

Burnout y depresión en médicos de medicina interna y unidad de cuidados intensivos en Riobamba, Ecuador

Burnout and depression in internal medicine doctors and intensive care unit
in Riobamba, Ecuador

María Paulina Lucero Tapia^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7382-4137>

Darwin Raúl Noroña Salcedo² <https://orcid.org/0000-0002-0630-0456>

Vladimir Vega Falconi² <https://orcid.org/0000-0003-0140-4018>

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Ecuador.

²Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: pauely-dan09@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El síndrome de burnout es conceptualizado como la forma inadecuada de afrontar el estrés crónico dado por exposición crónica a condiciones laborales inadecuadas. Afecta la salud mental, general y el rendimiento laboral de las personas.

Objetivo: Determinar la presencia de síndrome de burnout en el personal de medicina interna y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Métodos: Se realizó una investigación básica, no experimental, transversal, descriptiva y correlacional en un universo de 77 trabajadores, de los cuales 65 conformaron la población de estudio. Se aplicaron cuestionarios para identificar presencia de síndrome de burnout, depresión y rendimiento laboral. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para identificar relación entre variables.

Resultados: Predominio de pacientes con síndrome de burnout (52,31 %), depresión posible (47,69 %) y autopercepción de rendimiento laboral como adecuado (44,62 %). Dentro de las subescalas de la enfermedad la de mayor afectación fue la de realización personal con un 47,69 % de trabajadores en nivel medio y 39,23 % en nivel alto.

Conclusiones: Existió predominio de trabajadores con síndrome de burnout y se identificó una correlación positiva fuerte entre las variables depresión y síndrome de burnout, así como entre esta variable y rendimiento laboral. Entre las variables depresión y rendimiento laboral la correlación obtenida fue positiva media.

Palabras clave: calidad de vida; estrés laboral; medicina crítica; salud mental; síndrome de burnout; unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACTS

Introduction: Burnout syndrome is conceptualized as the inadequate way of coping with chronic stress caused by chronic exposure to inadequate working conditions. It affects the mental and general health and the work performance of the people.

Objective: to determine the presence of Burnout syndrome in the internal medicine staff and the intensive care unit of the Provincial General Teaching Hospital of Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Methods: A basic, non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational research was carried out in a universe of 77 workers, of which 65 made up the study population. Questionnaires were applied to identify the presence of burnout syndrome, depression and work performance. Pearson's correlation test was used to identify a relationship between variables.

Results: prevalence of patients with burnout syndrome (52.31%), possible depression (47.69%) and self-perception of work performance as adequate (44.62%). Within the subscales of the disease, the one with the greatest affectation was that of personal fulfillment with 47.69% of workers in the medium level and 39.23% in the high level.

Conclusions: there was a predominance of workers with burnout syndrome and a strong positive correlation was identified between the variables depression and burnout syndrome, as well as between this variable and job performance. Among the variables depression and work performance, the correlation obtained was positive medium.

Keywords: quality of life; work stress; critical medicine; mental health; burnout syndrome; intensive care unit.

Recibido: 15/08/2021

Aceptado: 29/08/2021

Introducción

El panorama médico mundial se ha visto absorbido por la pandemia de COVID-19. La situación epidemiológica resultante ha demandado de los profesionales de la salud un esfuerzo adicional en cuanto a la atención de salud se refiere.⁽¹⁾ El elevado número de contagios, la variada cantidad de manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad y el elevado número de muertes resultantes han sido características no observadas ante otras epidemias en la historia contemporánea.⁽²⁾

Los sistemas de salud a nivel mundial, y específicamente en Ecuador, han colapsado ante la creciente demanda de asistencia de salud suscitada a partir del mes de marzo del año 2020 cuando se decretó la COVID-19 como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽³⁾ La elevada afluencia de la población, el déficit de recursos humanos e insumos y la elevada mortalidad han caracterizado los servicios hospitalarios de medicina interna y unidades de cuidados intensivos (UCI).

Estas condiciones de trabajo mantenido pueden ser consideradas como un factor desencadenante de estrés laboral que condiciona afectación del estado de salud mental y general de los trabajadores. La exposición crónica a estas condiciones de trabajo puede desencadenar en distintas manifestaciones clínicas como forma inadecuada de afrontar el estrés crónico conocido como síndrome de Burnout (SB).^(4,5)

El SB ha tenido varias sinonimias dentro de las que destacan la de síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo; esta enfermedad fue declarada como un factor de riesgo de estrés laboral por la OMS en el año 2000. Desde el punto de vista de salud humana se describe que la afectación que genera en la calidad de vida de las personas afectas y en su salud mental puede poner en riesgo la vida del individuo. Además, desde el punto de vista laboral se considera al SB como un factor de inadecuado rendimiento profesional; por lo que las personas afectas estarán limitadas de brindar un adecuado servicio, serán inoperante en sus funciones y tendrán una mayor propensión al ausentismo laboral.⁽⁵⁾

Los primeros reportes de esta afección se realizaron en el año 1961 por la investigadora *Graham Greens* quien publica un caso con el nombre de *a burnout case*.⁽³⁾ Posteriormente en el año 1974, el psiquiatra germano-estadounidense *Herbert J. Freudenberger*, se conceptualiza por primera vez basado en las observaciones realizadas a personas con varios años de labor en situaciones estresantes. Sin embargo, no es hasta 1982, que los psicólogos

Cristina Maslach y Michael P. Leiter crean el primer cuestionario para diagnóstico de la enfermedad denominado Maslach Burnout Inventory (MBI). Estos autores, al describir el SB lo limitan únicamente a profesionales que durante su actividad laboral interactúan con personas; en la actualidad se considera que puede presentarse en cualquier persona, independientemente de su quehacer laboral, siendo Pines y Aronson en el año 1988 los defensores iniciales de este concepto.⁽⁶⁾

Existen distintas definiciones del SB; sin embargo la gran mayoría de ellas coinciden en señalar la presencia de una inadecuada respuesta al estrés crónico como el detonante de la enfermedad que se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, dentro de las que se incluyen el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.⁽⁵⁾ La prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y sus características propias.

Varias son sus manifestaciones clínicas de la enfermedad que se agrupan en tres componentes fundamentales; el cansancio o agotamiento emocional representado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga. La despersonalización matizada por la construcción, por parte del propio individuo, de mecanismos de defensa para protegerse de la presencia de sentimientos de frustración, indefinición o duda y de impotencia. El tercer componente se encuentra caracterizado por el abandono de la realización personal en el cual el trabajo pierde el valor para el individuo.⁽⁷⁾ Estos componentes suelen manifestarse de forma lenta, insidiosa, gradual y en no pocas oportunidades pasan desapercibido tanto para la persona como para familiares y compañeros de trabajo.

Las manifestaciones clínicas del SB pueden agruparse en 4 niveles según su gravedad: leve cuando solo se presentan quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana. Nivel medio o moderado representado por cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo. Nivel grave en el cual se observa la presencia de enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol o drogas. Por último, se agrupan manifestaciones como son el aislamiento muy marcado, el colapso, los cuadros psiquiátricos y los suicidios dentro del nivel extremo.

Uno de las principales manifestaciones del SB es la presencia de alteración mental y dentro de ella la depresión constituye la manifestación más significativa. La depresión puede presentarse como parte de la sintomatología del SB o como una comorbilidad asociada; en ambos casos se acrecienta la afectación psicológica y mental condicionando mayor afectación a la salud general del paciente y en su comportamiento laboral.

Los profesionales de la salud del servicio de medicina interna y de la UCI del Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) han estado sometido a presión asistencial elevada atendiendo casos de COVID-19 de forma ininterrumpida; han tenido que enfrentar horas extras, turnos prolongados, disminución del descanso, situaciones complicadas con escasos recursos y muerte de familiares amigos y compañeros de trabajo. Estas condiciones mantenidas durante un tiempo prolongado pueden suscitar una reacción de adaptación inadecuada al estrés mantenido y ser el detonante de la aparición del SB.

Ante esta situación es necesario identificar la presencia de manifestaciones clínicas compatibles con SB, su intensidad, la presencia o ausencia de depresión y como el SB afecta la salud mental y el rendimiento laboral de las personas afectas. Solo de esa forma se podrá tener una noción acertada de como los trabajadores han afrontado el estrés resultante de la atención mantenido de pacientes con COVID-19.

El síndrome de Burnout se relaciona directamente con la carga laboral que genera distintos grados de estrés laboral. La determinación precoz de las manifestaciones clínicas permite minimizar su efecto sobre la salud mental y general. En la ciudad de Riobamba, y especialmente en el HPGDR no existen estudios que se orienten hacia la identificación del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales que se encuentran en primera línea de atención de la COVID-19 y como la enfermedad afecta su salud mental, general y rendimiento profesional.

Es importante señalar que en la Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional no se registra información que permitan dar cuenta de la presencia de la enfermedad en el personal médico; así como de su influencia en la salud mental y como esto puede afectar su rendimiento laboral. Por este motivo, la presente investigación recopila información que pudiera ser utilizada para la toma de decisiones iniciales en torno al problema de investigación planteado o como punto de partida de futuros estudios que aborden esta problemática.

Por esta razón el objetivo de la presente investigación fue determinar la presencia de enfermedad de burnout en el personal de medicina interna y la UCI del HPGDR durante el segundo semestre del año 2020 y como la enfermedad afecta la salud y el rendimiento profesional de las personas investigadas. Con este propósito se identificó la presencia de la enfermedad, de sus manifestaciones clínicas y la posible relación existente entre el SB y el rendimiento laboral.

Métodos

Se realizó una investigación básica, con diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La población estuvo constituida por 77 trabajadores pertenecientes al servicio de medicina interna y la UCI del HPGDR. La investigación fue no probabilística. Se planificó en un primer momento trabajar con todo el universo de investigación; sin embargo, después de aplicar los criterios de inclusión a la investigación se determinó que la población de estudio estaría conformada 65 trabajadores.

Se incluyeron a todos los trabajadores que al momento de la realización del estudio tenían una relación de dependencia con contrato firmado de más de 6 meses de permanencia. Se excluyeron del estudio las personas que se encontraban en proceso de desvinculación, vacaciones, baja médica o licencia de maternidad. También fueron excluidos de la investigación los trabajadores que no lograron completar de forma adecuada y completa los instrumentos de investigación.

Para desarrollar la investigación se utilizaron tres cuestionarios de investigación. El cuestionario utilizado fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el objetivo de su aplicación fue determinar la presencia de SB. También se utilizó el cuestionario sobre la salud del paciente - 9 (PHQ-9) orientado a la determinación de la presencia de depresión. Ambos cuestionarios se encuentran validados en español y han sido utilizados en diversas investigaciones teniendo en cuenta su elevada consistencia interna dada por resultados del coeficiente de alfa de Cronbach de 0,86 para el MBI y 0,84 para el PHQ-9. El tercer instrumento fue una evaluación de desempeño creada específicamente para el estudio.

El cuestionario MBI está constituido por 22 ítems que se expresan en forma de afirmaciones. Estas preguntas se orientan a los sentimientos y actitudes del trabajador en su trabajo. Su objetivo es determinar el desgaste profesional. El cuestionario mide la frecuencia e intensidad con la que una persona sufre el SB, se basa en 22 preguntas con opción de respuesta mediante escala Likert que con puntuaciones que oscilan desde 0 puntos a 6 puntos.⁽⁸⁾

El instrumento se orienta a los 3 aspectos del SB. La primera subescala es la de agotamiento, incluye 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La puntuación máxima de esta Subescala es de 54 puntos. La segunda Subescala es la despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Incluye 5 preguntas y la puntuación máxima es de 30 puntos. La última

subescala es la relacionada con la realización personal y se encarga de evaluar los sentimientos de realización personal en el trabajo. Consta de 8 preguntas y su puntuación máxima es de 48 puntos.⁽⁸⁾

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el grado del síndrome de burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente. Los rangos de puntuación de cada subescala se muestran en la tabla 1:

Tabla 1 - Valores de referencia del cuestionario MBI

Subescalas de SB	Niveles según puntuación		
	Bajo	Medio	Alta
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

Fuente: Grau y otros.⁽⁸⁾

El segundo cuestionario utilizado fue el PHQ-9; es un instrumento que permite establecer el diagnóstico de depresión. Es un instrumento sencillo, de fácil, constituido por 9 preguntas con respuestas tipo Likert de 4 opciones con puntuaciones desde 0 a 3 puntos. La interpretación de los resultados es la siguiente:⁽⁹⁾

- Sin depresión, no lleva tratamiento: hasta 4 puntos.
- Posible depresión, tratamiento según criterio del médico: entre 5 y 15 puntos.
- Depresión confirmada, tratamiento médico: puntuación igual o superior a 15 puntos.

El rendimiento laboral se determinó mediante la confección de una evaluación de desempeño autoevaluada por cada trabajador. Fue diseñada específicamente para el estudio, validada por un comité de 5 expertos, con puntuación de alfa de Cronbach de 0,74 y que incluyó 14 preguntas con escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0 a 3 puntos) y cuyas puntuaciones permitían establecer los siguientes niveles:

- Rendimiento laboral muy bueno: puntuación igual o superior a 36 puntos.
- Rendimiento laboral adecuado: puntuación entre 26 y 35 puntos.
- Rendimiento laboral inadecuado: puntuación inferior a 26 puntos.

El procesamiento de la información se realizó de forma automática utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 26.0 para Windows. Se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión en el procesamiento de las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de variables cualitativas. Se aplicó la prueba no paramétrica de correlación de Pearson para identificar el nivel de relación entre el SB, depresión y rendimiento laboral. Se definió el nivel de confianza en el 95 %, el margen de error en el 5 % y la significación estadística en una p menor o igual a 0,05. Todos los resultados fueron expresados en forma de tablas estadísticas para facilitar la comprensión de los mismos.

Durante el desarrollo del estudio se cumplieron las normas y procedimientos definidos en la Declaración de Helsinki 2 para realizar investigaciones en seres humanos. Cada participante recibió explicación previa al comienzo de la investigación relacionada con los objetivos y métodos del estudio. La participación de los profesionales de la salud fue totalmente voluntaria, sin generar gastos económicos. Su inclusión se realizó únicamente posterior a la firma del consentimiento informado que constituyó el documento que expuso el interés de los participantes por formar parte del estudio.

Los datos se utilizaron con fines investigativos garantizándose su confidencialidad al no incluirse datos de identidad personal y utilizarse códigos alfanuméricos para identificar los cuestionarios aplicados. La información recopilada fue incorporada a la base de datos y resguardada mediante código alfanumérico. Posterior a la realización del informe final se procedió a su eliminación definitiva.

Resultados

En la tabla 2 se observan los resultados del análisis de las características generales de los trabajadores investigados. Se determinó un promedio de edad de 47,26 años con una DE de 15,74 años. Predominaron los trabajadores entre 40 y 49 años edad (38,46 %) seguido de trabajadores de 50 años y más (24,61 %). Al analizar el sexo de los trabajadores se identificó predominio de trabajadoras femeninas (63,08 %), en comparación con los masculinos

(36,92 %). El 55,38 % de los trabajadores se desempeñaban como enfermeras en el momento de realizar la investigación, el 23,08 % se desempeñaba como trabajadores de servicio y el 21,54 % como médicos. El análisis del tiempo de servicio mostró predominio de profesionales con tiempo de servicio en la institución entre 1 y 3 años (43,08 %), seguido de los trabajadores con más de 3 años de servicio (38,46 %) y de los de menos de un año de servicio (18,46 %).

Tabla 2 - Distribución de trabajadores según características generales

Características generales	Muestra total 65 profesionales de la salud	
	Frecuencia	Por ciento
Promedio de edad (años)	47,26 DE* 15,74	
Grupo de edades (años)		
Entre 20 y 29	9	13,85
Entre 30 y 39	15	23,08
Entre 40 y 49	25	38,46
De 50 o más	16	24,61
Sexo		
Masculino	24	36,92
Femenino	41	63,08
Ocupación		
Médico	14	21,54
Enfermeras	36	55,38
Trabajadores de servicio	15	23,08
Tiempo de servicio (años)		
Menor de 1	12	18,46
De 1 a 3	28	43,08
Mayor de 3	25	38,46

*DE: desviación estándar.

Fuente: Cuestionario de investigación.

Los resultados del análisis del comportamiento de las subescalas de SB y la presencia de la enfermedad se muestran en la tabla 3. En relación con las subescalas se observa un predominio de pacientes con nivel bajo de cansancio emocional (44,62 %), seguido de trabajadores con nivel medio (33,84 %). En cuanto a la subescala despersonalización, el comportamiento mostró un predominio de trabajadores en nivel medio (44,62 %) seguido de trabajadores que expresaron un nivel bajo de despersonalización (40,00 %). Por su parte, en la subescala realización personal el 41,69 % de los trabajadores mostró un nivel de afectación medio y el 29,23 % un nivel alto.

Tabla 3 - Distribución de trabajadores según presencia de síndrome de burnout

Subescala de síndrome de burnout	Muestra total de 65 trabajadores		
	Niveles según puntuación frecuencia (porciento)		
	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Cansancio emocional	29 (44,62)	22 (33,84)	14 (21,54)
Despersonalización	26 (40,00)	29 (44,62)	10 (15,38)
Realización personal	15 (23,08)	31 (47,69)	19 (29,23)
Evaluación general del síndrome de burnout			
	Frecuencia	Porciento (%)	*p
Presencia	31	47,69	0,052
Ausencia	34	52,31	0,048

*p ≤ 0,05

Fuente: Cuestionario de investigación OIT.

El análisis de la presencia o ausencia de depresión en los trabajadores de UCI y servicio de medicina interna del HPGDR se muestra en la tabla 4. En el 21,54 % de los trabajadores las puntuaciones obtenidas permitieron identificar la no presencia de depresión. El 47,69 % de los trabajadores presentó manifestaciones clínicas que pudieran ser compatibles con un cuadro de depresión y en el 30,77 % restante de los trabajadores se confirmó la presencia de depresión (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de trabajadores según presencia de depresión

Estudio de depresión	Muestra total de 65 trabajadores		
	Frecuencia	Porciento (%)	*p
Sin depresión	14	21,54	0,078
Posible depresión	31	47,69	0,053
Depresión confirmada	20	30,77	0,07

*p ≤ 0,05

Fuente: Cuestionario de investigación OIT.

La tabla 5 muestra los resultados del análisis de las subescalas de la autopercepción de rendimiento laboral. En este sentido el 44,62 % consideró su rendimiento laboral como adecuado; un 18,46 % como muy bueno y el 36,92 % de los trabajadores consideraron que su rendimiento laboral era inadecuado.

El análisis de las correlaciones entre las variables del estudio se muestra en la tabla 6. Se identificó una correlación positiva fuerte entre presencia de SB y de depresión, dada por un valor de 0,877 y una significación estadística de 0,01. Se identificó correlación negativa fuerte entre presencia de SB y rendimiento laboral, el resultado de -0,803 se acompañó de

una p de 0,01. Por último, se identificó correlación positiva media entre rendimiento laboral y depresión.

Tabla 5 - Distribución de trabajadores según autopercepción de rendimiento laboral

Subescalas de rendimiento laboral	Muestra total de 65 trabajadores		
	Frecuencia	Por ciento (%)	*p
Muy bueno	12	18,46	0,072
Adecuado	29	44,62	0,055
Inadecuado	24	36,92	0,063

*p ≤ 0,05

Fuente: Cuestionario de investigación.

Tabla 6 - Resultados de la prueba de correlación de Pearson entre variables presencia de SB, depresión y rendimiento laboral

Variables		Presencia SB	Depresión	Rendimiento laboral
Presencia de SB	Sig. bilateral	1,0	0,877	-0,803
	n	65	65	65
	p	-	0,01	0,01
Depresión	Sig. bilateral	0,877	1,0	0,623
	n	65	65	65
	p	0,01	-	0,01
Rendimiento laboral	Sig. bilateral	-0,803	0,623	1,0
	n	65	65	65
	p	0,01	1,0	-

SB: síndrome de burnout; *p ≤ 0,05
Fuente: Cuestionario de investigación.

Discusión

El análisis de las características generales de los trabajadores del servicio de medicina interna y UCI del HPGDR mostró un promedio de edad de 47,26 años que es una edad adecuada para los profesionales de la salud que combina juventud y años de experiencia; el predominio de personal femenino es una característica que ha sido señalada en otras investigaciones como la de *Aquino Canchari y Ospina Meza*,⁽¹⁰⁾ en la cual se describe un predominio del sexo femenino en estudiantes de medicina.

Otros elementos que destacan dentro de las características generales es el predominio de personal de enfermería; aunque no se encontraron investigaciones que permitieran realizar comparaciones es importante señalar que la plantilla de recursos humanos hospitalarios

siempre presenta un mayor número de profesionales de enfermería en relación a médicos y personal de servicio; especialmente en los servicios de urgencia dentro de los que se incluyen las UCI.

Un resultado preocupante es el predominio de trabajadores que refirieron un tiempo de servicio entre 1 y 3 años. Este dato demuestra una inadecuada estabilidad laboral; lo cual es uno de los principales problemas de talento humano en el país no solo en la salud pública; sino en el sector público en general; como expresa *Lapo Maza y Bustamante Ubilla*.⁽¹¹⁾

La estabilidad laboral es considerada por *Ceballos-Vásquez* y otros,⁽¹²⁾ como un elemento determinante en que pudiera influir positiva o negativamente en la aparición de estrés laboral. Los autores justifican su planteamiento basado en la sensación placentera de saberse contenedor de un puesto laboral que reporta una remuneración necesaria para hacer frente a los gastos personales y familiares, garantizando, en buena medida el sustento familiar. De manera contraria, la inestabilidad laboral condiciona sentimientos negativos cuya gravedad y exposición crónica pueden desencadenar inestabilidad emocional, somatización y trastornos cognitivo conductuales que afectan el estado de salud general de la persona.

El análisis de la presencia del SB, tanto de forma general como en relación al nivel de afectación en cada una de sus subescalas, constituyó el eje central de la investigación. El predominio de trabajadores con presencia de SB es un resultado que también ha sido descrito en otras investigaciones.

En este sentido existen varias investigaciones que han identificados elevados por cientos de SB en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Rendón Montoya* y otros,⁽¹³⁾ describen como resultado de su estudio un elevado por ciento de profesionales de enfermería de las unidades de cuidado crítico y de hospitalización con manifestaciones clínicas que permiten llegar al diagnóstico de SB.

También *Rodríguez Ramírez y Reátegui Vargas*⁽¹⁴⁾ describen elevada presencia de SB en trabajadores de un centro de rehabilitación dedicado a este tipo de terapia en pacientes con diagnóstico de COVID-19. Un resultado similar reportan *Miranda Alvares* y otros en su investigación al describir que alrededor del 65 % de los profesionales de salud que laboran en unidades de cuidados intensivos presentaron manifestaciones clínicas relacionadas con distintos niveles de SB durante la atención de salud en la pandemia de COVID-19.

También se han publicado estudios realizados en Ecuador que dan cuenta de elevados niveles de presencia del SB en trabajadores de la salud. Ejemplos de ellos son las investigaciones realizadas por *Vinueza Veloz* y otros⁽¹⁵⁾ y *Torres Toala* y otros,⁽¹⁶⁾ en ambas investigaciones se reportan elevados porcentajes de trabajadores de la salud con SB.

Estos resultados están directamente relacionados con la situación generada por la COVID-19 en cuanto a demanda de atención de salud se refiere. Los profesionales de la salud han estado en primera línea de atención desde el comienzo de la enfermedad. Han vivido una situación difícil nunca antes experimentada por ellos; ha constituido una situación estresante crónica a la cual se han expresado distintas formas de adaptación y reacción por parte del personal de salud.

El análisis de las subescalas de SB, a pesar de no poder compararse con otras investigaciones, es un elemento que refleja la situación emocional de los trabajadores investigados. El nivel bajo de cansancio emocional puede ser interpretado como una respuesta positiva de los trabajadores ante la situación generada por la enfermedad. Refleja la sensibilidad y el compromiso de los trabajadores con su actividad, conscientes de su necesidad e importancia.

El predominio de trabajadores con nivel medio de despersonalización y realización personal constituyan los ejes principales de la aparición del síndrome. En esta investigación son un reflejo del grado de afectación generada por la situación epidemiológica vivida. *Miranda Alvares* y otros⁽¹⁷⁾ señalan que los trabajadores de la salud se enfrentan a uno de los retos más difícil, la muerte, y que este dilema ético puede llegar a producir cierto grado de afectación mental; *Saborío Morales* e *Hidalgo Murillo*⁽⁷⁾ también exponen un criterio similar.

La presencia de depresión fue otro de los elementos investigados. El resultado obtenido mostro porcentos elevados de trabajadores con posible depresión o depresión confirmada, ambas categorías tributarias de tratamiento médico. Según *Lorenzo Díaz*,⁽¹⁸⁾ la depresión suele ser una de las manifestaciones que conduzcan a la presencia del SB.

Para *Prieto Molinaria* y otros,⁽¹⁹⁾ la depresión y la ansiedad han sido manifestaciones neuropsiquiátricas que con gran frecuencia se han presentado en los profesionales de la salud dedicados a atender pacientes con COVID-19. Su incidencia y prevalencia pueden ser un elemento favorecedor de la aparición de SB. También *Valero Cedeño* reportan que el afrontamiento de la COVID-19 genera miedo, ansiedad y depresión; lo cual se expresa con mayor frecuencia en las personas que de una forma u otra se encuentra expuestos a la enfermedad.

El rendimiento laboral fue la última de las variables investigadas. A pesar de haber sido evaluada mediante autopercepción, lo cual incorpora un complemento subjetivo, la respuesta de los trabajadores permitió identificar como algunos de ellos asumen un

rendimiento laboral inadecuado, lo que pudiera tener muchas explicaciones y constituir un punto de partida para futuras investigaciones.

El análisis de la correlación entre variables de la investigación mostró correlaciones positivas en todos los casos. Todas las correlaciones alcanzaron valores de p estadísticamente significativos que permiten plantear que existe suficiente evidencia como para afirmar el tipo de relaciones entre las variables investigadas.

La relación entre depresión y presencia de SB puede ser justificada por el lugar que ocupa la depresión y la ansiedad como posibles factores desencadenantes del síndrome.⁽¹⁹⁾ También la relación entre presencia de SB y rendimiento laboral fue estadísticamente significativa y con elevado puntaje de correlación (positiva fuerte). Esta relación puede ser explicada por los cambios cognitivo conductuales que genera el síndrome y como estos pueden incidir en el rendimiento laboral de los trabajadores.

Los resultados del estudio permiten identificar como una situación estresante y mantenida, como es el caso de la pandemia de COVID-19, puede afectar la salud general y mental de los trabajadores independientemente de su preparación académica. El estrés mantenido constituye un elemento que condicione presencia de SB y afectación al rendimiento laboral.

Conclusiones

Existió un predominio de trabajadores del servicio de medicina interna y UCI del HPGDR con manifestaciones clínicas de SB y la subescala que mayor afectación mostró fue la realización personal; así como con depresión posible y confirmada tributaria de tratamiento médico. Se identificó un porcentaje elevado de trabajadores que autoevaluaron su rendimiento laboral como inadecuado. Se encontró correlación positiva fuerte entre las variables depresión y SB, así como entre SB y rendimiento laboral. Entre las variables depresión y rendimiento laboral la correlación obtenida fue positiva media.

Referencias bibliográficas

1. Valdés González JL, Valdés González EM, Solís Cartas U, Sigcho Romero SF. Dengue, COVID-19 and gout, an uncommon association. Rev Cubana Reumatol. 2020 [Acceso 08/08/2021];22(Supl. 1):e871. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000400015&lng=es&tlng=en

2. Solís Cartas U, Martínez Larrarte JP. Therapeutic options to cytokine release syndrome in patients with COVID-19. *Rev Cubana Med Mil.* 2020 [Acceso 10/08/2021];49(3):e783. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000300022&lng=es&tlng=en
3. Chia Proenza D, Gómez Conde SY, del Toro Ravelo LM. Acercamiento a la COVID-19 desde una perspectiva pediátrica. *Rev Cubana Reumatol.* 2020 [Acceso 08/08/2021];22(2):e830. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000200015&lng=es&tlng=pt
4. Villafuerte Morales JE, Hernández Batista SC, Chimbolema Mullo SO, Pilamunga Lema CL. Manifestaciones cardiovasculares en pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19. *Rev Cubana Reumatol.* 2021 [Acceso 11/08/2021];23(1):e870. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962021000100003&lng=es&tlng=es
5. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica.* 2014;32(1):65-74.
6. Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo K, Ruiz J. Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte.* 2007 [Acceso 10/08/2021];23(1):43-51. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=545011&pid=S1409-0015201500010001400003&lng=en
7. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2017 [Acceso 11/08/2021];32(1):119-24. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es
8. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Española Salud Pública.* 2009 [Acceso 11/08/2021];83(2):215-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es&tlng=es
9. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, *et al.* Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chilena Neuro-*

psiquiatría. 2012;50(1):10-22. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>

10. Aquino Canchari ChR, Ospina Meza RF. Medical students in times of COVID-19. Educación Médica Superior. 2020 [Acceso 10/08/2021];34(2):e2339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200001&lng=es&tlng=en

11. Lapo Maza MC, Bustamante Ubilla MA. Organizational Climate Incidence and Labor Attitudes in the Prosocial Behavior of Guayas (Ecuador) Health-Care Professionals. Información Tecnológica. 2018;29(5):245-58. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642018000500245>

12. Ceballos-Vásquez P, Solorza-Aburto J, Marín-Rosas N, Moraga J, Gómez-Aguilera N, Segura-Arriagada F, *et al.* Perceived stress among primary health care workers. Ciencia y Enfermería. 2019;25:5. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100204>

13. Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández RI, Vargas MR, Favela Ocaño MA. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermería Global. 2020 [Acceso 13/08/2021];19(59):479-506. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>

14. Rodríguez Ramírez MC, Reátegui Vargas PE. Situational personality and burnout syndrome in workers of a rehabilitation center. Horizonte Médico (Lima). 2020 [Acceso 10/08/2021];20(1):30-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.05>

15. Vinueza Veloz A, Aldaz Pachacama N, Mera Segovia C, Tapia Veloz E, Vinueza Veloz M. Síndrome de burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. Correo Científico Médico. 2021 [Acceso 12/08/2021];25(2). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808>

16. Torres Toala FG, Irigoyen Piñeiros V, Paola Moreno A, Ruilova Coronel EA, Casares Tamayo J, Mendoza Mallea M. Síndrome de burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2021 [Acceso 08/08/2021];8(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Fausto-Torres-Toala/publication/350744091_Sindrome_de_Burnout_en_profesionales_de_la_salud_del_Ecuador_y_factores_asociados_en_tiempos_de_pandemia/links/606fab7e4585150fe993af1/Sindrome-de-Burnout-en-profesionales-de-la-salud-del-Ecuador-y-factores-asociados-en-tiempos-de-pandemia.pdf

17. Miranda Alvares ME, Abreu Fonseca EB, Carvalho Lamy Z, Haickel Nina RVA, Lopes Pereira M, Santos Garcia JB. Síndrome de burnout entre profesionales de saúde nas unidades de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2020 [Acceso 11/08/2021];32(2):251-60. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3NvThTZMDBpMBdkVfxJBxcP/?format=pdf&lang=pt>
18. Lorenzo Diaz JC. Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2020 [Acceso 10/08/2021];24(3):e4202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000300004&lng=es&tlng=es
19. Prieto Molinaria DE, Aguirre Bravo GL, de Pierola I, Luna Victoria-de Bona G, Merea Silva LA, Lazarte Nuñez CS, *et al.* Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. Liberabit. 2020;26(2):e425. DOI: <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Declaración de contribución

Conceptualización: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.

Curación de datos: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.

Análisis formal: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.

Investigación: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.

Redacción - borrador original: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.

Redacción - revisión y edición: María Paulina Lucero Tapia, Darwin Raúl Noroña Salcedo, Vladimir Vega Falconi.