



FACTORES DISRUPTIVOS EN INSTITUCIONES DE SALUD: UNA ARTICULACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL SÍNDROME DE ANSIEDAD POR DISRUPCIÓN

DISRUPTIVE FACTORS IN HEALTHCARE INSTITUTIONS: AN ARTICULATION BETWEEN BURNOUT SYNDROME AND DISRUPTION ANXIETY SYNDROME

Enrique Novelli

Escuela Superior de Ciencias del Comportamiento y Humanidades-Universidad de Morón, Buenos Aires, Argentina. Red Internacional de Bioética (Haifa) en Convenio con la Asociación Mundial de Medicina. Unidad Académica de Ecobioética de la Universidad de Morón, Buenos Aires, Argentina. Universidad del Salvador, Capital Federal, Argentina. Asociación Psicoanalítica Argentina, Capital Federal, Argentina. enrinovelli@yahoo.com.ar

Mayra Escobar

Escuela Superior de Ciencias del Comportamiento y Humanidades, Universidad de Morón. mayelescobar@yahoo.com.ar

Natalí Trivic

Escuela Superior de Ciencias del Comportamiento y Humanidades, Universidad de Morón. nati_089@hotmail.com

Juan Buccheri

Escuela Superior de Ciencias del Comportamiento y Humanidades, Universidad de Morón. juanbuccheri@hotmail.com

Carlos Piovano

Foro independiente de la Red de Bioética Internacional. Hospital Evita de Lanús, Buenos Aires, Argentina. Fundación Favaloro, Capital Federal, Argentina. carlosfranciscopiovano@gmail.com

Mabel Tripcevich

Foro independiente de la Red de Bioética Internacional. Universidad del Salvador, Capital Federal, Argentina. Asociación Psicoanalítica Argentina, Capital Federal, Argentina. gmabelt@hotmail.com

Claudio Cervino

Escuela Superior de Ciencias del Comportamiento y Humanidades, Universidad de Morón. ccervino@unimoron.edu.ar

Resumen

Marco Teórico: En el presente estudio se investigan los factores que generan la prevalencia de burnout en el personal de Enfermería. La prevalencia del Síndrome de burnout (SB) es, junto con la insatisfacción laboral, un riesgo profesional muy extendido entre el personal que presta sus servicios en las instituciones de salud, donde guardaría una estrecha relación con las condiciones de trabajo. El objetivo es realizar una articulación entre las características de las tres dimensiones del SB con el Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD) en una población de enfermeras/os en actividad durante la pandemia COVID-19. **Método:** Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal, con participación anónima y voluntaria. Se incluyó 89 enfermeras/os (70 desde Hospital público y 19 desde un Centro privado, Buenos Aires, Argentina). Se relevaron y analizaron datos sobre información sociodemográfica y laboral, factores psicosociales y de salud en el trabajo, y la escala *Maslach Bournout Inventory* (MBI). **Resultados:** Se expone y se compara la información recabada desde enfermeras/os de centros de salud público y privado. Los enfermeros de ambos ámbitos de salud manifiestan niveles altos muy similares de burnout (~90%), sin diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La teoría de lo disruptivo aporta recursos valiosos para comprender situaciones complejas reconociendo la relación e influencias recíprocas de: la singularidad y especificidad de los distintos eventos fácticos, la singularidad del sujeto que vive la situación, y el comportamiento idiosincrático de un sujeto con un evento específico.

Palabras clave: Enfermería - Síndrome de burnout - Síndrome de Ansiedad por Disrupción - Factores Disruptivos - Pandemia COVID-19

Abstract

Theoretical Framework: This study investigates the factors that generate the prevalence of burnout in nursing staff. The prevalence of burnout syndrome (BS) is, together with job dissatisfaction, a widespread occupational risk among personnel who provide their services in health institutions, where it would be closely related to working conditions. The objective is to make an articulation between the characteristics of the three dimensions of BS with Disruption Anxiety Syndrome (DAS) in a population of nurses in activity during the COVID-19 pandemic. **Method:** This was an observational, cross-sectional and descriptive study, with anonymous and voluntary participation. We included 89 nurses (70 from a public hospital and 19 from a private center, Buenos Aires, Argentina). Data on sociodemographic and occupational information, psychosocial and occupational health factors, and the Maslach Bournout Inventory (MBI) scale were collected and analyzed. **Results:** The information collected from nurses of public and private health centers is exposed and compared. Nurses in both health settings showed very similar high levels of burnout (~90%), with no statistically significant differences. **Conclusions:** The theory of the disruptive provides valuable resources to understand complex situations recognizing the relationship and reciprocal influences of: the singularity and specificity of the different factual events, the singularity of the subject who lives the situation, and the idiosyncratic behavior of a subject with a specific event.

Keywords: Nursing - Burnout syndrome - Disruption Anxiety Syndrome - Disruptive Factors - COVID-19 Pandemic

Introducción

En el presente estudio se investigan los factores que generan la prevalencia de *burnout* en el personal de Enfermería. Hemos considerado pertinente utilizar el diseño de triangulación metodológica (Samaja, 2018) a partir del cual se puede efectuar valoración cruzada y comparaciones entre datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación.

Como investigadores confiamos en una diversidad de posibilidades de abordajes que ofrecen la estadística y el análisis temático. Es así que procedimos a «cualificar» los datos cuantitativos en crudo que fueron proporcionados por la muestra de enfermeras/os que realizan sus tareas laborales pertenecientes tanto al ámbito de la Salud Pública como al Privado, concernientes a dos instituciones del Gran Buenos Aires (Argentina).

Para realizar esta investigación, se procedió a administrar al personal de Enfermería una batería de instrumentos para recolección de datos sociodemográficos, laborales, factores psicosociales y de salud, así como la aplicación del cuestionario estandarizado que mide la prevalencia del *burnout*. Con esta complementación cuantitativa se espera también enriquecer los datos obtenidos desde el marco teórico del Psicoanálisis, particularmente del concepto de lo disruptivo (Benyakar, 2006).

Esta categoría de lo disruptivo es la más adecuada para el análisis de los factores provocadores del *burnout* o la tendencia a padecerlo. También consideramos apropiado la utilización del concepto Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD) (Benyakar, 2016a), sosteniendo que tiene mayor grado de vinculación con la ansiedad que con la angustia. Y esto es así, dado que el individuo percibe los hechos no como una situación de amenaza identificable (real o imaginaria) pues deriva de contactos con un entorno al cual no se le asigna la categoría de peligroso. Por otra parte, no genera efectos endotímicos, a diferencia de la angustia la cual es una emoción que se registra y permanece cuando la persona está frente a un estímulo que la coloca en una situación de riesgo o amenaza (Ramos et al., 2021).

Los factores psicosociales comprenden a las condiciones presentes en situaciones relacionadas

con la organización del trabajo, el tipo y complejidad de la actividad que se cumple, la realización de la tarea, incluyendo el entorno. En los Centros de Salud, en su conjunto, estos factores afectan el desarrollo laboral y la salud de las personas que se desempeñan como trabajadores. Se ha demostrado que los factores psicosociales en el trabajo suelen tener una gran influencia y carácter crónico, lo que supone generan tensión psicológica continua para el profesional (Gil-Monte, 2012).

En relación a esto último, estudios previos (Aldrete et al., 2015; Lin, et al., 2015) han señalado que los profesionales de la salud al estar expuestos a altas exigencias laborales, enfrentarse a situaciones desgastantes diarias, y al hecho de recibir la transferencia de sus pacientes, se constituyen como un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar estrés laboral.

En este sentido, se consideran a éstos factores del entorno como fenómenos disruptivos porque tienen el potencial de impactar y generar efectos desestabilizadores en el psiquismo de un sujeto, alterando su capacidad integradora y de elaboración. Además promueven la aparición de desórdenes por disrupción, los cuales son definidos por Benyakar como aquellos «desórdenes psíquicos activados por la irrupción de eventos o situaciones fácticas que producen en el sujeto distorsiones de la vivencia, afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia» (Benyakar, 2006).

Se entiende por *burnout* al síndrome psicológico caracterizado por la existencia de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach y Jackson, 1981). Un profesional que no se encuentra satisfecho con la realización o los resultados de sus tareas no es posible conseguir que cumpla su trabajo con calidad y eficacia (Velarde-Ayala et al., 2004).

En un trabajo anterior (Cervino et al., 2023) estimamos y analizamos la prevalencia del Síndrome de *burnout* en el personal de Enfermería que se desempeña en centros de salud de la región metropolitana de Buenos Aires (Argentina), durante la pandemia de COVID-19. Se determinó que nueve de cada diez enfermeras/os están afectadas/os por el **síndrome. Esta alta prevalencia puede estar asociada al desempeño de tareas extras durante la pandemia COVID-19.**

Objetivos

General: En este trabajo nos proponemos profundizar el análisis de factores que intervienen generando el Síndrome de *burnout* y su relación con el Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD), en una muestra de enfermeras/os en actividad, durante la pandemia COVID-19, pertenecientes a dos centros de salud de la región metropolitana de Buenos Aires.

Específicos: a) comparar los resultados obtenidos entre un centro de salud público versus uno privado; b) analizar la presencia del Síndrome de *burnout* teniendo en cuenta el interjuego de variables psicosociales y de salud tales como condiciones laborales, alteraciones físicas y psicológicas, y la satisfacción profesional, y c) articular las características de las tres dimensiones del Síndrome de *burnout* (a través del *Maslach Burnout Inventory*) con el Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD).

Método

Participantes

El estudio incluyó 89 enfermeras/os: 70 desde un Hospital público (HP), Hospital Interzonal General de Agudos "Evita", y 19 desde un Centro privado (CP), Sanatorio Figueroa Paredes, ambos

localizados en el conurbano bonaerense (Buenos Aires, Argentina). La muestra en cada centro de salud se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a su velocidad, costo-efectividad y facilidad de disponibilidad de la muestra; no todas/os las/os enfermeras/os de la población formaron parte de la muestra. A través de los correos electrónicos de los interesados en participar voluntariamente se administraron y recogieron encuestas mediante cuestionario virtual, durante los meses de abril a junio de 2021. Los encuestados desarrollaban sus actividades en diferentes puestos y sectores, en ambos turnos, mañana y tarde.

Todos los participantes recibieron información previa sobre los objetivos y las características metodológicas del estudio y mostraron su acuerdo al acceder a completar la encuesta. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron enfermeras/os con antigüedad mínima de seis meses en el puesto y aceptar participar.

En la Tabla 1 se muestran los datos acerca de las características personales, profesionales y laborales, disgregadas por institución pública o privada de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra estudiada (N= 89) del personal de Enfermería según tipo de Centro de Salud, en el periodo abril-julio de 2021

Variables		Ámbito Público	Ámbito Privado
Tamaño de la muestra		N= 70 (100%)	N= 19 (100%)
Sexo*	Femenino	57 (81.4%)	17 (89.5%)
	Masculino	13 (18.6%)	2 (10.5%)
Edad	Media ± Desvío estándar	41.8 ± 8.09 años	44.9 ± 11.96 años
	Moda - Mediana	45 - 42 años	48 - 48 años
Nivel de Formación*	Estudiante de enfermería	3 (4.3%)	0 (0%)
	Auxiliar	2 (2.9%)	2 (10.6%)
	Enfermera/o profesional	22 (31.4%)	7 (36.8%)
	Licenciada/o en enfermería	43 (61.4%)	10 (52.6%)
Antigüedad Laboral*	Menos de 5 años	13 (18.6%)	2 (10.5%)
	De 5 a 9 años	15 (21.5%)	6 (31.6%)
	De 10 a 14 años	12 (17.1%)	4 (21.1%)
	De 15 a 19 años	12 (17.1%)	1 (5.3%)
	Más de 20 años	18 (25.7%)	6 (31.6%)

Ámbito de Trabajo**	Hospital Público	70 (100%)	7 (36.8%)
	Instituciones privadas con internación	14 (20.0%)	19 (100%)
	Dependencias públicas sin internación	2 (2.9%)	0 (0.0%)
	Dependencias privadas sin internación	2 (2.9%)	2 (10.5%)
	Otras opciones	3 (4.3%)	2 (10.5%)
Área de Trabajo*	Adultos	1 (2.4%)	0 (0.0%)
	Emergencias	4 (9.5%)	0 (0.0%)
	General	2 (4.8%)	0 (0.0%)
	Hematoncología	2 (4.8%)	0 (0.0%)
	Pediatría	12 (28.6%)	3 (21.4%)
	Neonatología	2 (4.8%)	0 (0.0%)
	Oncología	5 (11.9%)	0 (0.0%)
	Polivalente	2 (4.8%)	0 (0.0%)
	UCO	2 (4.8%)	0 (0.0%)
	UTI	6 (14.2%)	3 (21.4%)
	Clínica Medica	0 (0.0%)	6 (42.9%)
Otros	4 (9.5%)	2 (14.3%)	
Horas trabajo semanal*	menos de 40 hs	35 (50.0%)	6 (31.6%)
	40 hs	11 (15.7%)	6 (31.6%)
	más de 40 hs	24 (34.3%)	7 (36.8%)

Notas: *f = frecuencia absoluta (F% = frecuencia relativa). **Ámbito público: 20 encuestados seleccionaron 2 opciones y 1 encuestado seleccionó 3 opciones. Ámbito privado: 11 encuestados seleccionaron 2 opciones.

Procedimiento

Para la recolección de datos se aplicó una encuesta con tres partes: 1) información sociodemográfica y laboral (preguntas 1 a 8: todas cerradas); 2) factores psicosociales y de salud en el trabajo (preguntas 9 a 20: 9 cerradas, 2 cerradas con una opción abierta, y 1 abierta), incluyendo: satisfacción en el trabajo, síntomas padecidos en el último año, consultas médicas y psicológicas en relación a los síntomas, consumo de sustancias y frecuencia de consumo, nivel de conocimiento del burnout, y 3) la escala Maslash Bournout Inventory (MBI).

Medidas

El análisis consideró los resultados de las siguientes variables: a) sociodemográficas y laborales, b) factores psicosociales y salud, y c) prevalencia del Síndrome de burnout y de cada una de sus dimensiones. Entre los indicadores de las variables utilizadas, se ha considerado:

- Variable Condiciones laborales, con los indicadores remuneración, sobrecarga profesional por personal insuficiente, falta de actividades para elaboración de duelos y tensiones, antigüedad en el puesto, área donde desempeña la función, nivel de formación profesional y organización del trabajo y del entorno.
- Variable Alteraciones físicas, con los indicadores contracturas, dolores musculares, cefaleas, alteraciones del sueño y dolor de estómago.
- Variable Alteraciones psicológicas, con los indicadores ansiedad, angustia frente al sufrimiento de los pacientes, depresión, pánico e ideas suicidas.
- Variable Satisfacción profesional, con los indicadores elección de la profesión y sensación de ineficiencia profesional.
- Variable Síndrome de burnout, con los indicadores agotamiento emocional

(AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (FRP).

Para el estudio se utilizó el Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), el cual está diseñado para profesionales de tipo asistencial (Maslach & Jackson, 1981). El cuestionario MBI-HSS es un instrumento estructurado y autoaplicado. El MBI-HSS contiene 22 ítems con respuestas de opción múltiple, tipo Likert con siete categorías que van desde “nunca” (0) hasta “todos los días” (6). Está organizado en tres subescalas, a saber (Albaladejo et al., 2004; Barquín-Rodríguez y Gomis-Coloma, 2019; Blanca-Gutiérrez y Arias-Herrera, 2018; Gil-Monte y Peiró, 2000; Maslach y Jackson, 1981; Zazzetti et al., 2011):

1. **Agotamiento emocional (AE):** detalla sentimientos de estar agotado emocionalmente por el trabajo. Evalúa la disminución y pérdida de recursos emocionales y la vivencia de estar exhausto por las demandas laborales. Esta subescala está constituida por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Valoración: nivel bajo: < 17, nivel medio: 18-26, y nivel alto: > 27, con una puntuación máxima de 54.
2. **Despersonalización (DP):** describe una falta de sentimientos hacia los pacientes, y una posición impersonal hacia ellos. Evalúa el grado en que cada individuo reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, con el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Esta subescala contiene 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22). Valoración: nivel bajo: < 5, nivel medio: 6-9, y nivel alto: > 10, con una puntuación máxima de 30.
3. **Falta de realización personal (FRP):** expresa sentimientos de competencia-éxito y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa. Evalúa los sentimientos de auto-eficacia, la realización personal en el trabajo y baja autoestima personal. Esta subescala incluye 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Valoración: nivel bajo: > 40 (sensación de logro), nivel medio: 34-39 (realización personal intermedia), y nivel alto: < 33 (baja realización personal), con una puntuación máxima de 48.

La puntuación máxima de la escala es de 132. Las puntuaciones de cada subescala se obtienen de sumar los valores de cada ítem que la componen. Cada subescala se valora de manera independiente y según el puntaje alcanzado en cada una de ellas, el resultado clasifica como alto, medio o bajo. Para considerar el desgaste profesional (*burnout*), en cada una de las tres dimensiones se suman los niveles alto y medio. Altas puntuaciones en AE y en DP, y bajas en FRP suponen la presencia del Síndrome de *burnout*. También, se considera prevalencia de desgaste el tener uno o más factores alterados en un profesional.

La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones mencionadas más arriba permite obtener una cuarta subescala denominada “Nivel de *burnout*”. De esta manera se considera presencia del Síndrome de *burnout* con niveles bajos (< 38), medios (39-51) o altos (> 52) (Albaladejo et al., 2004).

Antes del análisis de los datos, se calcularon los alfas de Cronbach para verificar la consistencia interna y la confiabilidad de la escala de medida dentro de este estudio. La escala general obtuvo una puntuación de $\alpha = 0.751$ para el HP, lo que indica una aceptable fiabilidad y $\alpha = 0.817$ para el CP, lo que indica una buena fiabilidad. Los resultados del cálculo del alfa de Cronbach para cada subescala y ámbito de salud son los siguientes: agotamiento emocional: $\alpha = 0.921$ para HP, $\alpha = 0.943$ para CP, ambos con excelente fiabilidad; despersonalización: $\alpha = 0.753$ para HP, $\alpha = 0.772$ para CP, ambos con aceptable fiabilidad; falta de realización personal: $\alpha = 0.809$ para HP, $\alpha = 0.673$ para CP, aceptable y cuestionable fiabilidad, respectivamente. Todos estos resultados indican que la prueba es confiable.

Diseño de la investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con participación anónima y voluntaria. Al utilizar la técnica de triangulación como herramienta se pusieron en práctica métodos tanto cuantitativos como cualitativos en conjunto. La parte cuantitativa consistió del estudio analítico de los resultados de la encuesta. La parte cualitativa consistió en el análisis de las respuestas a las preguntas abiertas y establecer diferentes teorías para

observar el fenómeno en estudio (Patton, 2002) y poder confrontar teorías.

Análisis de datos

Para el análisis de resultados cuantitativos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, según el tipo de variables; para variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas medias y desviaciones estándar. Dado que la distribución muestra una tendencia hacia la no normalidad de los datos, determinada por la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el test de Mann-Whitney se aplicó para las variables cuantitativas continuas. Para la comparación de muestras pareadas de variables categóricas, la prueba de significación utilizada fue la prueba Chi Cuadrado (X^2) con la modificación de Yates para muestras pequeñas. En algún caso por las características del mismo se eligió una prueba de aproximación a la existencia de las diferencias (Odds ratio u Odds R).

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SigmaStat 3.5 (Systat Software, 2006). En todas las pruebas se consideró un valor de $p < .05$ para indicar significación estadística.

Aspectos éticos y legales

Los datos obtenidos tuvieron un tratamiento estrictamente confidencial. En ningún caso fueron reveladas las identidades de los participantes y los resultados obtenidos se emplearon exclusivamente para los fines de la investigación. Los participantes ofrecían su consentimiento a participar en el estudio al responder voluntariamente el cuestionario propuesto.

Resultados

Características sociodemográficas y laborales

De la población total de enfermeras/os encuestados, el 85.5% eran del sexo femenino, con un rango de edad de 23 a 65 años (promedio 43.4 años, D.E.= 10.05 años).

Analizando los datos obtenidos se observa que dentro del personal de Enfermería en ambos

ámbitos de atención predomina el sexo femenino (HP: 81.4%; X^2 30.45; $p < .001$ - CP: 89.5%; X^2 30.48; $p < .001$).

Con respecto a la edad agrupada en intervalos de 5 años, se comprueba una mayor frecuencia de edades entre 41-45 años (24.3%) en HP y de 46-50 años (32%) en CP. Odds R no muestra diferencias relevantes entre ambos grupos.

El nivel de formación muestra que la mayor parte del personal de enfermería en ambos ámbitos de salud alcanzaron el título de Licenciadas/os (HP: 61.4%; CP: 52.6%; X^2 6,92; $p < .05$).

El personal de enfermería en la muestra posee una antigüedad laboral con predominio de más de 20 años en el HP, en cambio, en el CP predominan los grupos con 5-9 años y más de 20 años. En ambos grupos con más de 20 años de ejercicio profesional, no se diferencian (X^2 0.65; $p > .05$).

En cuanto al lugar de trabajo según el ámbito en donde se desempeñan, un 30% trabajaban en dos lugares (públicos y privados) en el HP, y un 47% en el CP también desarrollan tareas en el ámbito público ($X^2 < 1$; $p > .05$).

En la muestra, predominan los que trabajan en Servicios con internación en el área de Pediatría (28.6%) en el HP y de Clínica Médica (42.9%) en el CP. Al consultar acerca del área/servicio de trabajo se obtuvieron menos respuestas que el número de encuestado por ámbito institucional.

La cantidad de horas de trabajo semanales muestra que la mayor parte del personal de Enfermería trabaja < 40 hs/sem (50.0%) en el HP y es proporcional en las tres opciones en el CP.

Finalmente, del análisis de los valores presentados en la Tabla 1 se desprende que, a pesar de la diferencia en el número de enfermeras/os, ambos grupos que se desempeñan en ámbitos laborales diferentes, son bastante homogéneos entre ellos en cuanto a las características sociodemográficas, profesionales y laborales.

Factores Psicosociales y Salud

Ante la consulta sobre satisfacción con el trabajo profesional, respondieron "Muy satisfactorio", HP: 18 y CP: 10; "Satisfactorio", HP: 40 y CP: 5;

Tabla 2. Aspectos de la tarea que según los encuestados de Enfermería podrían mejorarse según tipo de Centro de Salud en el periodo abril-julio de 2021

Aspectos a Mejorarse	Ámbito público		Ámbito privado	
	f	F%	f	F%
Remuneración	39	55.7	14	73.7
Régimen horario	25	35.7	3	15.8
Capacitación permanente	24	34.3	3	15.8
Mejora en el equipamiento profesional	25	35.7	7	36.8
Aumento del número de profesionales de enfermería con el que comparten la tarea	28	40.0	8	42.1
Relaciones con los médicos	12	17.1	1	5.3
Relaciones con los otros enfermeros	13	18.6	2	10.5
Relaciones con los pacientes	6	8.6	0	0.0
Actividades para elaborar duelos o tensiones derivadas del trabajo profesional	23	32.9	8	42.1
Otras (especificar)	2	2.9	1	5.3
Total	N= 70		N= 19	

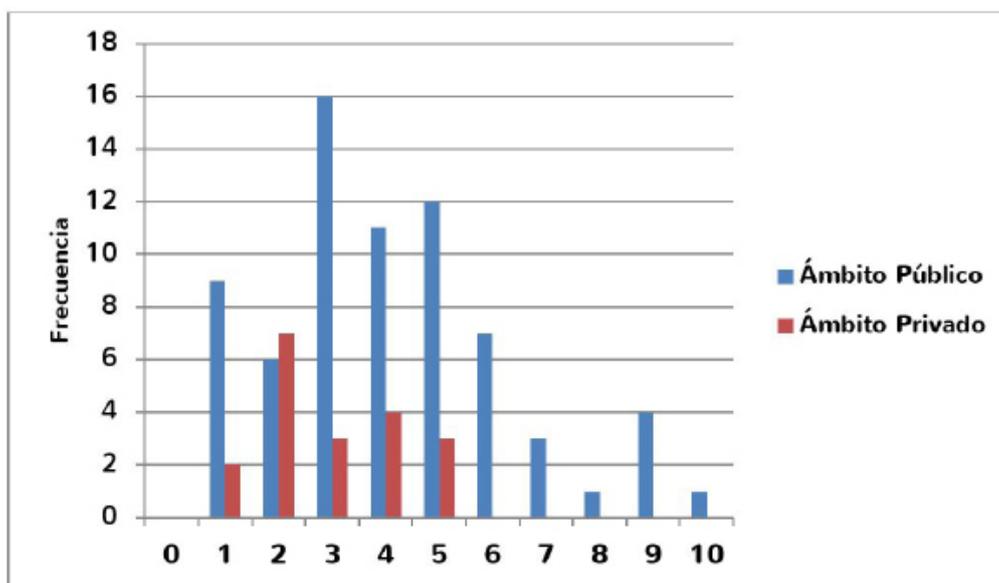
Nota: f = frecuencia absoluta, F% = frecuencia relativa.

“Poco satisfactorio”; HP: 9 y CP: 2, e “Insatisfactorio”; HP: 3 y CP: 2. Así, predominan las opiniones de “muy satisfactorio” y “satisfactorio”, sin diferencias significativas entre ambos ámbitos de salud (HP: 58/70= 83%; CP: 15/19= 79%; $X^2 < 1$; $p > .05$).

Al consultarse sobre los aspectos de la tarea profesional que podrían mejorarse, los encuestados podían elegir entre 9 opciones y

seleccionar más de una (Tabla 2). En ambos grupos, “Remuneración” fue la respuesta más frecuente y a continuación “Aumento del número de profesionales de enfermería”, sin diferencias significativas entre ambas muestras ($X^2 3.17$; $p > .05$). En “Otras”, distintos encuestados sugirieron “Reconocimiento social”, “La identidad y representación” y “Desarrollar mayor autonomía en enfermería”.

Figura 1. Número de aspectos a mejorar (de acuerdo Tabla 2) seleccionados por cada personal de Enfermería según tipo de Centro de Salud en el periodo abril-julio de 2021.



En la Fig. 1 se grafica la cantidad de aspectos a mejorar desde el listado de la Tabla 2 según lo respondido por las/os enfermeras/os encuestados. El hecho que la mayoría señalaran uno o más aspectos a mejorar indicaría el nivel de demanda de los profesionales de Enfermería de este sector.

Frente a la pregunta sobre síntomas psicológicos y físicos-funcionales padecidos en el último año, los encuestados podían seleccionar más de una respuesta entre 13 opciones (Tabla 3). Los síntomas más frecuentes manifestados en ambos grupos de enfermeras/os fue el de "Dolores musculares y/o contracturas" y "Alteraciones del sueño"; seguido por "Ansiedad"; sin diferencias significativas entre ambos ámbitos de salud ($X^2 < 1$; $p > .05$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en: cefaleas, depresión, apatía e ideas suicidas. En "Otras"; un encuestado menciona "Dolor de estómago".

Al evaluar el número de síntomas psicológicos y físicos-funcionales padecidos por cada encuestado, la mayoría de las/os enfermeras/os en ambos ámbitos de trabajo señalan la concurrencia

de varios de estos tipos síntomas. Este hecho indicaría el nivel de desgaste por los que estarían pasando los profesionales de Enfermería.

En cuanto a la instalación de los síntomas padecidos, ambos grupos presentaron mayoritariamente síntomas y sin diferencias significativas ($X^2 < 1$; $p > .05$). La forma de instalación más frecuente fue la progresiva (HP: 42/70; CP: 11/19), seguido por forma repentina (HP: 15/70; CP: 6/19), forma crónica (HP: 7/70; CP: 7/19), y sin responder 6 en HP y ninguno en CP.

Al preguntar si habían realizado consultas médicas debido a los síntomas psicológicos y físico-funcionales padecidos en el último año, en el HP sí lo habían hecho 30/70 y en el CP 7/19 ($X^2 < 1$; $p > .05$). Al solicitar que mencionen el diagnóstico y/o tratamiento frente a las consultas médicas debido a los síntomas psicológicos y físico-funcionales padecidos en el último año, éstos se nucleaban principalmente en el grupo de ansiedad/depresión/pánico, luego estrés y el principal tratamiento mencionado fue el psicológico.

Tabla 3. Síntomas psicológicos y físicos-funcionales padecidos en el último año por los encuestados de Enfermería según tipo de Centro de Salud en el periodo abril-julio de 2021

Síntomas psicológicos y funcionales	Ámbito público		Ámbito privado	
	f	F%	f	F%
Cefaleas persistentes	23	32.9	6	31.6
Depresión	13	18.6	5	26.3
Apatía (pocas ganas de hacer cosas)	19	27.1	7	36.8
Aburrimiento y/ o falta de motivación sobre todo con la tarea cotidiana	16	22.9	1	5.3
Ansiedad	29	41.4	7	36.8
Irritabilidad y aumento de conflictos familiares o interpersonales	17	24.3	4	21.1
Alteraciones del sueño	30	42.9	10	52.6
Dolores musculares o contracturas	32	45.7	10	52.6
Ideas suicidas	2	2.9	0	0.0
Deseo de dejar la profesión o sensación de ineficiencia profesional	12	17.1	7	36.8
Angustia por el sufrimiento de los pacientes	18	25.7	9	47.4
Ninguno de los síntomas citados	1	1.4	0	0.0
Otros (especificar)	1	1.4	0	0.0
Total	N= 70		N= 19	

Nota: f = frecuencia absoluta, F% = frecuencia relativa.

Al consultar sobre el consumo de sustancias (cigarrillos; café, té o mate; bebidas alcohólicas; sedantes o drogas psicotrópicas; drogas de abuso, o ninguna de ellas) los consumos más frecuentes fueron: café/té/mate: 87% (HP: 63/70; CP: 16/19); bebidas alcohólicas: 15% y drogas psicotrópicas: 12% (HP: 23/70; CP: 4/19), sin diferencias significativas en ambos grupos ($X^2 < 1$; $p > .05$). En el HP también sobresalen cigarrillos con un 17% (12/70). Con respecto a las drogas de abuso, la mayoría respondió negativamente en ambos ámbitos de salud (HP: 1/70; CP: 1/19).

Frente a la consulta sobre la frecuencia de los consumos de sustancias (1, 2, 3 veces por día, diariamente, 3 veces por semana, frecuentemente y cada 15 días), de acuerdo a los que respondieron este ítem, la respuesta predominante fue "diaria" sin diferencias significativas en ambos grupos (HP: 57%; CP: 50%).

Al preguntar sobre la percepción de "Cómo consideran dichos consumos", con las opciones "habituales" o "excesivos", la respuesta predominante fue la primer opción (HP: 87,1%; CP: 94,7%; $X^2 < 1$; $p > .05$).

Al preguntar a los encuestados sobre el "Nivel de conocimiento del burnout", según tipo de Centro de salud, en el HP las respuestas fueron: NO= 11/70 (15.7%) y SI= 59/70 (84.3%); en el CP las respuestas fueron: NO= 4/19 (21.0%) y SI= 15/19 (79.0%). Entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas ($X^2 < 1$; $p > .05$), mostrando un alto porcentaje de enfermeras/os que conocen sobre el burnout.

Frente a la consulta si "¿Considera que lo puede llegar a padecer dicho síndrome?"; respondieron afirmativamente, entre los que refirieron conocer al Síndrome de burnout: en el HP 43/59 (72.9%) y en el CP 12/16 (75.0%). Entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas ($X^2 < 1$; $p > .05$), mostrando una alta percepción de que están sufriendo el Síndrome de burnout.

Ante la consulta si "¿Volvería a elegir a la Enfermería como profesión?"; en el HP las respuestas fueron: NO= 10/70 (14.3%), SI= 40/70 (57.1%) y No se/Tal vez= 20/70 (28.6%); en el CP las respuestas fueron: NO= 4/19 (21.1%), SI= 11/19 (57.9%) y No se/Tal vez= 4/19 (21.1%). Entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas ($X^2 < 1$; $p > .05$). Así, predominan las respuestas afirmativas.

Nivel de Burnout: Escala Maslash Bournout Inventory (MBI)

En lo que respecta al Síndrome de burnout, se encontró que 87% presentaban al menos una dimensión (AE, DP o FRP) afectada en los encuestados del HP y el 79% en CP; de ellos 30% en los primeros y 26% en los segundos reportaron las tres dimensiones alteradas. Para esto se consideró la calificación como alta y media en cada una de las dimensiones.

Se identificó un alto porcentaje de la población estudiada que presentaron un nivel alto-medio de Agotamiento Emocional (HP: 71% y CP: 74%).

Tabla 4. Prevalencia de afectación de los componentes del Síndrome de burnout del personal de enfermería en el periodo de abril-julio de 2021, según ámbito de salud en que se desempeñan.

	Agotamiento emocional (AE)*		p	Despersonalización (DP)*			Falta de realización personal (FRP)*			Nivel de burnout (NB)*		
	Ámbito público	Ámbito privado		Ámbito público	Ámbito privado	p	Ámbito público	Ámbito privado	p	Ámbito público	Ámbito privado	p
Nivel alto	33 (47%)	12 (63%)	>.05	41 (59%)	11 (58%)	>.05	34 (49%)	7 (38%)	>.05	45 (64%)	14 (74%)	>.05
Nivel medio	17 (24%)	2 (11%)	>.05	8 (11%)	2 (10%)	>.05	17 (24%)	6 (31%)	>.05	18 (26%)	3 (16%)	>.05
Nivel bajo	20 (29%)	5 (26%)	>.05	21 (30%)	6 (32%)	>.05	19 (27%)	6 (31%)	>.05	7 (10%)	2 (10%)	>.05
Total	N= 70	N= 19		N= 70	N= 19		N= 70	N= 19		N= 70	N= 19	

Nota: *f = frecuencia absoluta (F% = frecuencia relativa).

Asimismo, se ha observado un alto nivel de Despersonalización dentro del personal encuestado (HP: 70% y CP: 68%). Los mismos resultados se presentan con un nivel alto-medio de Falta de Realización Personal (HP: 73% y CP: 69). En nuestra muestra de estudio, considerando ambos ámbitos institucionales, las tres dimensiones son afectadas en las/os enfermeras/os con un nivel ~70%, considerando nivel alto y medio. La presencia del Síndrome de burnout por dimensión en personal de enfermería desde centro público y privado de salud se muestra en la Tabla 4. De acuerdo al criterio expuesto en Método, se comprobó niveles de burnout alto-medio muy elevados en el personal de Enfermería en ambos tipos de Centros de salud (HP: 90%; CP: 90%) (Tabla 4).

Al comparar entre el ámbito público y privado no se encuentran diferencias significativa en ninguno de los cuatro parámetros (Mann-Whitney Rank Sum Test, $p > .05$, Tabla 4).

Discusión

Las condiciones de trabajo de alto riesgo y la exposición crónica a factores laborales, sociales, conductuales, físicos y culturales muy estresantes, causan deterioro en la salud física y mental de los profesionales de la salud, en particular el personal de Enfermería.

Esto se confirma en nuestra investigación al evaluar variables psicosociales y de salud, en donde los encuestados manifiestan alteraciones físicas (cefalea, fatiga, insomnio, dolores musculares); psicológicas (depresión, angustia, irritabilidad); profesionales (deseo de dejar la profesión o sensación de ineficiencia profesional) y alteraciones laborales (angustia por el sufrimiento de los pacientes), lo cual constituye una gran carga cognitiva y, especialmente, emocional.

En conjunto, las alteraciones personales junto a las alteraciones relacionadas con el ámbito laboral, generan perfiles de enfermedad, malestar, incapacidad e insatisfacción laboral, lo cual se traduce en altos niveles de estrés laboral, así como de desgaste físico y emocional (Rojas, 1998). Todo esto deriva en estrés crónico dando lugar al Síndrome de burnout, manifestándose en el personal de Enfermería a partir de fuentes de estrés propias del ámbito laboral y al uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas, tales como ausentismo laboral, depresiones, toxicomanías, renun-

cia al puesto, entre otras (Axayacalt et al., 2006). En el ámbito organizacional, los efectos negativos del burnout se relacionan al aumento de los costos operacionales y pueden ser identificados como por ejemplo: ausencias, baja calidad del cuidado, deshumanización de la asistencia, aumento de accidentes ocupacionales, baja productividad e intención de abandonar la profesión (Grazziano y Ferraz, 2010).

En nuestro trabajo, los enfermeros desde ambos ámbitos de salud, público y privado, manifiestan niveles muy similares de burnout, estando el síndrome presente en alto porcentaje (~90%). Al comparar los 2 grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Otra observación que se desprende del estudio es que ~80% de los encuestados dice conocer que es el burnout, y de ese porcentaje, el 75% considera que puede estar padeciendo el síndrome. De esta forma, nuestros resultados exponen que el ejercicio profesional en Enfermería comporta una tarea con alto riesgo de desgaste, no tanto por el lugar o la unidad en que se trabaje, sino más bien por las características desadaptativas de la organización de los Centros de Salud (Garrosa et al., 2008; Mallett-Price et al., 1991).

Los profesionales de la Enfermería son un ejemplo claro de trabajo con predisposición a sufrir el Síndrome de burnout, y en especial durante la pandemia de COVID-19 (Cervino et al., 2023). Y esto se debe a que las/os enfermeras/os deben atender y cuidar las necesidades de los pacientes, y se caracterizan por el contacto directo y permanente. Pero, si estas personas persisten mucho tiempo bajo estrés episódico, surgen consecuencias pudiendo presentar alteraciones negativas en su estado de salud, ya sea en forma de enfermedad o alteraciones psicosomáticas como: dificultad para dormir, mareos y vértigos (Gil-Monte y Peiró, 1997; Ribeiro et al., 2015). Por otro lado, este síndrome conlleva desgaste profesional, generando consecuencias perjudiciales para los profesionales y sus pacientes. También, se percibe en la organización de una manera preocupante por medio de insatisfacción y pérdida de la calidad laboral, falta de atención a los usuarios, conflictos con los compañeros, ausentismo o abandono del puesto de trabajo (Leka et al., 2004).

El AE y la DP son las dimensiones afectadas con mayor frecuencia en las poblaciones estudiadas (Aldrete et al., 2015; Solano-Ruiz et al., 2002;

Zazzetti et al., 2011). Al contrastar con nuestros resultados, las tres sub-escalas están afectadas por igual. Se identificó un alto porcentaje de la población estudiada que presentaron un nivel alto-medio de AE (HP: 71% y CP: 74%), un alto nivel de DP dentro del personal encuestado (HP: 70% y CP: 68%), y los mismos resultados se presentan con un nivel alto-medio de FRP (HP: 73% y CP: 69%). En nuestras muestras de estudio, las tres dimensiones, y en ambos ámbitos institucionales, son afectadas con un nivel aproximado del ~70%.

En este estudio no se observó significancia estadística en los niveles de desgaste profesional según el sexo, aunque los hombres muestran niveles más altos de AE y DP. En otros trabajos, tampoco se encuentran diferencias significativas para poder señalar que uno u otro sexo sean más proclives a desarrollar el Síndrome de burnout (Albar-Martín et al., 2004; Blanca-Gutiérrez y Arias-Herrera, 2018).

La presente investigación se realizó durante un período de pandemia debido al COVID-19, lo cual puede explicar los niveles muy elevados de Síndrome de burnout entre las/os enfermeras/os encuestados, tanto en el ámbito público como privado de atención a la salud. Si bien los profesionales de Enfermería están bajo continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte, situación que puede explicar niveles altos de estrés laboral y burnout, al enfrentarse a una enfermedad desconocida, las medidas extremas de cuidado, la situación por la que atraviesan los enfermos más graves infectados por el Sars-Cov-2, el peligro de contagiarse, claramente son una sobrecarga al nivel habitual de estrés laboral y burnout.

Otro de los motivos que pueden influir en la instalación del Síndrome de burnout es la pobre remuneración y el bajo reconocimiento profesional que presenta el trabajo de enfermera/o, el cual no ayuda, ni compensa, ni los anima. Así, se explica que entre los aspectos de la tarea que según los encuestados podría mejorarse está el incremento en la remuneración y el entorno relacionado con el desempeño de su profesión.

Articulación entre el Síndrome de Burnout y el Síndrome de Ansiedad por Disrupción

La dimensión agotamiento emocional (AE), subescala del MBI-HSS, refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Vivencia de estar exhausto emocionalmente por demandas del trabajo. Sentimientos de estar agobiado y agotado emocionalmente por el trabajo. Esta categoría puede relacionarse con los siguientes síntomas del SAD: hay inhibición de la capacidad de acción en el presente por parte del individuo que puede estar vinculada a una pérdida de parámetros confiables y compartidos y por la existencia de instituciones que no garantizan reglas de convivencia propiciando así entornos con potencial disruptivo durables y permanentes. Frente a estas particularidades del entorno el individuo manifiesta una disfuncionalidad personal y sufrimiento psíquico, además vivencias de impotencia y desamparo, estados de desorientación e incertidumbre y sentimientos de frustración y desesperanza. También aparece la abulia, la hiperactividad y el desgaste. Las personas al no poder expresar los sentimientos negativos caen bajo los efectos de indefensión y anonadamiento. En este sentido la pandemia por COVID-19 trae aparejado estos sentimientos y percepciones intensificándolos dado que el hecho fáctico como lo fue el impacto del virus, hizo que las instituciones se vean desbordadas por los acontecimientos y no puedan garantizar las reglas de convivencia ni las funciones por las que fueron creadas. Toda vez que se vivenciaba también la sensación de estar atrapado, tal como lo describe el SAD, a raíz de los medios informativos que intensificaban los temores, generando la sensación de que no queda espacio libre ni seguro. Esto pudo haber derivado a otro síntoma del SAD, en el contexto de pandemia, como lo fue el "miedo difuso", que en muchas oportunidades no es reconocido como tal, pero se instala como estado permanente. Es decir, se da el vivenciar de una amenaza de peligro constante. Asimismo el SAD destaca que las personas que lo padecen tienen la necesidad imperiosa de hablar acerca de lo que sucede, comentar temores e inseguridades, desconciertos, como intentos de validar sus vivencias y confirmar que la amenaza existe y no es producto de la propia subjetividad. Estos síntomas podemos deducirlos a partir del análisis general de resultados pero se aclara que algunas variables mencionadas como síntomas del SAD, como lo son por ejemplo el tema de la excesiva exposición a los medios de

comunicación no fueron puntualmente medidas, pero cobran importancia en la problemática actual como lo es la pandemia. Sin embargo las variables dependientes más significativas que darían cuenta de este aspecto que sí fueron medidas en nuestra investigación son el nivel de apatía (pocas ganas de hacer las cosas), angustia por el sufrimiento de los pacientes, depresión, ansiedad, pánico, ideas suicidas. Estas manifestaciones que darían cuenta del agotamiento emocional podrían llevar a la presencia de las alteraciones físicas como cefaleas persistentes, alteraciones del sueño, dolores musculares y contracturas entre otras por causas laborales.

La dimensión despersonalización (DP), subescala del MBI-HSS, se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas, de inestabilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Apatía, indiferencia hacia los sujetos objetos de atención. Posición impersonal hacia ellos. Actitudes de frialdad y distanciamiento hacia los otros. Este fenómeno se vincula con la sintomatología del SAD que da cuenta de sentimientos de desconfianza, sospechas, desvalorización, ira, hostilidad, indiferencia dirigidos a figuras responsables de asegurar la convivencia en las instituciones. También aparece una tendencia a identificar culpables para descargar la frustración. Estas vivencias generan malestar en el individuo quien puede recurrir a conductas de aislamiento u otros comportamientos pseudoadaptativos como un intento de alcanzar mayor seguridad personal. Las variables dependientes más relevantes que darían cuenta de este aspecto son las relaciones con los médicos, con otros enfermeros, relaciones con los pacientes, irritabilidad y aumento de conflictos familiares o interpersonales.

La dimensión falta de realización personal en el trabajo (FRP), subescala del MBI-HSS, se describe como la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencias profesionales y autoestima personal. Este aspecto del Síndrome de burnout puede ligarse a los síntomas del SAD relacionados con la presencia de inhibiciones en la capacidad de tomar decisiones o sostener las tomadas, derivadas de estados profundos de frustración, impotencia, incertidumbre que siente el individuo cuando el presente no permite la acción adecuada, y esto impide proyectar objetivos y metas para el futuro. En este sentido, en relación con nuestras variables dependientes, esta dimensión se haría evidente en cuestiones como la disconformidad con la remuneración, con

el régimen horario, con la falta de capacitación permanente, así como la necesidad de mejora en el equipamiento profesional, aumento del número de profesionales de enfermería con el que comparten la tarea y actividades para la elaboración de duelos y tensiones, que pondrían en evidencia la sensación de ineficiencia profesional, pero como se dijo al principio, aun así la mayoría de los enfermeros manifestó que volvería a elegir la profesión.

Aportes desde la Teoría de lo disruptivo

Todo lo desarrollado hasta aquí da cuenta de que lo que sostiene la bibliografía de referencia en cuanto a la «teoría de lo disruptivo», la cual aporta recursos valiosos para comprender situaciones complejas reconociendo la relación e influencias recíprocas de: especificidad de los distintos eventos facticos, la singularidad del sujeto que vive la situación y el comportamiento idiosincrático de un sujeto con un evento específico.

En este sentido, Benyakar (2016b) advierte la necesidad de “distinguir y caracterizar los distintos elementos que participan de la situación: el hecho que viene de afuera, el impacto que sufre el psiquismo y el modo en que se articulan ambos fenómenos en el interior del sujeto”.

Este esfuerzo de discriminación es indispensable para poder fundamentar un diagnóstico y desarrollar estrategias de intervención adecuadas. Se entiende por afuera todo aquello que no es idiosincrático del psiquismo. Así el afuera refiere tanto al entorno del individuo, como al propio cuerpo. Este psiquismo está en constante transformación a lo largo de toda la vida del individuo y ante cualquier evento o situación que impacte en el mismo provoca reacciones que alteran el equilibrio u homeostasis y se producen distintos tipos de reacciones. En este caso «se tratará de un evento fáctico disruptivo, donde la cualidad de disruptivo corresponde exclusivamente al evento o la situación capaz de provocar una discontinuidad o una distorsión en el modo humano de elaborar» (Benyakar, 2006).

Cuando el evento fáctico impacta en el psiquismo generándole una exigencia de trabajo que sobrepasa lo que él tolera y lo obliga a recurrir a estrategias o procesos estabilizadores, se está ante una situación disruptiva.

Cada vez que se produce un impacto desde un evento disruptivo, en el psiquismo se produce una vivencia, cuando esa vivencia se articula con el evento fáctico da lugar a inscripción psíquica de la experiencia que puede ser clasificada como traumática, de estrés, ominosa o de ansiedad difusa. La vivencia es la que le otorga especificidad a la subjetividad, es inefable y está presente en todo lo que las personas dicen. En este aspecto tomaremos como referencia para nuestro estudio a la "vivencia de ansiedad difusa", ya que estaría vinculada con el SAD y sería la más pertinente para la articulación con nuestra unidad de análisis que es el Síndrome de burnout.

Según Benyakar (2016a), al SAD se lo describe como «el síndrome de las personas a las que no les pasa nada», pero que sin embargo en su cotidianeidad perciben síntomas o manifestaciones observables atribuibles al "impacto desorganizador en su psiquismo por vivir expuestas, durante un tiempo prolongado, a entornos habitados por amenazas inasibles atribuibles a la voluntad", como los mencionados en este trabajo.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio podemos incluir:

a) Debido a la repentina aparición de la pandemia de COVID-19, no se pudieron evaluar las condiciones psicológicas del personal de Enfermería antes de brindar atención a los pacientes con COVID-19. Frente a esta limitación se propone para futuras investigaciones volver a relevar datos en personal de Enfermería para obtener la información pertinente respecto a dichas condiciones o variables en cuestión, pero en un contexto libre de pandemia para cotejar y comparar si se mantienen los resultados que permitan arribar a posibles nuevas conclusiones.

b) El hecho de no haber discriminado al personal de Enfermería de acuerdo al Servicio o sector en donde se desempeñaban, con las demandas y diferencias organizacionales implicadas en cada uno de estos entornos concretos. En este sentido, se propone para futuros estudios en relación a la problemática abordada, realizar un análisis comparativo para evaluar diferencia de resultados entre distintos sectores discriminados en el personal de Enfermería, y así, precisar si un área tiene más

predisposición que otra para padecer el burnout. Cabe señalar que la alta prevalencia del Síndrome de burnout, así como el SAD, pudieron estar asociadas al desempeño de tareas extras durante la pandemia COVID-19, lo cual llevó a una sobrecarga que quizá demandaban la presencia del personal en áreas que no eran de su competencia dada la emergencia sanitaria.

c) La circunstancia de que diversas relaciones no fueran significativas estadísticamente puede deberse al tamaño de la muestra general (N = 89), y en cada ámbito de salud, aunque la tasa de respuestas obtenidas fue alta. También, el desbalance en el número de encuestados entre ambos centros de salud. El aumento de unidades de observación mejorará la significación estadística.

d) Otra limitación del estudio deriva básicamente del diseño transversal, que sólo permite el análisis de asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer relaciones causales. Además, algunas dimensiones, como alteraciones psicológicas o AE, son más dinámicos e influenciados por los horarios y los factores estresantes del trabajo, cuestiones personales, etc. Conceptos como condiciones laborales, DP o FRP tienen propiedades acumulativas, especialmente cuando las contramedidas son ineficaces con condiciones de trabajo estresantes repetidas. Por lo tanto, los datos longitudinales pueden proporcionar una mejor comprensión del impacto de COVID-19 en el personal de Enfermería.

e) El tipo de muestreo puede ser otra limitación, ya que el muestreo de conveniencia tiene sesgo de autoselección y sesgo de muestreo. Es probable que el objetivo del estudio haya atraído a enfermeras/os que estaban ansiosos por informar sobre sus experiencias y del interés que el estrés laboral les haya generado a los participantes.

f) Además, debe mencionarse el factor de veracidad en las respuestas de los profesionales, considerando que el uso de encuestas tiende a subestimar el grado de estrés relacionado con el trabajo, el agotamiento profesional y la insatisfacción laboral. Existen varias razones por las cuales el uso de encuestas puede subestimar el grado de estrés:

1. Sesgo de respuesta: cuando las personas responden a una encuesta, pueden sentir

la presión de responder de manera socialmente aceptable o en línea con las expectativas del investigador. Esto puede llevar a que minimicen o subestimen el nivel de estrés que experimentan.

2. Falta de conciencia: algunas personas pueden no ser conscientes del nivel de estrés que están experimentando o pueden subestimarlos debido a que han estado viviendo con él durante un largo período de tiempo que se ha convertido en su «nueva normalidad».
3. Dificultad para expresar el estrés: el estrés es un estado psicofísico complejo y puede ser difícil de expresar con palabras. Las personas pueden tener dificultades para describir su nivel de estrés de manera precisa, lo que puede llevar a una subestimación de su grado.
4. Variabilidad del estrés: el nivel de estrés que experimenta una persona puede variar según el momento del día, el día de la semana, la situación o la época del año. Por lo tanto, una encuesta que se realice en un momento específico puede no capturar toda la variabilidad del estrés que una persona experimenta en su vida diaria.

Conclusiones

Desde la literatura escogida se desprende que en el vivenciar ansiógeno, la ansiedad surge en aquellos individuos que perciben adecuadamente la realidad objetiva que los rodea y que cuando las experiencias disruptivas adquieren continuidad y persistencia producen deterioro paulatino, desigual y causan sufrimiento psíquico y disfuncionalidad personal que derivan de la irrupción de esos entornos en el psiquismo.

Esta investigación se distingue de otras por el hecho de rescatar desde los datos aportados por las opiniones vertidas en las encuestas, aquellos factores que desde el entorno laboral participan, muchas veces sin ser percibidos, en la desregulación de los procesos psíquicos y sus manifestaciones en lo personal, laboral, familiar y social, impidiendo un adecuado funcionamiento del sujeto en la vida cotidiana.

En este sentido, es necesario articular algunas acciones para combatir el burnout en Enfermería, las cuales deben ir más allá del ámbito personal y trabajar desde la formación y la organización institucional con la modificación de ciertos factores que permitan una mayor interacción y apoyo social, así como un mejor desarrollo profesional (reconocimiento y remuneración) ya que estos se presentarían como variables protectoras. Además, sería importante incorporar en los programas académicos de Enfermería, esta temática para su mejor conocimiento y prevención.

Referencias

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Albar-Marín, M.J., Romero Hernández, M.E., Carbayo Pérez, E., et al. (2004) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 14(5), 281-5. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73899-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73899-1)

Aldrete-Rodríguez, M.G., Navarro-Meza, C., González-Baltazar, R., Contreras-Estrada, M.I., & Pérez-Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>

Axayacalt, G., Celi, S.M., Moreno, S., y Suárez, J.O. (2006). Síndrome de Burnout. *Archivos Neuropsiquiátricos*, 11(4), 305-309.

Barquín-Rodríguez, F.I., y Gomis-Coloma, A.M. (2019). Síndrome de Burnout en Urgencias. *Rev Psicol de la Salud (New Age)* 7(1), 306-332.

Benyakar, M. (2006) *Lo disruptivo*. Editorial Biblos- Buenos Aires.

Benyakar, M. (2016a). Síndrome de ansiedad por interrupción (SAD): un nuevo modo de sufrir. En M. Benyakar, *Lo disruptivo: amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terremotos y catástrofes sociales (183-1977)*. Nueva Editorial Universitaria (U.N.S.L).

- Benyakar, M. (2016b). Lo Disruptivo. El Impacto del Entorno en el Psiquismo. En: M. Benyakar, *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas* (13-39). Nueva Editorial Universitaria (U.N.S.L)
- Blanca-Gutiérrez, J.J., Arias-Herrera, A. (2018) Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 30-44. <http://dx.org/doi/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Cervino C, C Piovano, M Tripceвич, J Buccheri, M Escobar, N Trivic y E Novelli. (2023). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Enfermería durante la pandemia COVID-19. *Rev Psicol de la Salud*, 11(1), 139-154. <https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.306>
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., González, J.L. (2008) The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud*. 45(3), 418-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003>
- Gil-Monte, P.R. (2012) Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 19(2), 237-241.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico de burnout según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trab y de las Organ*, 16, 135-149.
- Grazziano, E.S, & Ferraz-Bianchi, E.R. (2010) Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100020&lng=es&tlng=es
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. OMS. http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh3sp.pdf .
- Lin, P.C., Chen, C.H., Pan, S.M., Chen, Y.M., Pan, C.H., Hung, H.C., Wu, M.T. (2015). The association between rotating shift work and increased occupational stress in nurses. *J Occup Health*, 57(4), 307-315. <https://doi.org/10.1539/joh.13-0284-OA>
- Mallett-Price, H., Jurs, S., and Slenker, S. (1991). Relationship among burnout, death, anxiety and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep.*, 68, 1347-1359.
- Maslach C., Jackson S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Ramos, E., Domínguez, A., Sánchez, M. y Núñez, C. (2021). La angustia en el manejo de las emociones y del yo en tiempo de crisis. Una mirada desde el psicoanálisis y las neurociencias. *SEMILLA CIENTÍFICA*, 2(2), 46-69.
- Ribeiro, R., Marziale, M.H.P., Martins, J.T., Ribeiro, P.H.V., Robazzi, M.L. do C.C., & Dalmas, J.C. (2015). Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 435-440. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0383.2573>
- Rojas, V.A. (1998) Estrés laboral en el personal de Enfermería. En *Enfermería. Una profesión de alto riesgo*. 5a ed. México: Plaza y Valdés, 167-221.
- Samaja J. La triangulación metodológica (Pasos para una comprensión dialéctica de la combinación de métodos). *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018;44(2):431-443.
- Solano-Ruiz, M.C., Hernández-Vidal, P., Vizcaya-Moreno, M.F. y A. Reig-Ferrer. (2002) Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*, 13(1), 9-16.
- Velarde-Ayala, R.J., Priego-Álvarez, H., y López-Naranjo, J.I. (2004). Estudio de la satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. *Hit Cien Econ Admon*, 27, 55-66.

Zazzetti, F., Carricaburu, M.V., Ceballos, J.L., Miloc, E. (2011) Prevalencia de síndrome de burn-out en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina. *Alcmeon*, 17(2), 120-128.