prevention With Cannabidiol in Front-line Health Care Workers Dealing With COVID-19 (BONSAI) Trial Investigators. (2021). Efficacy and Safety of Cannabidiol Plus Standard Care vs Standard Care Alone for the Treatment of Emotional Exhaustion and Burnout Among Frontline Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 4(8), e2120603. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.20603>
- Cuchumbe, M. y Castilla, L. (2018). *Síndrome de burnout y la inteligencia emocional en los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores*. <https://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/1642>
- da Silva, J. C., Garcez, A., Cibeira, G. H., Theodoro, H. y Olinto, M. T. A. (2021). Relationship of work-related stress with obesity among Brazilian female shift workers. *Public Health Nutrition*, 24(2), 260-266. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004243>
- Danet Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clinica*, 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- de Beer, L. T. y Bianchi, R. (2019). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory: A Bayesian structural equation modeling approach. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(2), 217-224. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000392>
- de Jong, M. A., Nieuwenhuijsen, K. y Sluiter, J. K. (2016). Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians. *Occupational Medicine*, 66(7), 506–513. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw030>
- de Las Heras-Rosas, C., Herrera, J. y Rodríguez-Fernández, M. (2021). Organisational Commitment in Healthcare Systems: A Bibliometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2271. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052271>
- de Oliveira, G. M. M., Lemke, V. G., Paiva, M. S. M. de O., Mariano, G. Z., Silva, E. R. G. A., da Silva, S. C. T. F., dos Santos, M. A., Barbosa, I. C. de Q., Lantieri, C. J. B., Duarte, E. da R., Izar, M. C. O., Anzolch, K. J., Gerez, M. A. E., Ramos, M. V. de O., Lopes, M. A. A. A. de M., do Nascimento, E. M. y Wenger, N. K. (2022). Mulheres Médicas: Burnout durante a Pandemia de COVID-19 no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 119(2), 307–316. <https://doi.org/10.36660/abc.20210938>

- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15 (2), 1-23. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- de Souza Pereira, S., Fornés-Vives, J., Unda-Rojas, S. G., Pereira-Junior, G. A., Juruena, M. F. y Cardoso, L. (2021). Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey in health professionals in emergency services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3386. 8 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3320.3386>
- DeTore, N. R., Sylvia, L., Park, E. R., Burke, A., Levison, J. H., Shannon, A., Choi, K. W., Jain, F. A., Coman, D. C., Herman, J., Perlis, R., Fava, M. y Holt, D. J. (2022). Promoting resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic with a brief online intervention . *Journal of Psychiatric Research*, 146, 228-233. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.11.011>
- Dincer, B. y Inangil, D. (2021). The effect of emotional freedom techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore*, 17(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.012>
- Doherty, A. S., Mallett, J., Leiter, M. P. y McFadden, P. (2021). Measuring burnout in social work: Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory—Human Services Survey. *European Journal of Psychological Assessment*, 37(1), 6-14. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000568> y 10.1027/1015-5759/a000568 (Supplemental)
- Domínguez, C. y Granillo, D. (2020). *Programa de intervención psicolaboral, orientado a disminuir gradualmente los síntomas de la depresión que afecta el desempeño de los trabajadores en su puesto laboral y sus relaciones interpersonales*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de El Salvador. <https://ri.ues.edu.sv>
- Dossett, M. L., Needles, E. W., Nittoli, C. E. y Mehta, D. H. (2021). Stress Management and Resiliency Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods, Quality-Improvement, Cohort Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 63(1), 64-68. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002071>
- Duggal, H. (2019). Self-Management of Depression: Beyond the Medical Model. *The Permanente Journal*, 23 (18), 295. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-295>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. y Moriano, J. A. (2022). burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- Fang, L., Hsiao, L.-P., Fang, S.-H. y Chen, B.-C. (2018). The associations with work stress, social support and overweight/obesity among hospital nurses: A cross-sectional study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 54(2), 182-194. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1476166>
- Faraci, P. (2018). Testing for the dimensionality of the Maslach Burnout Inventory (MBI) on a sample of high school teachers. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(1), 50-59.

- Fernández, M. (2019). *La inteligencia emocional en la práctica enfermera*. [Trabajo Fin de Grado]. <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/1269>
- Fernández, N. (2019). Atención plena como estrategia de intervención en el burnout. 44.[Trabajo Fin de Grado]. Universidad de León. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/728>
- Fiorilli, C; Farina, E; Buonomo, I; Costa, S; Romano, L; Larcán, R; & Kv, P. (2020). Trait emotional intelligence and school burnout: The mediating role of resilience and academic anxiety in high school. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 17, 3058. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093058>
- Fteiha, M. y Awwad, N. (2020). Emotional intelligence and its relationship with stress coping style. *Health Psychology Open*, 7(2), 2055102920970416. <https://doi.org/10.1177/2055102920970416>
- Galaiya, R., Kinross, J. y Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401–407. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0040>
- Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A. y Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 10.1111/jan.14839. <https://doi.org/10.1111/jan.14839>
- García Fernández, J. (2020). Burnout – revisión bibliográfica. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. <https://revistamedica.com/burnout-revision-bibliografica/>
- Garvey, T. (2019). Clinical definition of overweight and obesity. *Bariatric Endocrinology*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95655-8_7
- Geda, N. R., Feng, C. X. y Yu, Y. (2022). Examining the association between work stress, life stress and obesity among working adult population in Canada: findings from a nationally representative data. *Archives of Public Health*, 80(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00865-8>
- Gideon, A., Sauter, C. y Fieres, J. (2019). Kinetics and Interrelations of the Renin Aldosterone Response to Acute Psychosocial Stress: A Neglected Stress System. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(3), e762–e773. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz190> .
- Gleason, F., Baker, S. J., Wood, T., Wood, L., Hollis, R. H., Chu, D. I. y Lindeman, B. (2020). Emotional Intelligence and burnout in Surgical Residents: A 5-Year Study. *Journal of Surgical Education*, 77(6), e63–e70. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.07.044>
- Gómez García, R., Alonso Sangregorio, M. y Llamazares Sánchez, M. L. (2019). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) in a sample of Spanish social workers. *Journal of Social Service Research*, 45(2), 207-219. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1480549>
- González, R, González, V.M. y de la Gándara, J. (2004). *El médico con burnout, conceptos básicos y habilidades prácticas*. IM&C

- Gonzalez, V. (2014). El médico con burnout, conceptos básicos y habilidades prácticas. *IM&C*
- González-Rodríguez, R., Domínguez Alonso, J., Verde-Diego, C. y Frieiro Padín, P. (2020). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory - Human Services in social work professionals in Spain. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13256>
- González-Rodríguez, R., Domínguez Alonso, J., Verde-Diego, C. y Frieiro Padín, P. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory - Human Services in Social Work professionals in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 949-956. <https://doi.org/10.1111/hsc.13256>
- Górriz, A. B., Etchezahar, E., Pinilla-Rodríguez, D. E., Giménez-Espert, M. del C. y Soto-Rubio, A. (2021). Validation of TMMS-24 in Three Spanish-Speaking Countries: Argentina, Ecuador, and Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9753. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189753>
- Granados, L. y Aparicio, M. (2020). Depresión, ansiedad y estrés y su relación con el burnout en profesorado no universitario. *Revista Espacios*, 41 (30), 127-141. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n30/a20v41n30p11.pdf>
- Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A. y Spiegel, J. M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), E4396. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>
- Green, S., Markaki, A., Baird, J., Murray, P. y Edwards, R. (2020). Addressing Healthcare Professional Burnout: A Quality Improvement Intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 213–220. <https://doi.org/10.1111/wvn.12450>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, Ö. y Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: A randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. y Werner, S. (2016). Health-related quality of life in patients with Burnout on sick leave: Descriptive and comparative results from a clinical study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(2), 319–329. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1075-5>
- Grisolia, J. (2016.). *Un poco de historia sobre el burnout, nuevo 2016*. *Revista Ideides*: <http://revista-ideides.com/un-poco-de-historia-sobre-el-burnout-nuevo-2016/>
- Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., García-Gómez, A., Moreno-Manso, J. M. y García-Baamonde, M. E. (2020). Quality of Working Life, Psychosocial Factors, Burnout Syndrome and Emotional Intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), E9550. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249550>

- Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>
- Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L. y Geiger-Brown, J. (2011). Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. *The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 488-495. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346fff>
- Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., Geiger-Brown, J., Johnson, K. J. y Sungae, P. (2012). Comparison of Job Stress and Obesity in Nurses With Favorable and Unfavorable Work Schedules. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 54(8), 928-932. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31825b1bfc>
- Hawrot, A. y Koniewski, M. (2018). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory–Educators Survey in a Polish-speaking sample. *Journal of Career Assessment*, 26(3), 515-530. <https://doi.org/10.1177/1069072717714545>
- Heraclides, A. M., Chandola, T., Witte, D. R., Brunner, E. J., Heraclides, A. M., Chandola, T., Witte, D. R. y Brunner, E. J. (2012). Work stress, obesity and the risk of type 2 diabetes: gender-specific bidirectional effect in the Whitehall II study. *Obesity*, 20(2), 428-433. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.95>
- Here's the history of our burnout problem. (n.d.). Washington Post. Retrieved March 14, 2022, from <https://www.washingtonpost.com/history/2022/01/01/burnout-history-history->
- Hernández, C. (2018). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en Educación Médica*, 3(11), 155-160. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n11/v3n11a6.pdf>
- Hidrobo, J. y Castillo, R. (2017). La depresión y su intento autolítico. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia, y Gestion*, 2, 63-72.
- Hollon, S. y Shelton, R. (2006). Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: Preliminary findings from the STAR. *The Journal of Psychiatry Research*, 40 (1), 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.008>
- Homotoff, K. (2021). Defusing aggressive behavior in the healthcare setting. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 34(9), 46–49. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000758216.65209.27>
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37 (2) 327-334. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419/3537>
- Huey, C. W. T. y Palaganas, J. C. (2020). What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. *Medical Teacher*, 42(5), 550-560. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1714020>
- Illatupa, A. A. y Paredes, J.A. (2020). *Caracterización del trastorno depresivo en personal médico de tres hospitales, Cusco- 2020*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Andina. https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3376/Andy_Jeinner_tesis_bachiller_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Illescas, M. (2018). *Prevalencia del síndrome de burnout, factores asociados y calidad de vida laboral en los médicos del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33446>
- Jackson, T. N., Percy, C. P., Khorgami, Z., Agrawal, V., Taubman, K. E. y Truitt, M. S. (2018). The Physician Attrition Crisis: A Cross-Sectional Survey of the Risk Factors for Reduced Job Satisfaction Among US Surgeons. *World Journal of Surgery*, 42(5), 1285-1292. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4286-y>
- Japa, K. (2017). *Prevalencia y factores de riesgo del síndrome de burnout, en el personal que labora en el Hospital Básico 7 BI Loja*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Loja <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19609>
- Jaramillo, S., Moreno, S. y Rodríguez, V. (2017). Confirmatory factor analysis of the MBI in Colombian parents of children with trisomy 21. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 24(2), 285-294.
- Jennings, B. M. (2008). Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. En R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C. y Gómez-Salgado, J. (2021). The relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Jonglertmontree, W., Kaewboonchoo, O., Morioka, I. y Boonyamalik, P. (2022). Mental health problems and their related factors among seafarers: A scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12713-z>
- Jordan, P., Steingen, U., Terschuren, C. y Harth, V. (2018). The Maslach Burnout Inventory: A test dimensionality assessment via item response theory. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 25(1), 101-120. <https://www.tpmmap.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Pascal.pdf>
- Ju, T. R., Mikrut, E. E., Spinelli, A., Romain, A.-M., Brondolo, E., Sundaram, V. y Pan, C. X. (2022). Factors Associated with Burnout among Resident Physicians Responding to the COVID-19 Pandemic: A 2-Month Longitudinal Observation Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9714. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159714>
- Juárez García, A., Merino Soto, C., Fernández Arata, M., Flores Jiménez, C. A., Caraballo, M. y Camacho Cristiá, C. (2020). Validación transcultural y funcionamiento diferencial del Maslach Burnout Inventory—General Survey en docentes de tres países latinoamericanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 135-156. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6621>

- Juarez, A. (2020). síndrome de burnout en personal sanitario durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de Salud UIS*, 52 (4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kakiashvili, T., Leszek, J. y Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), 401–412. <https://doi.org/10.2478/s13382-013-0093-3>
- Karabulak, H. y Kaya, F. (2021). The Relationship Between Psychological Resilience and Stress Perception in Nurses in Turkey During the COVID-19 Pandemic . *Journal of Nursing Research*, 29(6), e175-e175. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000454>
- Kaschka, W. P., Korczak, D. y Broich, K. (2011). Burnout: A fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(46), 781–787. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Kelly, L. A., Gee, P. M. y Butler, R. J. (2021). Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook*, 69(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.008>
- Khammissa, R. A. G., Nemutandani, S., Feller, G., Lemmer, J. y Feller, L. (2022). Burnout phenomenon: Neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *The Journal of International Medical Research*, 50(9), 03000605221106428. <https://doi.org/10.1177/03000605221106428>
- Khesroh, E., Butt, M., Kalantari, A., Leslie, D. L., Bronson, S., Rigby, A. y Aumiller, B. (2022). The use of emotional intelligence skills in combating burnout among residency and fellowship program directors. *BMC Medical Education*, 22(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03187-z>
- Kompanje, E. J. O. (2018). Burnout, boreout and compassion fatigue on the ICU: It is not about work stress, but about lack of existential significance and professional performance. *Intensive Care Medicine*, 44(5), 690–691. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5083-2>
- Konlan, K. D., Asampong, E., Dako-Gyeke, P. y Glozah, F. N. (2022). Burnout syndrome among healthcare workers during COVID-19 Pandemic in Accra, Ghana. *PLoS ONE*, 17(6), e0268404. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268404>
- Koutsimani, P., Montgomery, A. y Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Koval, K. W., Lindquist, B., Gennosa, C., Mahadevan, A., Niknam, K., Patil, S., Rao, G. V. R., Strehlow, M. C. y Newberry, J. A. (2020). First look at emergency medical technician wellness in India: Application of the Maslach Burnout Inventory in an unstudied population. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229954>
- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Laird, K. y Krause, B. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational Psychiatry* 9, 88 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
- Legg, T. (2021). *Everything you want to know about depression*. Healthline.
- Levis, B., Sun, Y., He, C., Wu, Y., Krishnan, A., Bhandari, P. M., Neupane, D., Imran, M., Brehaut, E., Negeri, Z., Fischer, F. H., Benedetti, A. y Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression. *JAMA*, 323(22), 2290–2300. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6504>
- Lheureux, F., Truchot, D., Borteyrou, X. y Rasclé, N. (2017). The Maslach Burnout Inventory—Human Services Survey (MBI-HSS): Factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Le Travail Humain: A Bilingual and Multi-Disciplinary Journal in Human Factors*, 80(2), 161-186. <https://doi.org/10.3917/th.802.0161>
- Li, S., Li, Y., Lv, H., Jiang, R., Zhao, P., Zheng, X., Wang, L., Li, J. y Mao, F. (2020). The prevalence and correlates of burnout among Chinese preschool teachers. *BMC Public Health*, 20(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8287-7>
- Lin, C.-Y., Alimoradi, Z., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*, 8(2), e08868. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08868>
- Lin, P.-Y., Chang, C.-C., Tung, C.-Y., Chu, W.-H. y Tong, F.-G. (2021). Risk factors of prehypertension and hypertension among workers at public elderly welfare facilities in Taiwan: A cross-sectional survey. *Medicine*, 100(8), e24885. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024885>
- Lin, P.-Y., Wang, J.-Y., Shih, D.-P., Kuo, H.-W. y Liang, W.-M. (2019). The Interaction Effects of Burnout and Job Support on Peptic Ulcer Disease (PUD) among Firefighters and Policemen. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), E2369. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132369>
- Liu, J., Zhu, B., Wu, J. y Mao, Y. (2019). Job satisfaction, work stress, and turnover intentions among rural health workers: a cross-sectional study in 11 western provinces of China. *BMC Family Practice*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0904-0>
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L., Duan, X., Li, G., Lou, F., Jia, X., Fan, L., Sun, T. y Ni, X. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(6), e019525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019525>
- Liu, X., Lou, X., Cheng, X. y Meng, Y. (2017). Impact of metoprolol treatment on mental status of chronic heart failure patients with neuropsychiatric disorders. *Drug Design, Development and Therapy*, 11, 305–312. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S124497>

- López, B. y Barreto, C. (2018). Factores relacionados al síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Regional Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 2 (1), 56-61. <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.214>
- López, F. y Oropeza, B. (2017). *Síndrome de burnout en el profesional de enfermería que labora en la unidad de emergencia del Centro Médico Docente Los Altos, durante el primer trimestre del año 2011*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad central de Venezuela. <http://hdl.handle.net/10872/13850>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal sanitario y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83 (1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Madsen, I. E. H., Lange, T., Borritz, M. y Rugulies, R. (2015). Burnout as a risk factor for antidepressant treatment – a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.004>
- Mák, K., Kapus, K., Tóth, G., Hesszenberger, D., Pohl, M., Pusch, G., Fejes, É., Fehér, G. y Tibold, A. (2021). Neuropathic low back pain and burnout among Hungarian Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2693. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052693>
- Manzano García, G. y Ayala Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832–844. <https://doi.org/10.1111/jan.14642>
- Márquez, I. (2020). Desempeño laboral y su relación con el síndrome burnout en los profesionales de la salud en la terapia intensiva neonatal en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15060>
- Martin, S. R., Fiske, E. A. y Lane, S. H. (2020). Resilience education for health-care professionals. *Creative Nursing*, 26(4), 225-231. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-19-00077>
- Martinez, K. (2022). *Physician Burnout Between 2013 and 2020 in a Health System [Southern Medical Journal]*. Medscape. <https://www.medscape.com/viewarticle/978743>
- Martins, V., Serrão, C., Teixeira, A., Castro, L. y Duarte, I. (2022). The mediating role of life satisfaction in the relationship between depression, anxiety, stress and burnout among Portuguese nurses during COVID-19 pandemic. *BMC Nursing*, 21, 188. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00958-3>
- Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M. D. M., Simón Márquez, M. D. M. y Pérez-Fuentes, M. D. C. (2021). Anxiolytic and Antidepressant Use and Burnout: Optimism as a Mediator in Spanish Nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5741. <https://doi.org/10.3390/jcm10245741>
- Matsuishi, Y., Mathis, B. J., Masuzawa, Y., Okubo, N., Shimojo, N., Hoshino, H., Enomoto, Y. y Inoue, Y. (2021). Severity and prevalence of burnout syndrome

- in paediatric intensive care nurses: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 67, 103082. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103082>
- Mavridis, C., Harkness, S., Super, C. M. y Liu, J. L. (2019). Family workers, stress, and the limits of self-care . *Children & Youth Services Review*, 103, 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.06.011>
- Mayer, J., Caruso, D. y Phillips, K. (2019). Measuring emotional and personal intelligence. En: M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, Second Edition* (pp. 233-245). American Psychological Association.
- McGhan, G. E., Ludlow, N. C., Rathert, C. y McCaughey, D. (2020). Variations in Workplace Safety Climate Perceptions and Outcomes Across Healthcare Provider Positions. *Journal of Healthcare Management*, 65(3), 202-215. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00112>
- Mehta, D. H., Perez, G. K., Traeger, L., Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, V., Chittenden, E. H., Denninger, J. W. y Jackson, V. A. (2016). Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study [journal article]. *Journal of Pain & Symptom Management*, 51(3), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013>
- Merchán, A., Matiz, A. y Bolaños, J. M. (2018). Síndrome de burnout y factores asociados en estudiantes de Medicina. *Educación Médica Superior*, 32 (3), 172-180. http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v32n3/a14_1377.pdf
- Mesters, P., Clumeck, N., Delroisse, S., Gozlan, S., Le Polain, M., Massart, A.-C. y Pitchot, W. (2017). [Professional fatigue syndrome (burnout): Part 2 : from therapeutic management]. *Revue Medicale De Liege*, 72(6), 301–307.
- Mheidly, N., Fares, M. Y. y Fares, J. (2020). Coping With Stress and Burnout Associated With Telecommunication and Online Learning. *Frontiers in Public Health*, 8, 574969. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574969>
- Miranda, R. y Murguía, E. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión en personal sanitario que trabaja con enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8 (1), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Miraval, E. (2017). Síndrome de burnout en personal médico del Hospital III Emergencias GRau en el periodo Octubre a Diciembre [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5218>
- Moalemi, S., Kavosi, Z., Beygi, N., Deghan, A., Karimi, A. y Parvizi, M. M. (2018). Evaluation of the Persian Version of Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey among Iranian Nurses: Validity and Reliability. *Galen Medical Journal*, 7, e995. <https://doi.org/10.22086/gmj.v0i0.995>
- Montag, C., Rozgonjuk, D., Riedl, R. y Sindermann, C. (2022). On the associations between videoconference fatigue, burnout and depression including personality associations. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, 100409. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100409>

- Montaner, X., Tárrega, S., Pulgarin, M. y Moix, J. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Professional Dementia Caregivers Burnout. *Clinical Gerontologist*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1920530>
- More, B. (2020). Revisión bibliográfica sobre el síndrome de burnout en personal sanitario. *Portales Médicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-sobre-el-sindrome-de-burnout-en-personal-sanitario/>
- Morris, S. E., Tarquini, S. J., Yusuf, M., Adolf, E., Amonoo, H. L., Bain, P. A., Borstelmann, N. A., Braun, I. M., Hughes, T., Muriel, A. C., Northman, L. M., Peteet, J. R., Poort, H., Russ-Carbin, A. y Pirl, W. F. (2021). Burnout in psychosocial oncology clinicians: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 223–234. <https://doi.org/10.1017/S147895152000084X>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. y Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *CHEST*, 150(1), 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.649>
- Nazari, K. y Emani, M. (2013). Emotional Intelligence: Understanding, Applying, and Measuring. *SSRN Electronic Journal*, 8 (3). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2302304>
- Negeri, Z. F., Levis, B., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Wu, Y., Bhandari, P. M., Neupane, D., Brehaut, E., Benedetti, A., Thombs, B. D., Imran, M., Rice, D. B., Riehm, K. E., Azar, M., Levis, A. W., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., ... Zhang, Y. (2021). Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: Updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *The BMJ*, 375, n2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2183>
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K. y Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Ochani, R., Asad, A., Yasmin, F., Shaikh, S., Khalid, H., Batra, S., Sohail, M. R., Mahmood, S. F., Ochani, R., Hussham Arshad, M., Kumar, A. y Surani, S. (2021). COVID-19 pandemic: From origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Le Infezioni in Medicina*, 29(1), 20–36.
- Ollachica, J. (2019). Prevalencia del síndrome de burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de medicina, del hospital de apoyo Camana. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8381>
- OMS. (2022, March 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

- Organización Mundial de la Salud, OMS (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Ortiz, R. y Beltrán, B. (2019). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica*, 14 (1), 49-55. <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>
- Paauw, D. (2022, August 11). *Burnout and Stress of Today: How Do We Cope?* [Comentary]. Medscape. <https://www.medscape.com/viewarticle/978723>
- Pagnin, D. y de Queiroz, V. (2015). Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. *SpringerPlus*, 4, 676. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1477-6>
- Paiva, L., Canario, A. y China, E. (2017). burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, de Paiva, L. C., Canário, A., de Paiva China, E., & Gonçalves, A. K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), 305–309. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(05\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(05)08)
- Pallich, G., Fischer, S., La Marca, R., Grosse Holtforth, M. y Hochstrasser, B. (2022). Post-awakening salivary alpha-amylase as modulator of treatment response in patients with burnout and major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.045>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paredes-Aguirre, M. I., Barriga Medina, H. R., Campoverde Aguirre, R. E., Melo Vargas, E. R. y Armijos Yambay, M. B. (2022). Job Motivation, Burnout and Turnover Intention during the COVID-19 Pandemic: Are There Differences between Female and Male Workers? *Healthcare*, 10(9), 1662. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091662>
- Partido, B. B. y Owen, J. (2020). Relationship between emotional intelligence, stress, and burnout among dental hygiene students. *Journal of Dental Education*, 84(8), 864–870. <https://doi.org/10.1002/jdd.12172>
- Paula, A. J. de, Condeles, P. C., Moreno, A. L., Ferreira, M. B. G., Fonseca, L. M. M. y Ruiz, M. T. (2021). Parental burnout: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0203>
- Pereira, K., Mata, D. y Loureiro, S. (2019). Association between physician depressive symptoms and medical errors: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(11):e1916097. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16097>
- Pereira, S. d. S., Fornés-Vives, J., Unda-Rojas, S. G., Pereira-Junior, G. A., Juruena, M. F. y Cardoso, L. (2021). Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey in health professionals in

- emergency services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3386. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3320.3386>
- Pérez, E. y Cervantes, V. y Hijuelos, N. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. 516-517. *Revista Biomédica*, 73-98 <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Simón Márquez, M. M., Oropesa Ruiz, N. F. y Gázquez Linares, J. J. (2020). Validation of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey in Spanish adolescents. *Psicothema*, 32(3), 444-451. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.373>
- Perini, G. y Cotta, M. (2019). Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1249-1258. <https://doi.org/10.2147/NDT.S199746>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466–480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Piers, R. D., Versluys, K., Devoghel, J., Vyt, A. y Van Den Noortgate, N. (2019). Interprofessional teamwork, quality of care and turnover intention in geriatric care: A cross-sectional study in 55 acute geriatric units. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.011>
- Pospos, S., Young, I. T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J. Y., Newton, I., Lee, K., Light, G. A. y Zisook, S. (2018). Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: A systematic review. *Academic Psychiatry*, 42(1), 109–120. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0868-0>
- Prikhidko, A. y Swank, J. M. (2020). Exhausted Parents Experience of Anger: The Relationship Between Anger and Burnout. *The Family Journal*, 28(3), 283–289. <https://doi.org/10.1177/1066480720933543>
- Purohit, B. y Vasava, P. (2017). Role stress among auxiliary nurses midwives in Gujarat, India. *BMC Health Services Research*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2033-6>
- Quispe, L. (2018). Prevalencia de ansiedad y depresión en personal sanitario en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. [Trabajo Fin de Grado] Universidad Privada San Juan Bautista. <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1674836>
- Raeissi, P., Zandian, H., Mirzarahimy, T., Delavari, S., Moghadam, T. Z. y Rahimi, G. (2019). Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses. *Nursing Management*. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1820>
- Raja, U., Jahanzeb, S., Malik, M. A. R. y Baig, M. U. A. (2022). Dispositional causes of burnout, satisfaction, and performance through the fear of COVID-19 during times of pandemic. *Applied Psychology = Psychologie Appliquee*, <https://doi.org/10.1111/apps.12417>
- Ramírez, M. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International*

- Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD, 4(1), 241.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1053>
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O. y Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Best practice & research. *Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008>
- Reyes-Oyola, F. A., Palomino-Devia, C. y Aponte-López, N. W. (2019). Burnout syndrome, body mass index and other factors related to the practice of physical education teachers in Ibagué, Colombia. *Biomedica*, 39(3), 537–546. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4282>
- Richards, A. E., Curley, K. L., Zhang, N., Bendok, B. R., Zimmerman, R. S., Patel, N. P., Kalani, M. A., Lyons, M. K. y Neal, M. T. (2021). Burnout and Emotional Intelligence in Neurosurgical Advanced Practice Providers Across the United States: A Cross-Sectional Analysis. *World Neurosurgery*, 155, e335–e344. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.08.066>
- Riethof, N. y Bob, P. (2019). Burnout Syndrome and Logotherapy: Logotherapy as Useful Conceptual Framework for Explanation and Prevention of Burnout. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 382. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00382>
- Rivera, E. y Chamorro, J. (2020). Prevalence of burnout syndrome in trainee specialists and teachers of intensive care. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.004>
- Robaina, F., Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M. y Avram, E. (2010). Síndrome de burnout y hábitos alimenticios en profesores de enseñanza secundaria. *El Guiniguada*, 19, 11-26. <https://ojsspdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/420/359>
- Rodríguez, S. (2018). El síndrome de burnout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional P.N.P. Luis N. Sáenz. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Ricardo Palma <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1231>
- Roland, K. (Octubre de 2020). Relación entre el agotamiento laboral y las enfermedades somáticas: un análisis de redes. *Scientific Reports*: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-75611-7>
- Rollins, A. L., Eliacin, J., Russ-Jara, A. L., Monroe-Devita, M., Wasmuth, S., Flanagan, M. E., Morse, G. A., Leiter, M. y Salyers, M. P. (2021). Organizational conditions that influence work engagement and burnout: A qualitative study of mental health workers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 229–237. <https://doi.org/10.1037/prj0000472>
- Rothan, H. y Byrareddy, S. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Rothenberg, D. A. (2017). Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>

- Rotstein, S., Hudaib, A.-R., Facey, A. y Kulkarni, J. (2019). Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australasian Psychiatry*, 27(3), 249-254. <https://doi.org/10.1177/1039856219833800>
- Rozani, S., Evangelou, K., Schuffert, L., Hahn, E., Tsagkaris, C., Matis, G. y Papadakis, M. (2022). [Burnout and dependence among medical personnel timeless and during the COVID-19 pandemic, using surgery and anesthesia as examples]. *Chirurgie* <https://doi.org/10.1007/s00104-022-01675-y>
- Rozo, J. A., Olson, D. M., Thu, H. S. y Stutzman, S. E. (2017). Situational Factors Associated With Burnout Among Emergency Department Nurses. *Workplace Health & Safety*, 65(6), 262–265. <https://doi.org/10.1177/2165079917705669>
- Rueda, S., Ortiz, Y. y Perea, C. (2018). Factores asociados con el síndrome de burnout y su repercusión en la salud del personal médico (enfermera profesional, auxiliar de enfermería y médico general) del servicio de urgencias de una clínica de III nivel de la ciudad de Medellín en periodo 2017. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4150>
- Ruiz Moral, R., Monge Martín, D., Garcia de Leonardo, C., Pérula de Torres, L. A. y Caballero Martínez, F. (2019). Promocionando la Promoción de la Salud: Percepciones de estudiantes de medicina sobre un programa educativo para cambio de conductas en atención primaria. *Atención Primaria*, 51(7), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.013>
- Saboro, L. y Hidalgo, L. (2017). síndrome de burnout. *Med Leg Costa Rica*, 119-24.
- Safiye, T., Vukčević, B. y Čabarkapa, M. (2021). Resilience as a moderator in the relationship between burnout and subjective well-being among medical workers in Serbia during the COVID-19 pandemic, *Vojnosanitetski*, 78(11), 1207-1213. <https://doi.org/10.2298/VSP210517070S>
- Salguero, J. (2017). *Estrés en el personal de enfermería en el área de neonatología del Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito*. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de los Andes. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7438>
- Saltos, D. y Zapata, V. (2019). *Factores determinantes del Síndrome burnout en médicos de los Servicios de Ginecología y Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba*. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5770>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L. y Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Santos, L. y Cavalcanti, E. (2018). *Factores predisponentes à síndrome de burnout e estresse em enfermeiros na unidade de terapia intensiva*. <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/578>
- Scammell, J. (2017). Resilience in the workplace: personal and organisational factors. *British Journal of Nursing*, 26(16), 939-939. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.16.939>

- Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A Short Socio-Cultural History. En S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, Fatigue, Exhaustion* (pp. 105–127). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5
- Schaufeli, W. B., Desart, S. y De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Shiu, C., Chen, W.-T., Hung, C.-C., Huang, E. P.-C. y Lee, T. S.-H. (2022). COVID-19 stigma associates with burnout among healthcare providers: Evidence from Taiwanese physicians and nurses. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(8), 1384–1391. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.09.022>
- Schneider, A., Forster, J. E. y Mealer, M. (2020). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Maslach Burnout Inventory to Measure Burnout Syndrome in Critical Care Nurses. *Journal of Nursing Measurement*, 28(1), E18-E29. <https://doi.org/10.1891/JNM-D-18-00055>
- Shopen, N., Schneider, A., Aviv Mordechai, R., Katz Shalhav, M., Zandberg, E., Sharist, M. y Halpern, P. (2022). Emergency medicine physician burnout before and during the COVID-19 pandemic. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11, 30. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00539-4>
- Schulz, P. y Arora, G. (2017). Depression. *Contin Minneap Minn*, 756-71.
- Schwartz, R., Frayne, S. M., Friedman, S., Romodan, Y., Berg, E., Haskell, S. G. y Shaw, J. G. (2021). Retaining VA Women's Health Primary Care Providers: Work Setting Matters. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 614-621. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06285-0>
- Saura, A. P. N. S., Valóta, I. A. das C., Silva, R. M. da, & Calache, A. L. S. C. (2022). Factors associated with burnout in a multidisciplinary team of an oncology hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0448en>
- Selamu, M., Thornicroft, G., Fekadu, A. y Hanlon, C. (2017). Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2370-5>
- Serrano, M. (2018). Estrés laboral o desgaste profesional acelerado en el colectivo de fuerzas armadas y sus repercusiones psicopatológicas. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de A Coruña. <http://hdl.handle.net/2183/5576>
- Shah, A., Wyatt, M., Gourneau, B., Shih, G. y De Ruyter, M. (2019). Emotional exhaustion among anesthesia providers at a tertiary care center assessed using the MBI burnout survey. *Psychology, Health & Medicine*, 24(5), 620-624. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546019>
- Shaikh, A. A., Shaikh, A., Kumar, R. y Tahir, A. (2019). Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Cureus*, 11(2), e4101. <https://doi.org/10.7759/cureus.4101>

- Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- Shbeer, A. y Ageel, M. (2022). Assessment of Occupational Burnout among Intensive Care Unit Staff in Jazan, Saudi Arabia, Using the Maslach Burnout Inventory. *Critical Care Research & Practice*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/1298887>
- Shields, L. B. E., Jennings, J. T. y Honaker, J. T. (2020). Multidisciplinary approach to enhancing provider well-being in a metropolitan medical group in the United States. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01323-6>
- Silva, R. (2021). Pandemia de la COVID-19: síndrome de burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enfermería Clínica*, 31 (2), 128-129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7603962/pdf/main.pdf>
- Šiupšinskienė, N., Spiridonovienė, B., Pašvenskaitė, A., Vaitkus, J. y Vaitkus, S. (2022). Burnout Syndrome among Otorhinolaryngologists during the COVID-19 Pandemic. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(8), 1089. <https://doi.org/10.3390/medicina58081089>
- Sjörs Dahlman, A., Jonsdottir, I. H. y Hansson, C. (2021). The hypothalamo-pituitary-adrenal axis and the autonomic nervous system in burnout. *Handbook of Clinical Neurology*, 182, 83–94. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819973-2.00006-X>
- Slabšinskienė, E., Gorelik, A., Vasiliauskienė, I., Kavaliauskienė, A. y Zaborskis, A. (2020). Factorial Validity and Variance of the Maslach Burnout Inventory between Demographic and Workload Groups among Dentists of Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249154>
- Sommaruga, M., Casu, G., Giaquinto, F. y Gremigni, P. (2017). Self-perceived provision of patient centered care by healthcare professionals: The role of emotional intelligence and general self-efficacy. *Patient Education & Counseling*, 100(5), 974-980. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.002>
- Soriano, C. (2021). El estrés laboral y su incidencia en el desempeño del personal administrativo. *Revista Killkana Sociales*, 5 (1), 1-8. https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_social/article/view/735
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. D. C. y Prado-Gascó, V. (2020). Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), E7998. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>
- Spilg, E. G., Rushton, C. H., Phillips, J. L., Kendzerska, T., Saad, M., Gifford, W., Gautam, M., Bhatla, R., Edwards, J. D., Quilty, L., Leveille, C. y Robillard, R. (2022). The new frontline: exploring the links between moral distress, moral resilience and mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03637-w>

- Steege, L. M. y Dykstra, J. G. (2016). A macroergonomic perspective on fatigue and coping in the hospital nurse work system. *Applied Ergonomics*, 54, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.11.006>
- Stehman, C. R., Testo, Z., Gershaw, R. S. y Kellogg, A. R. (2019). Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 485–494. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.4.40970>
- Tement, S., Ketiš, Z. K., Mirošević, Š. y Selič-Zupančič, P. (2021). The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness (PIM) on Empathy, Well-Being, and Reduction of Burnout in Physicians: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11181. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111181>
- 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., Abu Bakar Aloweni, F., Ang, H. G., Ayre, T. C., Chai-Lim, C., Chen, R. C., Heng, A. L., Nadarajan, G. D., Ong, M. E. H., 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), e0258866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258866>
- Ujjan, B. U., Hussain, F., Nathani, K. R., Farhad, A. y Chaurasia, B. (2022). Factors associated with risk of burnout in neurosurgeons: Current status and risk factors. *Acta Neurologica Belgica*, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s13760-022-02072-2>
- Uribe Prado, J. F., Patlán Pérez, J. y García Saisó, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: Un análisis de ruta (path analysis). *Contaduría y Administración*, 60(2), 447–467. [https://doi.org/10.1016/S0186-1042\(15\)30009-7](https://doi.org/10.1016/S0186-1042(15)30009-7)
- Valdivia Vázquez, J. A., Hernández Castillo, G. D. y Maiz García, S. I. (2021). Burnout in police officers from northern Mexico: A validity study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(3), 558-567. <https://doi.org/10.1007/s11896-021-09452-z>
- Valente, M. S. S., Wang, Y.-P. y Menezes, P. R. (2018). Structural validity of the Maslach Burnout Inventory and influence of depressive symptoms in banking workplace: Unfastening the occupational conundrum. *Psychiatry Research*, 267, 168-174. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.069>
- Vasconcelos, E. y Martino, M. (2018). burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 135–141. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
- Vásquez, E. (2020). síndrome de burnout en los trabajadores de la salud en la era de COVID-19. *CES Medicina*, 126. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.COVID-19.17>
- Vásquez, J. y Maruy, A. (2018). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal sanitario del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77 (3), 168-74. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>

- Vian, J., Pereira, C., Chavarria, V., Köhler, C., Stubbs, B., Quevedo, J., Kim, S. W., Carvalho, A. F., Berk, M. y Fernandes, B. S. (2017). The renin-angiotensin system: a possible new target for depression. *BMC Medicine*, 15(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0916-3>
- Vigna, L., Brunani, A., Brugnera, A., Grossi, E., Compare, A., Tirelli, A. S., Conti, D. M., Agnelli, G. M., Andersen, L. L., Buscema, M. y Riboldi, L. (2019). Determinants of metabolic syndrome in obese workers: gender differences in perceived job-related stress and in psychological characteristics identified using artificial neural networks. *Eating & Weight Disorders*, 24(1), 73-81. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0536-8>
- Vilchez, J. y Huamán, R. (2017). síndrome de burnout en estudiantes de medicina: frecuencia, características y factores asociados. *Acta Médica Peruana*, 33 (4),
- Villanueva, L. (2019). Factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal sanitario del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 20. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Católica de Santa María. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_9b7ea0ef0d41389447ecf2798d3f5ddc
- Villegas, C. (2017). Estrés y síndrome de burnout en relación a los diversos trastornos órgano-específicos en personal médico del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Periodo Enero-marzo 2017. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Nacional de Cajamarca: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1221/TESIS%20CLAUDIA%20VILLEGAS%20REVILLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- von Känel, R., Princip, M., Holzgang, S. A., Fuchs, W. J., van Nuffel, M., Pazhenkottil, A. P. y Spiller, T. R. (2020). Relationship between job burnout and somatic diseases: A network analysis. *Scientific Reports*, 10(1), 18438. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75611-7>
- Vukmirovic, M., Rajovic, N., Pavlovic, V., Masic, S., Mirkovic, M., Tasic, R., Randjelovic, S., Mostic, D., Velickovic, I., Nestorovic, E., Milcanovic, P., Stanisavljevic, D. y Milic, N. (2020). The Burnout Syndrome in Medical Academia: Psychometric Properties of the Serbian Version of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph17165658>
- Wang, H., Jin, Y., Wang, D., Zhao, S., Sang, X. y Yuan, B. (2020). Job satisfaction, burnout, and turnover intention among primary care providers in rural China: results from structural equation modeling. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1083-8>
- Wang, Y. y Wang, Y. (2022). The Interrelationship Between Emotional Intelligence, Self-Efficacy, and Burnout Among Foreign Language Teachers: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychology*, 13, 913638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.913638>
- Wei, H., Kifner, H., Dawes, M. E., Wei, T. L. y Boyd, J. M. (2020). Self-care Strategies to Combat Burnout Among Pediatric Critical Care Nurses and

- Physicians. *Critical Care Nurse*, 40(2), 44–53. <https://doi.org/10.4037/ccn2020621>
- Werneburg, B. L., Jenkins, S. M., Friend, J. L., Berkland, B. E., Clark, M. M., Rosedahl, J. K., Preston, H. R., Daniels, D. C., Riley, B. A., Olsen, K. D. y Sood, A. (2018). Improving Resiliency in Healthcare Employees . *American Journal of Health Behavior*, 42(1), 39-50. <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.4>
- West, C. P., Dyrbye, L. N. y Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.
- WHO (n.d.). New WHO/ILO guide urges greater safeguards to protect health workers. Bajado el 1 de abril de 2022, de la dirección: <https://www.who.int/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers>
- WHO. (2020). Depression. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- WHO. (2020). Obesity. Obtenido de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
- Xie, C., Li, X., Zeng, Y. y Hu, X. (2021). Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses: A mediating effect model. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 535–542. <https://doi.org/10.1111/jonm.13193>
- Yaqoob, N. y Zulfiqar, S. (2022). Emotional intelligence and burnout among medical officers of twin cities in Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(7), 1311–1314. <https://doi.org/10.47391/JPMA.1382>
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M. y King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Zarei, S. y Fooladvand, K. (2022). Mediating effect of sleep disturbance and rumination on work-related burnout of nurses treating patients with coronavirus disease. *BMC Psychology*, 10, 197. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00905-6>
- Zhang, X.-J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N. y Shi, T.-Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26), e20992. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002092>
- Zhou, Z., Liu, H., Zhang, D., Wei, H., Zhang, M. y Huang, A. (2022). Mediating effects of academic self-efficacy and smartphone addiction on the relationship between professional attitude and academic burnout in nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 116, 105471. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105471>

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL PARA LLEVAR A CABO EL ESTUDIO

Guayaquil, 21 de agosto de 2020

Dr. Pavel Carrillo Alvarado
Hospital IESS de Durán
Director

De mis consideraciones:

Agradecería que la prestigiosa institución de su acertada dirección pueda acoger el trabajo de investigación que me propongo llevar adelante como parte de los estudios de doctorado (PhD) que estoy cumpliendo en la Universidad de Salamanca-España.

A la presente estoy admitida en en el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Salamanca y el tema de mi tesis doctoral es: Burnout en el personal de salud con hijos en edad preescolar. Evaluación e intervención mediante el uso de una APP. CIE-10: Z73.0 Síndrome de Burnout; F32.8 Otros episodios depresivos, F32, F320, F321, F322, F323, F328, F329.

Para mayor constancia de lo antes dicho, adjunto a la presente copia de carta de admisión al Programa de Doctorado y copia del informe de valoración del Plan de investigación.

Vale recalcar que el desarrollo de esta investigación no generara ningún costo para el Hospital, pues los costos de la investigación son de entera responsabilidad de la suscrita, como investigadora.

Actualmente, me desempeño como docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y cuento con un grado de Magister.

Quedo muy agradecida por la atención prestada, y espero contar con la favorable acogida para el desarrollo de la investigación ya referida.

Atentos saludos,

Sylvia Hidalgo
Lcda. Sylvia Hidalgo, Mgs

HOSPITAL BÁSICO DURÁN
M. Pavel Carrillo Alvarado
DIRECTOR MÉDICO
24/08/20
Juan Pablo...

HOSPITAL BÁSICO DURÁN
APROBADO
UNIDAD DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN
IESS

HOSPITAL BÁSICO DURÁN
SECRETARÍA - DIRECCIÓN
RECIBIDO
HOR: 24 AGO 2020 (20)
CON ANEXO []
SIN ANEXO []
RECIBIR

SECRETARÍA
DIRECCIÓN
RECIBIDO
FECHA: 24/08/20 HORA: 12:02
CON ANEXO
SIN ANEXO
FUNCIONARIO QUE RECIBE: []

CC: Archivo

8.2 ANEXO 2- CUESTIONARIO DE MASLACH

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							

8.3 ANEXO 3- TEST TRAIT META-MOOD SCALE - 24

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

No olvides que no hay respuestas correctas o incorrectas, marcad la que más se aproxime a vuestras preferencias y no emplees demasiado tiempo en cada uno de ellas.

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5

Puntuación:

Atención

Puntuaciones hombres	Puntuaciones mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Claridad

Puntuaciones hombres	Puntuaciones mujeres
Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada atención 26 a 35	Adecuada atención 24 a 34
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35

Reparación

Puntuaciones hombres	Puntuaciones mujeres
Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada atención 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35

8.4 ANEXO 4- CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

(PHQ-9)108 ©1999 PFIZER INC

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3

8.5 ANEXO 5- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

1. EDAD	7. ESTADO CIVIL
18 – 29 años	Soltero
30 – 40 años	Casado
41 – 50 años	Unión libre
51 – 65 años	Divorciado
>66 años	Viudo
2. SEXO	8. PROFESIÓN
Masculino	Auxiliar
Femenino	Interno
	Residente
3. RESIDENCIA	Licenciado
Rural	Médico
Urbano	
	9. HIJOS
4. ETNIA	No tengo
Blanco	< 5 años
Mestizo	6 – 18 años
Afroamericano	>18 años
Otro	
	10. CUIDADORES
5. LABORAL	No cuido a nadie
Tengo un solo sitio de trabajo	Soy cuidador de un familiar - amigo
Tengo más de un sitio de trabajo	
	11. HTA
6. TIEMPO LABORAL	Soy hipertenso
< 6 meses	No soy hipertenso
6 meses a 1 año	
1 año – 3 años	12. ENFERMEDADES
>3 años	No
	Si