



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DEL NORDESTE**

Carrera de Enfermería

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

“Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto, de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023”.

Autora: Lic. María Mónica Lázzaro

[**mlazzaro@unnoba.edu.ar**](mailto:mlazzaro@unnoba.edu.ar)

Junín (B), Argentina. 28 de agosto de 2025

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina
Carrera de Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina

Carrera de Enfermería

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

“Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023”.

Director: Mg. Jorge Cialzeta
jorgecialzeta@gmail.com

Miembros del Tribunal Evaluador
Mg. Fernando Gabriel Acevedo
Mg. Mirna Lorena Rott
Mg. Sonia Verena Lapinski

Junín (B), Argentina. 28 de agosto de 2025

DEDICATORIA

Transcurrido un año y siete meses de declarada finalizada la emergencia sanitaria por COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud, el 27 de mayo de 2023, dedico con profundo respeto, admiración, y agradecimiento el presente estudio a las enfermeras y enfermeros que, en tiempos de difíciles de armaduras, máscaras, barbijos y guantes, como héroes en batalla enfrentaron una de las pandemias más importantes de la historia de la humanidad. En un contexto de condiciones laborales adversas, jornadas largas, días sin descanso, cuerpos agotados, asfixiados en sus propios alientos, silencios compartidos, distancias físicas, atravesados por emociones encontradas: empatía, solidaridad, angustia, miedo, enojo, soledad, impotencia..., pero sin bajar los brazos, con enorme profesionalismo, esperanza y valentía, nos cuidaron, protegieron y salvaron nuestras vidas.

Finalmente dedico muy especialmente este logro a la memoria de mi padre Hugo, y mi tía María Delia que han sido un valioso ejemplo de integridad, amor y sabiduría, dejando huellas imborrables en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad pública, gratuita y de calidad; especialmente a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste y a la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, por brindar el apoyo indispensable para la realización de mis estudios de posgrado en la Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria.

A las y los docentes, compañeras y compañeros de cursada, por el intercambio, el apoyo y la construcción colectiva durante toda la trayectoria formativa.

A mi director de tesis, por su guía, sus enseñanzas y su acompañamiento durante todo este proceso formativo.

A las organizaciones de salud que me recibieron y acompañaron. Agradezco de manera especial a las y los profesionales de enfermería que confiaron en mí y aceptaron participar voluntariamente en este estudio.

Finalmente, a mi familia: a mi compañero de vida, Mario, y a mis hijos, Oriana y Thiago, por su paciencia, amor y sostén permanente.

A todas y todos, muchas gracias.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de burnout (SBO) es un fenómeno ocupacional, resultado del estrés crónico, que sufren las y los profesionales que brindan cuidados a otras personas de forma continua y próxima. Su origen está directamente relacionado con la calidad de vida laboral hospitalaria, el entorno psicosocial del trabajo y la tensión generada por la interacción conflictiva, entre las y los enfermeros y su trabajo. Las variables implicadas en este proceso trascienden el plano personal. Los factores de riesgo psicosocial abarcan dimensiones epistemológicas, sociales, organizativas y ambientales que influyen tanto en la salud física y mental como en las relaciones interpersonales dentro y fuera del ámbito laboral, impactando de forma negativa en la calidad de los cuidados. Cuando el estrés laboral es crónico, y fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplean las y los profesionales para manejar los estresores laborales, las personas desarrollan SBO. Desde la perspectiva psicosocial, el SBO se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo- aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización). La emergencia sanitaria causada por la pandemia del coronavirus multiplicó la intensa actividad cognitiva, física, social y emocional que a diario venían experimentando las y los trabajadores de la salud desde mucho tiempo antes de la pandemia, particularmente el personal de enfermería que se desempeñaba en las unidades de cuidados intensivos del adulto (UCIA). **Objetivo General:** Describir el SBO en el personal de enfermería que trabajó durante la pandemia del coronavirus en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina. **Objetivos específicos:** determinar las características sociodemográficas y laborales de la población objetivo; establecer la presencia e intensidad de SBO. **Metodología:** estudio observacional, corte transversal, con enfoque cuantitativo, y alcance descriptivo. La población estuvo constituida por todo el personal de enfermería que se desempeñó en las UCIA de la ciudad de Junín, durante la pandemia de la COVID- 19, y que continuaba haciéndolo al momento de administrar la encuesta. La muestra se determinó utilizando la fórmula para cálculo de muestra representativa. El estudio se realizó durante el período de noviembre y diciembre de 2023, en cuatro UCIA, una dependiente de la administración pública provincial y las otras tres, del subsector privado y de obras sociales. **Instrumentos:** Se administró una encuesta estructurada, voluntaria y anónima, que presentó 41 ítems. El instrumento, en un primer momento exploró variables sociodemográficas y laborales a través de 20 preguntas. En el segundo momento indagó variables relacionadas con el SBO, utilizando para ello el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno Jiménez, validado en Cuba, y luego en México por Amalia Rivera Delgado. **Consideraciones éticas:** El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires, y registrado en el Centro de Investigación e Investigador Principal participante dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. **Resultados:** participaron en el estudio 52 profesionales de enfermería. El 69,23% se

desempeñaba en UCIA del subsector privado. El 82.69% de la población se identificó con el género femenino, y presentó una media de edad de 42.33 años. El 71.15% contaba con título de técnica/o: con una media de 14,15 años de ejercicio de la profesión, y una antigüedad en el mismo servicio de 8.75 años. En relación a la situación laboral, el 90.38% declaró planta permanente; el 90.38% ocupaba cargo de enfermería; el 69.24% cumplía jornada mixta y nocturna. El 71.15% de las y los participantes trabajaba entre 6 y 8 horas diarias. El 55.77% trabajaba 36 horas semanales; el restante 44.23% entre 48 y 76 horas. El 25% declaró pluriempleo. La variable número de personas atendidas en cada jornada, presentó una media de 3.8 personas. El 61.54% de las y los profesionales interactuaban más del 75% del tiempo de la jornada con el sujeto de atención. En la variable “Factores causales y antecedentes”, el 100% de la población presentó criterio bajo y medio para SBO, con una media de 18.25. Tedio es la subvariable que más puntuó con una media de 6.75, seguida de “Característica de la Tarea” con 6.07, y “Organización” con 5.42 puntos. En lo que concierne a la variable “Factores y Antecedentes del SBO”, la población obtuvo una media de 20.32 puntos. Las subvariables: “Despersonalización”, media de 8.25 “Cansancio Emocional” arrojó una media de 5.34, y “Realización Personal”, media de 6.73.

El 88.46% evidenció criterio bajo y medio para SBO y los restantes 11.46% criterio alto. En la variable “Consecuencias”, la población obtuvo una media de 7.25 puntos. De igual modo, el total de encuestados se encontró afectado en esta dimensión. El 46.15% de las y los enfermeras/os obtuvieron criterio bajo; el 30.77 criterio alto y el 23.08% criterio medio para SBO. Siendo las “Consecuencias Físicas”, la de mayor impacto con una media de 3.19 puntos. **Conclusión:** Investigar el SBO en enfermería constituye para la investigadora un acto moral, un deber y compromiso con el derecho a la protección de la salud integral que gozan las y los trabajadores declarado por organismos internacionales como así también por la Constitución Nacional Argentina. El estrés laboral crónico presente en profesionales de enfermería en UCIA es el resultado de continuas y complejas interacciones sostenidas en el tiempo, en las cuales intervienen factores inherentes a la profesión como su filosofía humanística centrada en el cuidado próximo, la alta demanda de cuidados de personas en situación crítica, las condiciones laborales desfavorables y también factores situacionales de carácter extraordinario como la pandemia por COVID-19 que intensificó la exposición a demandas físicas, sociales y emocionales. La investigación logró cumplir con los objetivos al caracterizar en términos sociodemográficos y laborales al colectivo de enfermería que trabajó en primera línea durante la Pandemia y que continúa desempeñándose en las UCIA. Así mismo comprobar la hipótesis de investigación; puesto que toda la población en estudio presentó SBO en diferentes grados de intensidad. El conocimiento que resultó de este proceso de investigación es un importante punto de partida que permite a las instituciones formadoras de recursos y sanitarias, del escenario local, disponer de información fehaciente y útil sobre los problemas que afectan la salud mental de sus profesionales. A su vez, el uso del Cuestionario Breve de Burnout demostró buena adecuación para medir el constructo en el territorio, dejando como resultado un instrumento válido

y disponible para futuras evaluaciones; no obstante, se recomienda complementar con otros instrumentos que permitan medir de forma más precisa las consecuencias clínicas y percepciones de las y los profesiones. Es imprescindible la implementación de políticas públicas y organizacionales tendientes a prevenir el agotamiento en la disciplina en general, sin embargo, adquiere especial relevancia en el grupo bajo estudio. El trabajo colaborativo e intersectorial es clave para el diseño e implementación de estrategias orientadas a promover la calidad de vida en el trabajo, la cultura organizacional, promover la salud mental, evitar el desarrollo del SBO, o reducir su avance.

Palabras claves: Enfermería, Unidades de Cuidados Intensivos, Síndrome de Burnout, Factores Psicosociales, Calidad de Vida Laboral.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome (BOS) is an occupational phenomenon resulting from chronic stress experienced by professionals who provide continuous and close care to other people. Its origin is directly related to the quality of hospital work life, the psychosocial work environment, and the tension generated by the conflictive interaction between nurses and their work. The variables involved in this process transcend the personal sphere. Psychosocial risk factors encompass epistemological, social, organizational, and environmental dimensions that influence both physical and mental health, as well as interpersonal relationships inside and outside the workplace, negatively impacting the quality of care. When work-related stress becomes chronic and the coping strategies usually employed by professionals fail to manage occupational stressors, individuals develop BOS. From a psychosocial perspective, BOS is conceptualized as a process involving cognitive-aptitudinal variables (low personal accomplishment), emotional variables (emotional exhaustion), and attitudinal variables (depersonalization). The health emergency caused by the coronavirus pandemic intensified the cognitive, physical, social, and emotional demands that healthcare workers had long been experiencing, particularly nursing staff working in adult intensive care units (ICUs). **General Objective:** To describe BOS among nursing personnel who worked during the coronavirus pandemic in the adult ICUs of healthcare organizations in the city of Junín, Buenos Aires, Argentina. **Specific Objectives:** To determine the sociodemographic and work-related characteristics of the target population; to establish the presence and intensity of BOS. **Methodology:** Observational, cross-sectional study with a quantitative and descriptive approach. The population consisted of all nursing personnel who worked in the adult ICUs of the city of Junín during the COVID-19 pandemic and continued doing so at the time the survey was administered. The sample was determined using the formula for calculating a representative sample. The study was conducted between November and December 2023 in four adult ICUs, one belonging to the provincial public administration and the other three to the private sector and social security system. **Instruments:** A structured, voluntary and anonymous survey with 41 items was administered. In its first section, the instrument explored sociodemographic and work-related variables through 20 questions. The second section examined variables related to BOS using the Brief Burnout Questionnaire by Bernardo Moreno Jiménez, validated in Cuba and later in Mexico by Amalia Rivera Delgado. **Ethical Considerations:** The protocol was approved by the Ethics Committee of the Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires and registered in the Research Center and Principal Investigator Program under the Ministry of Health of the Province of Buenos Aires. **Results:** A total of 52 nursing professionals participated in the study. Of them, 69.23% worked in ICUs within the private sector. A total of 82.69% identified as female, with a mean age of 42.33 years. Most participants (71.15%) held a technical degree, with an average of 14.15 years of professional experience and 8.75 years of seniority in the same service. Regarding employment status, 90.38% reported having permanent

positions; 90.38% held nursing roles; and 69.24% worked mixed and night shifts. A total of 71.15% of participants worked between 6 and 8 hours per day. A total of 55.77% worked 36 hours per week, while the remaining 44.23% worked between 48 and 76 hours. A total of 25% reported having multiple jobs. The variable “number of patients attended per shift” showed an average of 3.8 patients. A total of 61.54% interacted with patients for more than 75% of their workday. In the variable “Causal Factors and Background,” 100% of the population scored low or medium for BOS, with a mean of 18.25. Boredom was the highest-rated sub-variable (mean 6.75), followed by “Task Characteristics” (6.07) and “Organization” (5.42). Regarding the variable “Factors and Background of BOS,” the population obtained a mean score of 20.32. The sub-variables were: “Depersonalization” (mean 8.25), “Emotional Exhaustion” (mean 5.34), and “Personal Accomplishment” (mean 6.73). A total of 88.46% presented low or medium criteria for BOS, while 11.46% presented high criteria. In the “Consequences” variable, the population obtained a mean score of 7.25. All respondents were affected in this dimension. Among nurses, 46.15% showed low criteria, 30.77% high criteria, and 23.08% medium criteria for BOS. “Physical Consequences” had the greatest impact, with a mean of 3.19. **Conclusion:** Investigating BOS in nursing constitutes, for the researcher, a moral act, a duty, and a commitment to the right to comprehensive health protection for workers, as declared by international organizations and the Argentine National Constitution. Chronic occupational stress in ICU nursing professionals results from continuous and complex interactions over time, involving factors inherent to the profession—such as its humanistic philosophy centered on close care—high demands associated with caring for critically ill individuals, unfavorable working conditions, and extraordinary situational factors, such as the COVID-19 pandemic, which intensified exposure to physical, social, and emotional demands. The study met its objectives by characterizing the sociodemographic and work-related profile of the nursing staff who worked on the front lines during the pandemic and who continue working in adult ICUs. Likewise, it confirmed the research hypothesis, since the entire study population presented BOS in varying degrees of intensity. The knowledge generated constitutes an important starting point for educational institutions and healthcare organizations in the local setting, providing reliable and useful information about issues affecting the mental health of healthcare professionals. In addition, the use of the Brief Burnout Questionnaire demonstrated good suitability for measuring the construct in the local context, yielding a valid instrument for future evaluations; however, it is recommended to complement it with other tools that more precisely assess clinical consequences and professional perceptions. The implementation of public and organizational policies aimed at preventing burnout in nursing is essential, and particularly relevant in the group under study. Collaborative and intersectoral work is key to designing and implementing strategies that promote quality of work life, organizational culture, mental health, and prevent or mitigate the development of BOS.

Keywords: Nursing, Intensive Care Units, Burnout Syndrome, Psychosocial Factors, Quality of Working Life.



1985 - 2025
40 Aniversario
del CIN



RES - 2025 - 996 - CD-MED # UNNE

VISTO:

El EXP – 2025 -25961#UNNE, por el cual la Dirección de la Carrera de Posgrado “Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria” (Tercera Cohorte) de esta Facultad eleva el Acta de la Defensa de Tesis de la maestrando MARÍA MÓNICA LÁZZARO; y

CONSIDERANDO:

Que por RES – 2025 – 488 - CD-MED#UNNE, se integró el Tribunal de Tesis que evaluó la misma, bajo la dirección del Mgter. Jorge Raúl Cialzeta;

Que obra en el expediente, la copia del Acta de Defensa y Aprobación de la Tesis presentada por el maestrando Quintana;

Que correspondería la aprobación del Acta y autorización para el inicio del trámite de otorgamiento del diploma correspondiente;

El Despacho favorable producido por la Comisión de Posgrado de esta Facultad;

Que el Consejo en su sesión ordinaria del día 2-10-25, ha tomado conocimiento y aprobado sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 2-10-25
R E S U E L V E :

ARTICULO 1º - Aprobar el Acta de “DEFENSA Y APROBACIÓN” de la Tesis presentada por la alumna MARÍA MÓNICA LÁZZARO, maestrando de la Carrera de Posgrado “Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria” (Tercera Cohorte).

ARTÍCULO 2º.- Autorizar el inicio del trámite de otorgamiento del Diploma correspondiente a la maestrando MARÍA MÓNICA LÁZZARO.

ARTICULO 3º - Regístrese, comuníquese y archívese.

PROF. DRA. ROSANA GEROMETTA
SECRETARIA ACADÉMICA

PROF. MARIO GERMÁN PAGNO
DECANO

Año de la Reconstrucción de la Nación Argentina

Hoja de firmas

	Sistema: sudocu Fecha: 22/10/2025 09:20:29 Cargado por: MARIA ITATI HERNANDEZ BENITEZ		Sistema: sudocu Fecha: 22/10/2025 10:16:49 Autorizado por: ROSANA GEROMETTA
	Sistema: sudocu Fecha: 22/10/2025 12:23:36 Autorizado por: MARIO GERMAN PAGNO		

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	10
RES - 2025 - 996 - CD-MED, UNNE.....	13
ÍNDICE GENERAL	15
ÍNDICE DE TABLAS	19
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	22
LISTA DE SIGLAS	23
LISTA DE ANEXOS	25
PRÓLOGO DE LA AUTORA.....	26
INTRODUCCIÓN.....	28
A. Presentación y Fundamentación del tema a desarrollar	28
B. Planteamiento del problema	29
C. Enunciación del problema.....	31
D. Objetivos	32
Objetivo general.....	32
Objetivos específicos.....	32
E. Hipótesis.....	32
F. Aportes de los resultados al incremento del conocimiento de las y los profesionales, las organizaciones de salud e instituciones educativas.....	32

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE.....	33
Estudios internacionales, pre-pandemia del coronavirus.	33
Estudios internacionales durante y después de la pandemia del coronavirus.....	34
Estudios nacionales, durante y después de la pandemia del COVID-19.....	37
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	38
A. La salud, como proceso integral.....	39
B. Salud Mental	42
Diferentes concepciones de salud mental.....	42
Determinantes y factores protectores de la salud mental, según la OMS.....	45
Problemas de salud mental: abordaje intersectorial	46
C. El trabajo	47
Etimología de la palabra.....	47
Aportes de la Organización Internacional del Trabajo a la comprensión de la relación salud- trabajo- enfermedad.....	48
Aportes de la OMS a la comprensión de la relación salud- trabajo- enfermedad	49
Discursos sanitaristas: diferentes niveles de análisis y abordajes de salud – trabajo- enfermedad.	50
Calidad de Vida Laboral	52
Factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales del trabajo ...	54
Satisfacción laboral y clima laboral: definiciones.....	55
Las enfermedades profesionales.....	56
Salud Ocupacional: definición	58
D. Síndrome de burnout	59
Antecedentes históricos del síndrome de burnout.....	59
Definiciones de síndrome de burnout.....	61
Diferenciación conceptual entre estrés, estrés laboral y síndrome de burnout.....	64
Desencadenantes del estrés laboral y síndrome de burnout	66
Dimensiones del síndrome de burnout	72
Curso del síndrome de burnout	74
Consecuencias del síndrome de burnout	74
E. Enfermería.....	75
Definición.....	75
Epistemología de la profesión de enfermería	77
Enfermería y los factores psicosociales de riesgo laboral	80
Factores psicosociales de riesgo laboral en las unidades de cuidados intensivos	84
Enfermería y Pandemia de la COVID-19.....	87
Enfermería y el desarrollo del síndrome de burnout	89

Consecuencias del síndrome de burnout en el personal de Enfermería	91
Pronunciación a favor de la salud integral de las y los enfermeros y calidad de vida laboral de las organizaciones de salud.	93
F. Marcos Legislativos en la Argentina.....	97
G. Prevención del síndrome de burnout	97

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.....100

Tipo de Diseño	100
Población.....	100
Unidad de análisis	100
Muestra.....	100
Resultado del Cálculo Muestral	100
Criterios de Inclusión	101
Criterios de Exclusión	101
Período de tiempo	101
Espacio/ lugar	101
Técnica e instrumentos para la recolección de datos	102
Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	110
Consideraciones éticas.	111
Aprobación de Comité de Investigación	111
Registro del Estudio	111
Información para el participante, Obtención del consentimiento informado	111
Resguardo y confidencialidad de los datos	112

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....112

Variables Sociodemográficas.....	113
Variables: Factores Laborales	119
Cuestionario Breve de Bernardo Moreno Jiménez (CBB).....	134
Variable: Factores Causantes y Antecedentes del SBO	135
Variable: Síndrome de Burnout.....	142
Variable: Consecuencias del SBO.....	150

DISCUSION.....157

CONCLUSIONES	169
RECOMENDACIONES.....	171
BIBLIOGRAFIA.....	173
ANEXOS	183

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estructura del CBB, variables, subvariables y N° de preguntas	103
Tabla 2: Criterios de diagnósticos de SBO, según variable.	104
Tabla 3: Matriz de datos. Cuestionario	104
Tabla 4: Frecuencia de participantes en el estudio, según organización de salud en la que se desempeñan. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023	112
Tabla 5: Profesionales de enfermería según edad y organización de salud en la que se desempeñaban. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023	113
Tabla 6: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, según edad y sexo. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.	114
Tabla 7: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA según relación personal y organización de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	116
Tabla 8: Análisis descriptivo, número de hijas/os de las y los profesionales de enfermería según organización de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre 2023.	117
Tabla 9: Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA según nivel de formación y organización en la que se desempeñaban. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	118
Tabla 10: Análisis estadístico descriptivo. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según número de años de ejercicio en la profesión. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.	120
Tabla 11: Análisis estadístico descriptivo: años de antigüedad en la misma organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	121
Tabla 12: Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA, según organización de salud y cargo que desempeñaban. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	121
Tabla 13: Actividad que desempeñaban las y los profesionales de enfermería en las UCIA, según organización de salud. Ciudad e Junín, noviembre- diciembre de 2023.	122
Tabla 14: Actividad que desempeñaban las unidades de análisis, según cargo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	123
Tabla 15: Análisis estadístico descriptivo, sobre el tiempo que llevan las unidades de análisis en el mismo cargo, según organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023.	124
Tabla 16: Distribución de las y los profesionales que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín según tipo de jornada y organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	125
Tabla 17: Profesionales de enfermería que desempeñaban en las UCIA, según organización de salud y horas semanales de trabajo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	126
Tabla 18: Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según organización de salud y horas diarias de trabajo. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	127
Tabla 19: Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, según organización y pluriempleo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	128
Tabla 20: Análisis estadístico descriptivo: número de personas que atienden a diario las y los profesionales de enfermería en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	129
Tabla 21: Interacción diaria con el sujeto de cuidado, según organización. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	129
Tabla 22: Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según función y teletrabajo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	130
Tabla 23: Frecuencia de teletrabajo según organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023	131
Tabla 24: Variables demográficas y laborales según organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	132
Tabla 25: Análisis integrado de variables y subvariables de SBO, en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	134

Tabla 26: Análisis descriptivo de los “Factores causantes y antecedentes del SBO”. Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	135
Tabla 27: Análisis descriptivo de la subvariable “Características de la Tarea”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	135
Tabla 28: Frecuencias de las respuestas, subvariables “Características de la Tarea”. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023.....	136
Tabla 29: Análisis descriptivo de la subvariable “Organización”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023	137
Tabla 30: Frecuencia de las respuestas, subvariable “Organización”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	137
Tabla 31: Análisis descriptivo de la subvariable “Tedio”. Profesionales de enfermería que trabajaban en la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	138
Tabla 32: Frecuencia de la respuestas de la subvariable “Tedio”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	138
Tabla 33: Frecuencia de "Factores causantes y antecedentes", según niveles y organización de salud. Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA. Noviembre- diciembre de 2023.....	139
Tabla 34: Criterios de “Factores Causantes y Antecedentes” según variables sociodemográficas y laborales. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	140
Tabla 35: Análisis de la variable “Síndrome de Burnout”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre, 2023.....	142
Tabla 36: Análisis de la subvariable “Cansancio Emocional”. Profesionales de enfermería que trabajaban de las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	143
Tabla 37: Frecuencia de respuestas de la subvariable “Cansancio Emocional”. Profesionales de la enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023...	143
Tabla 38: Análisis descriptivo de la variable "Despersonalización". Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	144
Tabla 39: Frecuencia de respuestas de la subvariable "Despersonalización". Profesionales de Enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	144
Tabla 40: Análisis descriptivo de la subvariable "Realización Personal". Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023...	145
Tabla 41: Frecuencia de respuestas de la subvariable "Realización Personal". Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023	145
Tabla 42: SBO según niveles y organización de salud en la que se desempeñaban la sy los profesionales de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	147
Tabla 43: Criterios de diagnóstico para SBO, según variables sociodemográficas y labores. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.	148
Tabla 44: Análisis estadístico descriptivo de la variable "Consecuencias del SBO", en profesionales de enferma que trabajaban en las UCIA . Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.....	150
Tabla 45: Análisis descriptivo de la variable "Consecuencias físicas del SBO" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	151
Tabla 46: Frecuencia de respuesta de la subvariable "Consecuencias físicas" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	151
Tabla 47: Análisis descriptivo de la subvariable "Consecuencias psicológicas del SBO" en las y los profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	152
Tabla 48: Frecuencia de respuesta de la subvariable Consecuencias Psicológicas. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023	152
Tabla 49: Análisis estadístico descriptivo de la subvariable "Consecuencias sociales" en las y los	

profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre-diciembre de 2023.	152
Tabla 50: Frecuencia de respuesta de la subvariable "Consecuencias sociales del SBO" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	153
Tabla 51: Consecuencias del SBO según niveles y organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	154
Tabla 52: Criterios diagnóstico: Consecuencias SBO, según variables sociodemográficas y laborales. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre - diciembre de 2023.	155

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Modelo para integrar el síndrome de quemarse por el trabajo dentro del proceso de estrés laboral. Gil Monte et al. (1998).....	90
Ilustración 2: Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome. Gil Monte et al. (1998).....	91
Ilustración 3: Pirámide de población. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre-diciembre de 2023.	115
Ilustración 4: Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según relaciones personales. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.	116
Ilustración 5: Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según nivel de formación y organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	118
Ilustración 6: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA, según organización de salud y condición de trabajo. Ciudad de Junín. Noviembre y diciembre 2023....	119
Ilustración 7: Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según organización de salud y situación laboral. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	120
Ilustración 8: Distribución de las y los profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA, según tipo de jornada. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.	125
Ilustración 9: Personal de enfermería que trabajaba en las UCIA, según pluriempleo. Ciudad de Junín, noviembre de 2023	128
Ilustración 10: Frecuencia de Factores Causantes y Antecedentes según niveles. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.....	139
Ilustración 11: Frecuencia del SBO según criterio diagnóstico. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.....	147
Ilustración 12: Frecuencia de las Consecuencias del SBO según niveles. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.....	154

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	SIGNIFICADO
ASPO	Aislamiento Social Preventivo Obligatorio
CBB	Cuestionario Abreviado de Burnout
CCSC	Sociedad Colaborativa de Sociedades de Cuidados Críticos
CE	Cansancio Emocional
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLINICA LPF	Clinica la Pequeña Familia
COENوبا	Comité de Bioética de la Investigación y Uso de Animales de Experimentación de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires,
COVID-19	Enfermedad del Coronavirus 19
CT	Característica de la Tarea
CVL	Calidad de Vida Laboral
CY	Cinismo
CyMAT	Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
DP	Despersonalización
EE	Agotamiento emocional
EF	Eficacia profesional
Et al.	Y otros
EX	Agotamiento emocional
HIGA	Hospital Interzonal General de Agudos
H	Horas
IADH	Instituto Académico de Desarrollo Humano
MBI	Maslach Burnout Inventory
ODS	Objetivo de desarrollo sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud

ORG	Organización
RP	Realización Personal
RPA	Logros personales reducidos
SANATORIO J	Sanatorio Junín
SAP	Síndrome de Agotamiento Profesional
SARS- CoV2	Enfermedad del Coronavirus 19
SBO	Síndrome de Burnout
TE	Tedio
TEPT	Estrés postraumático
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIA	Unidad de cuidados Intensivos de Adultos
UNNE	Universidad Nacional del Nordeste
UNNOBA	Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1: Instrumento de Recolección de Datos.

Anexo N°2: Dictamen del Comité de Bioética de la Investigación, COENOB

Anexo N°3: Registro del Estudio en el Centro de Investigación, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Anexo N°4: Información para el Participante.

Anexo N°5: Consentimiento informado

Anexo N°6: Licencia de depósito y distribución del Repositorio Institucional de la UNNE

PRÓLOGO DE LA AUTORA

Hace 26 años, tomé una de las decisiones más afortunadas de mi vida: ser Enfermera. Obtuve el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Lanús, en el año 2005. Los primeros años de mi carrera profesional transcurrieron proporcionando cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) de un hospital público, en el interior de la provincia de Buenos Aires. En el año 2002, el Poder Ejecutivo Nacional crea en la ciudad de Junín, la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (UNNOBA), abriendo sus puertas en el año 2006, siendo una de sus propuestas académicas, la carrera de Licenciatura en Enfermería. A partir de allí, la formación de enfermeras y enfermeros sería otra de mis pasiones.

Durante varios años, como la mayoría de las personas con las que comparto esta profesión, desarrollaría ambas actividades simultáneamente: asistencia y docencia. A partir del año 2015, me inicié en la gestión educativa. En marzo de 2020, fui designada por el Consejo Superior de la Universidad, Directora del Instituto Académico de Desarrollo Humano (IADH), dedicándome a partir de allí exclusivamente a esa tarea. En ese mismo momento, la OMS declaraba pandemia al coronavirus SARS-CoV-2 o Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) detectado en ciudad de Wuhan, China en diciembre de 2019.

La pandemia de la COVID- 19, una de las más importante de la humanidad, no tardaría en alcanzar a la Argentina. La crisis global afectaría rápidamente no solo la salud pública, sino también la educación, las relaciones sociales, la ciencia, la tecnología, y la economía de todas las naciones, aumentando las desigualdades y ampliando la brecha entre ricos y pobres.

El coronavirus, conmocionó y cambió el mundo. Desde lo personal y profesional se constituyó en un gran desafío, y a la vez, en una oportunidad para continuar mis estudios de formación de posgrado. Las propuestas académicas, mediadas por tecnologías, en este contexto epidemiológico adverso, se incrementaron y fortalecieron. En mi caso se presentó como una alternativa más accesible. Así fue como en el segundo semestre del año 2021 comencé a cursar la Maestría en Ciencia de la Enfermería Comunitaria, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste (UNNE), mediante modalidad virtual.

La salud mental y la calidad de vida laboral de las y los enfermeros que se desempeñan en las unidades de cuidados intensivos de adultos (UCIA), son dos temas relevantes y sensibles, que me han generado preocupación a lo largo de mi carrera. Este interés me ha llevado a investigar en profundidad la temática, y comprenderlos, ya no como temas aislados, sino como procesos interrelacionados, interdependientes e interconectados.

El papel insustituible y protagónico de enfermería en UCIA, no es novedoso. Al igual que la escasez de recursos humanos de la disciplina, las características epistemológicas propios de una profesión dedicada al cuidado, los factores psicosociales de riesgo laboral presentes en estos servicios hospitalarios altamente tensiogénicos e insalubres.

En ese mismo sentido, la revisión de la literatura, enuncia que estos factores durante la pandemia del coronavirus se potenciaron, emergiendo incluso nuevos, convirtiéndose en condicionantes críticos de la salud mental, y determinantes del desarrollo de síndrome de burnout (SBO) en las y los profesionales de la enfermería dedicados al cuidado de personas adultas en riesgo de vida.

El SBO, es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece especialmente en trabajadores que brindan servicios directo a personas, cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplean las personas para manejar los estresores laborales cotidianos; caracterizado por cansancio/agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización.

A más de cuatro años del inicio de este acontecimiento que transformó a la sociedad en su conjunto, la dinámica de las organizaciones de salud y particularmente los servicios de enfermería, en tanto colectivo de profesionales que trabajó en la primera línea de lucha contra la COVID-19; me presentó la oportunidad para explorar por primera vez a nivel local, las consecuencias de pandemia y su impacto sobre la salud integral de las y los enfermeros intensivistas.

El presente estudio, abordó la población de enfermería que trabaja en las UCIA de cuatro organizaciones de salud de la ciudad de Junín.

Indagar en la temática SBO, a través de un proceso de investigación cuantitativo, sistemático, metódico, ordenado, y racional aporta información valiosa y completa sobre la población en estudio y esta problemática. Estos hallazgos podrían utilizarse como base para el diseño de políticas sanitarias y educativas efectivas y sostenibles en el tiempo, que aborden la calidad de vida laboral en las UCIA, la reducción y/o control de los factores psicosociales de riesgo laboral, y por consiguiente la prevención de dicho síndrome.

Ocuparnos y cuidar la salud y el bienestar de quienes cuidan es un deber, y una responsabilidad social y moral que debe ser agenda prioritaria del gobierno, el sistema sanitario en todos sus niveles, las asociaciones profesionales, los demás sectores y la sociedad en su conjunto. Invertir en la salud y bienestar integral de las y los enfermeros, contribuye directamente en la calidad de los cuidados.

Por lo tanto, el presente informe, invita a una lectura crítica y reflexiva sobre la relación trabajo-salud- enfermedad en enfermería. Busca concientizar por un lado sobre el valor y las contribuciones de la enfermería a la salud de la población, y por otro, a comprender que la raíz de los problemas que afectan su salud física, mental, emocional, se encuentra en este caso en el contexto social y organizacional del trabajo. Finalmente, se comprende que las soluciones requieren ser concebidas y planificadas de manera colectiva, con un enfoque intersectorial e interdisciplinario que permita abordar la complejidad del SBO de forma integral.

INTRODUCCIÓN

A. Presentación y Fundamentación del tema a desarrollar

Una de las preocupaciones, desde el inicio de la Pandemia de Coronavirus (COVID-19), ha sido el agotamiento físico, psicológico y emocional de las y los profesionales de la salud, particularmente del personal de enfermería que se desempeña en las UCIA de las organizaciones de salud, públicas y privadas. A cuatro años del inicio de la pandemia, esta preocupación continúa vigente.

Es común leer o escuchar que el personal de enfermería es comparado con la columna vertebral del sistema sanitario. Esta metáfora resalta la importancia de su rol en la prestación de cuidados y en el eficiente funcionamiento del sistema de salud. En este sentido, William et al. (1), expresan que las enfermeras y los enfermeros constituyen el grupo profesional más grande y confiable del sector salud, ya que brindan la mayor parte de la atención, las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año.

Según el informe "State of the World's Nursing 2020" publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 había aproximadamente 28 millones de enfermeras y enfermeros en el mundo, representando casi el 60% de la fuerza laboral sanitaria y prestando alrededor del 90% de los servicios de atención primaria de salud a nivel internacional (2).

Existe suficiente evidencia científica que muestra cómo el estrés laboral crónico del personal de enfermería durante la pandemia de la COVID-19, elevó las posibilidades de sufrir SBO. La atención directa y cercana a personas gravemente enfermas por coronavirus, el limitado conocimiento de la enfermedad, el miedo a contraerla, junto a las condiciones laborales desfavorables como extensas jornadas laborales, alto nivel de responsabilidad, escasez de insumos de protección personal, entre otros factores incrementó el diagnóstico de patologías psíquicas en el personal de enfermería que trabajaba en áreas críticas y de emergencias en comparación con la población. Los síntomas psíquicos más frecuentes, percibidos por el personal de atención directa o de primera línea a pacientes COVID-19 fueron, depresión, estrés y ansiedad (3), y cuanto mayor fue la exposición, mayor fue el agravamiento de los síntomas.

La presencia significativa de estrés, ansiedad y depresión no solo afectaron la salud y desempeño del personal de enfermería durante el período que duró la pandemia, sino que además podría indicar a futuro morbilidad psiquiátrica (4).

Fernández et al. (5) en 2019 afirmaban que las personas en caso de no ser tratadas por ansiedad, secundaria a estrés laboral crónico, podrían desarrollar cuadros intensos de miedo, depresión, trastornos de pánico y conducta obsesiva influyendo sobre su bienestar, comportamiento y capacidad de tomar decisiones, impidiendo que desarrollen adecuadamente su rol profesional en las organizaciones de salud.

Advirtiendo estas posibles problemáticas a nivel local, la autora del presente trabajo de investigación,

exploró la presencia de SBO en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de adultos (UCIA) de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín, con antecedentes de haber brindado cuidados en estos mismos servicios durante la pandemia del coronavirus.

B. Planteamiento del problema

La epidemia, causada el SARS-CoV-2, cuya enfermedad es llamada coronavirus 2019 (COVID-19), se inició en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China Central. Declarada pandemia global, el 11 de marzo de 2020 por el Director General Tedros Adhanom Ghebreyesus, de la Organización Mundial de la Salud (6). En su alocución, el Director (7) reconoció, que la COVID-19 no solo representaría una crisis para la salud pública, sino que también impactaría profundamente en todos los sectores. En ese marco realizó un llamamiento a los gobiernos de todos los países para que adoptasen un enfoque pangubernamental y pansocial, en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo las consecuencias de la pandemia a corto, mediano y largo plazo.

En Argentina, el primer caso de COVID-19 fue anunciado por el entonces Ministro de Salud de la Nación Ginés González García, el 2 de marzo de 2020 (8). Inmediatamente el gobierno nacional, implementó un plan estratégico para afrontar la pandemia. Por un lado, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), medida necesaria para la contención y mitigación de la COVID-19. El ASPO comenzó el día 20 de marzo de 2020 por Decreto Presidencial en todo el territorio nacional; más intenso inicialmente en el área metropolitana de Buenos Aires, y luego, en el resto del país, a causa de la rápida dispersión de la enfermedad. El ASPO, implicó distanciamiento social, aislamiento domiciliario, limitaciones a la circulación y cambios en la modalidad de la actividad laboral y educativa, con unas pocas excepciones para quienes fueron considerados trabajadores esenciales para el sostenimiento de la sociedad, dentro de los cuales se encontraban las y los trabajadores de la salud (9) (10) (11). Por otro lado, a través del Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos y el Ministerio de Salud de la Nación, con apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, se crearon hospitales modulares y adquirió nuevo equipamiento, resultando un aumento de la disponibilidad de camas para el cuidado intensivo (12).

De manera progresiva, el virus se expandió por todo el país, irrumpiendo en la vida cotidiana de las y los argentinos, generando consecuencias negativas para la salud mental de la población. En particular, afectó gravemente a quienes se encontraban trabajando en la primera línea de respuesta a la pandemia: el personal sanitario. Según Scatularo et al. (10), la forma en que se comportó el virus, y las medidas implementadas por las autoridades sanitarias para su prevención y control, condujeron a generar efectos psicológicos negativos, como estrés psicosocial, ansiedad y depresión en toda la población, incluidos las y los trabajadores de la salud de la Argentina. En este sentido, Lasalvia, et al. (13), mencionan en su estudio que el SBO se presentó con mayor frecuencia entre el personal que trabajaba en unidades de cuidados intensivos.

García et al. (14), en 2017, definieron a las unidades de cuidados intensivos (UCI) como servicios hospitalarios equipados con tecnologías y estructura especialmente diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida. Los autores añaden que, en este sector, trabajan profesionales de medicina y enfermería, comúnmente denominados intensivistas, formados y entrenados para dar atención especializada a las y los usuarios gravemente enfermos.

Debido a su alto potencial pandémico, el virus puede transmitirse rápidamente entre humanos. La presentación clínica de la COVID-19 (15) involucra: fiebre, tos, fatiga, disnea, dolor de cabeza y garganta, dolor abdominal y diarrea. Algunas personas desarrollan un conjunto severo de síntomas y progresan al síndrome de dificultad respiratoria aguda, con necesidad de ser asistidos con ventilación mecánica, debiendo ser ingresados, en unidades de cuidados intensivos. Esta situación, según las y los especialistas (16), ha sido un problema real, porque contribuyó al colapso del sistema de salud, debido al gran número de profesionales de baja (por contagios), además del limitado espacio, recursos, insumos, tecnologías y camas disponibles dentro de las UCI.

En el año 2020, se estima que alrededor del 15% de las y los personas diagnosticadas de COVID-19 desarrollaron graves complicaciones de salud, y alrededor del 5% al 10% requirieron cuidados intensivos debido a la gravedad de los síntomas y al alto riesgo de mortalidad (3% -5%) (17).

La emergencia sanitaria agravó y multiplicó la intensa actividad cognitiva, física, social y emocional experimentada por las y los trabajadores de la salud en el contexto hospitalario, desde mucho antes de la pandemia (18). Particularmente la del personal de enfermería que se desempeñaba en las unidades de cuidados intensivos, en primer lugar, debido a cuestiones epistemológicas propia de la profesión que implica el cuidado a personas, en este caso gravemente enfermas. Y por otro, cuestiones relacionadas con la calidad de vida laboral, y la presencia de un virus desconocido que prontamente modificó la dinámica de las organizaciones. Incertidumbre, altas demandas y exigencias laborales, necesidad de tomar decisiones difíciles sobre la asignación de recursos limitados, cambios en las rutinas, aumento del número de pacientes, temor a contagiarse, necesidad de aislarse de sus familiares, y lidiar en forma diaria con el sufrimiento, y muerte de pacientes, compañeras/os de trabajo, amigas/os y familiares; e incluso también discriminación, estigma y violencia física y psicológica de una sociedad que también presentaba miedo (18).

El nuevo contexto generó cambios importantes en las rutinas de las y los profesionales de salud que se desempeñaban en la atención directa, cercana e íntima de las y los pacientes críticos, afrontando situaciones de estrés que repercutieron directamente en su salud mental, poniéndolos en riesgo de sufrir estrés laboral crónico y desarrollar SBO; especialmente cuando percibían que las demandas y exigencias laborales rebasan sus recursos para afrontarlas (3).

Alharbi et al. (17), señala que debido a las características del trabajo de enfermería, estas/os profesionales están especialmente expuestos a los riesgos del SBO debido a las largas jornadas de trabajo, el alto nivel de exigencia y la sobrecarga de tareas. En este mismo sentido, Dimitriu (19), afirma que el estrés, la ansiedad y la depresión entre las y los trabajadores de la salud, son reacciones

emocionales normales ante una pandemia, no obstante, el SBO debe abordarse como un problema potencial a mediano y largo plazo, que requiere de estrategias efectivas de prevención y tratamiento. Además, considerando por otro lado, que esa dinámica de trabajo complejo se mantuvo hasta la actualidad, especialmente en las UCIA.

Gonçalves Costa (20), manifestó que la interacción negativa entre el entorno de trabajo hospitalario y los factores humanos durante la pandemia desencadenaron respuestas físicas y emocionales que causaron daño al bienestar y calidad de vida del personal de enfermería y que condujeron a la aparición de enfermedades mentales; el SBO fue uno de ellos.

Maslach y Jackson (21), citado por Olivares (22), definen SBO, como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir en individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas.

Gil Monte y Peiró (23), por su parte, agregan a la definición de Maslach y Jackson, que el SBO es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencia.

Numerosos estudios publicados, señalan que el agotamiento físico y mental es uno de principales síntomas del SBO; y declaran que las UCIA son ambientes insalubres y potencialmente tensiogénicos (24-25). Otros, muestran que la Pandemia de la COVID- 19, elevó significativamente los niveles de agotamiento de las enfermeras y enfermeros, en comparación con períodos anteriores (26-27) tal como se viene mencionando.

Gómez y Ruiz (28), y Alharbi (17) enumeran en sus estudios los síntomas que afectan la salud mental como consecuencia del agotamiento y SBO: ansiedad, miedo, depresión, preocupación e insomnio, además de un alto nivel de estrés, pudiendo reducirse la capacidad de resiliencia, o situaciones, inclusive de aislamiento, consumo excesivo de alcohol, drogas, problemas de alimentación. Ruiz Frutos y Gómez (28), agregan a lo antes dicho, que 9 de cada 10 profesionales de la sanidad consultados en Barcelona en 2021, consideraron necesaria reducir los factores estresores del ambiente organizacional y recibir atención especializada.

C. Enunciación del problema

El presente estudio describe los factores y antecedentes relacionados con la presencia de SBO en el personal de enfermería que trabaja y que, previamente durante la pandemia del coronavirus, trabajó en UCIA, tanto en organizaciones de salud públicas como privadas, de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, año 2023.

Preguntas que guiaron la investigación

¿Cuál es la presencia y características del SBO en el personal de enfermería que se desempeñó durante la pandemia de COVID-19 en las UCIA de las organizaciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Junín, Buenos Aires?

¿Qué factores psicosociales de riesgo laboral se asocian a la presencia de SBO en el personal de enfermería que trabajó en las UCIA de la ciudad de Junín durante la pandemia de COVID-19?

¿Cuál fue la intensidad del SBO en el personal de enfermería que trabaja en UCIA de organizaciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Junín durante la pandemia?

¿Qué diferencias se observaron en la manifestación de SBO entre el personal de enfermería que trabajó en las UCIA de organizaciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Junín durante la pandemia?

D. Objetivos

Objetivo general

Describir el SBO en el personal de enfermería que trabajó durante la pandemia del coronavirus en las unidades de cuidados intensivos del adulto, y que actualmente trabaja en esos servicios. Ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina. Noviembre- diciembre de 2023.

Objetivos específicos

- 1- Determinar las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería que se desempeña en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023
- 2- Determinar la presencia de SBO en el personal de enfermería que trabaja en las UCIA de organizaciones de salud de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023
- 3- Establecer la intensidad del SBO en el personal de enfermería que se desempeña en las UCIA de organizaciones de salud de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023

E. Hipótesis

Las y los enfermeros que trabajan en las UCIA, con antecedentes de haber brindado cuidados en ese sector durante la pandemia de la COVID-19, desarrollan SBO en diferentes grados de intensidad.

F. Aportes de los resultados al incremento del conocimiento de las y los profesionales, las organizaciones de salud e instituciones educativas.

El tema que se investigó es de gran relevancia para la salud pública. Constituye una preocupación constante de las y los profesionales de la enfermería, del sistema sanitario a nivel local y nacional, como así también de los organismos internacionales entre ellos la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y asociaciones profesionales de cuidados intensivos. Sin embargo, no se encontró antecedentes previos de investigaciones que aborden la temática SBO a nivel local.

La irrupción de la pandemia, ha traído consecuencias negativas sobre la salud mental de toda la

población. Los equipos de salud, especialmente el personal de enfermería, se ha visto afectado doblemente. En primer lugar, desde un punto de vista personal y familiar, y, en segundo lugar, por el hecho de formar parte de un colectivo de profesionales que se distingue por establecer y mantener relaciones interpersonales de ayuda constantes y directas con las y los beneficiarios de los cuidados. Esto es especialmente relevante en entornos asistenciales como las UCIA, donde la vida, el sufrimiento y la muerte coexisten a diario (29). A esta situación se suma el impacto de un virus desconocido, que no solo afectó la dinámica laboral, sino que también deterioró significativamente las condiciones y calidad de vida en el trabajo, incrementando el riesgo de desarrollar estrés laboral crónico y consecuentemente SBO.

La difusión y transferencia de los resultados, aporta conocimientos científicos a los dos sectores que involucran a la profesión: sanitario y educativo. Al sistema sanitario, las organizaciones y los servicios de enfermería de las UCIA, ofreciendo información útil y oportuna, que promueva el desarrollo de políticas orientadas a prevenir o reducir la problemática con acciones concretas de promoción y mejoramiento de la calidad de vida laboral, detección precoz de problemas que afecten la salud física y mental; y asistencia integral a quienes estén sufriendo. Sobre este último aspecto, la investigación aporta a la caracterización e identificación de profesionales en riesgo de sufrir algún grado de SBO. En este caso, la autora, personalmente, informará a las personas el hallazgo, y las posibilidades de asistencia médica disponibles en el ámbito de la salud pública a nivel local y regional.

Por otro lado, el conocimiento de la realidad local, contribuye a enriquecer al sistema educativo, particularmente a la enseñanza universitaria de grado en enfermería; impactando, directamente sobre las subáreas relacionadas con la gestión de los servicios de enfermería, los aspectos éticos legales, la filosofía, la salud mental y autocuidado de enfermería, que tienen como objeto acercar a los futuros profesionales saberes, estrategias y herramientas para la promoción de la salud integral, la prevención y control de factores psicosociales de riesgo vinculadas a su trabajo, creando así conciencia y actitudes positivas desde la formación del propio recurso humano en enfermería; además de constituirse en punto de partida para futuras investigaciones.

Por último, se mencionará que todos estos aspectos en su conjunto, además se constituyen en oportunidad para mejorar la calidad de cuidados y por ende la salud y bienestar de la población.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE

Estudios anteriores a la pandemia de la COVID-19, muestran que los síntomas de agotamiento laboral, ya eran comunes entre las y los profesionales del sistema de salud, especialmente en enfermería y medicina. (26-27)

Estudios internacionales, pre-pandemia del coronavirus.

En 2018, Dos Santos Moura et al (30), a través de un estudio cuantitativo, analítico y transversal,

investigaron los niveles de estrés, SBO y depresión presentes en el personal de enfermería de UCIA de hospitales públicos y privados en Brasil.

El instrumento de recolección de datos se compuso de 5 cuestionarios validados: perfil socioeconómico y demográfico, sintomatología del estrés en Bacarro, Escala de Estrés en el Trabajo, Cuestionario de J Beili versión brasileña inspirada en el Maslach Burnout Inventory, y el Inventario de Depresión de Beck. Resultados: participaron 72 auxiliares y técnicos de enfermería, la mayoría del sexo femenino (52,8%). El 27,8% presentaba entre 31 a 35 años, el 52,2% eran casados y con 2 o más vínculos de trabajo el 62,5% de la población en estudio. En la fase inicial del SBO se encontraba el 68,1%. Conclusión: las unidades de cuidados intensivos son ambientes insalubres, potencialmente tensiogénicos y con elevada tasa de absentismo. Los participantes del estudio mantienen doble jornada de trabajo, en su mayoría mujeres y con hijos, presentando scores preocupantes de estrés, SBO y depresión.

Durán et al. (31) en 2019, observaron que el estrés laboral se presentaba cada vez con mayor frecuencia entre las y los profesionales de enfermería, repercutiendo en su salud física y mental. Por ello indagaron para identificar la magnitud del agotamiento físico en el personal de enfermería que se desempeñan en las UCIA y su influencia en la seguridad del paciente. Realizaron un estudio descriptivo y transversal. La muestra seleccionada por método aleatorio simple, estuvo compuesta por 32 profesionales de enfermería, pertenecientes al Servicio de UCIA del Hospital General Baracoa, Cuba. De enero a abril de 2019, aplicaron una encuesta, basada en el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Las y los investigadores hallaron agotamiento físico en 75,0 % de las y los profesionales, con niveles altos en un 56,2 % de la población estudiada, y con predominio en el sexo femenino (84,3 %). Concluyeron que en las UCIA existen riesgos psicolaborales, que pueden generar efectos negativos en los profesionales de enfermería y en la seguridad del paciente.

Estudios internacionales durante y después de la pandemia del coronavirus

Durante y después del inicio de la pandemia de la COVID-19, diversas investigaciones a nivel mundial advirtieron que el agotamiento moderado y grave había aumentado en comparación con los períodos no epidémicos. Estas investigaciones se focalizaron en estudiar y describir las consecuencias del brote sobre el sistema sanitario, los factores estresantes, y la presión que generaba en las y los profesionales que luchaban en primera línea, afectando su salud y bienestar.

En 2020, Liu X et al. (32), realizaron un estudio descriptivo durante la primera fase de la pandemia en China, con el objetivo de evaluar los factores asociados al agotamiento del personal de enfermería y medicina en instituciones de salud. Administraron una encuesta transversal para describir las características demográficas, los factores relacionados con el trabajo, el riesgo de infectarse por exposición ocupacional y los factores familiares. Para evaluar el desgaste laboral y el estilo de afrontamiento emplearon Maslach Burnout Inventory (CMBI) y el Trait Coping Style Questionnaire (TCSQ). Resultados: de 880 profesionales sanitarios que participaron en el estudio desde el 9 de

febrero al 11 de febrero de 2020, 564 eran médicos y 316 enfermeras. De las y los encuestados, 80 (9,09%) presentaron agotamiento emocional, 445 (50,57%) despersonalización y 498 (56,59%) logros personales reducidos. El estudio identificó agotamiento laboral leve en el 34,77%, moderadas 36,14% y severas el 3,07%. Entre los factores que podían afectar las tres dimensiones identificaron: trabajar en la región de alta infección, estilos de afrontamiento negativos, mayor cantidad de turnos nocturnos, mayor intensidad de trabajo, tener un título senior y/o haber presentado síntomas. Conclusión: la tasa de agotamiento moderado y severo aumentó con el brote. Los investigadores recomiendan prestar atención al agotamiento de los profesionales sanitarios, especialmente los que desarrollan afrontamiento negativo.

Otro estudio desarrollado en China por Zhang Yuxia, et al. (29), presentó por objetivos identificar los factores estresantes, el agotamiento y explorar las estrategias de apoyo moral efectivas entre las y los enfermeros que proporcionaban cuidados a pacientes con COVID-19, en diferentes unidades de atención del Hospital Zhongshan. Shanghai. El equipo de investigadores utilizó para la recolección una encuesta transversal. Para medir la presencia de factores estresantes, estrategias de afrontamiento, y estrategias de apoyo efectivas a COVID-19, utilizaron un instrumento adaptado, basado en un cuestionario anteriormente validado en la epidemia de SARS. Mientras el SBO se midió con Maslach Burnout Inventory. Resultados: participaron en total 107 (97%) profesionales de enfermería; la edad media fue 30,28 años, y el 90,7% eran mujeres. La nostalgia se informó con mayor frecuencia como factor estresante (96,3%). El SBO en niveles leves, se observó en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, presentándose en un 78,5 y un 92,5 de las y los participantes respectivamente. Sin embargo, 52 (48,6%) participantes experimentaron una grave falta de realización personal. Las y los participantes con mayor jornada laboral en unidades de cuarentena por COVID-19 presentaron mayor agotamiento emocional y despersonalización. Las y los participantes de menor edad experimentaron un mayor agotamiento emocional y menor realización personal. Conclusiones: el personal de enfermería experimentó un estrés considerable; los factores estresantes reportados con mayor frecuencia estaban relacionados con sus familias. Las y los más jóvenes y quienes trabajaban más turnos presentaron niveles más alto de desgaste.

Lasalvia, et al. (13), realizaron en Verona, noroeste de Italia, un estudio observacional de corte transversal, entre el 21 de abril y el 6 de mayo de 2020, con el objetivo de determinar los niveles de agotamiento y los factores asociados entre el personal sanitario que trabajaba en un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. Participaron 1.961 trabajadores sanitarios con todos los perfiles profesionales. Los niveles de agotamiento, fueron evaluados mediante la encuesta general del Inventario de Agotamiento de Maslach. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para identificar factores asociados con el SBO en cada dimensión del MBI (agotamiento emocional, EX; eficacia profesional, EF; cinismo, CY). Resultados: el 38,3% presentó agotamiento emocional alto, el 46,5% eficacia profesional baja y el 26,5% cinismo alto. El SBO fue frecuente entre el personal que trabajaba en unidades de cuidados intensivos (agotamiento emocional: 57,0%; eficacia

profesional: 47,8%; cinismo: 40,1%), especialmente entre las y los residentes (agotamiento emocional: 34,9%; eficacia profesional: 63,9%; cinismo: 33,4%) y las y los enfermeros (agotamiento emocional: 49,2%; eficacia profesional: 46,9 y cinismo: 29,7%). Ser residente aumentó el riesgo de agotamiento (casi 2,5 veces) en las tres subescalas del MBI y ser enfermera/o aumentó el riesgo de agotamiento emocional en comparación con las y los profesionales de medicina. El personal sanitario que trabajó directamente con pacientes con COVID-19 mostró más agotamiento emocional y cinismo que aquellas/os que trabajaban en salas sin COVID-19. El riesgo de agotamiento fue mayor en el personal que mostraba problemas psicológicos preexistentes, en aquellas/os que habían experimentado un evento traumático relacionado con COVID-19 y en aquellas/os que habían experimentado evitación interpersonal en el lugar de trabajo y en la vida personal. Las y los investigadores concluyeron que el agotamiento representaba una gran preocupación para el personal sanitario que trabajaba en el hospital la pandemia de COVID-19, y subrayaron la necesidad de abordar cuidadosamente el bienestar psicológico de las y los trabajadores de la salud para evitar el aumento del agotamiento en caso de una nueva emergencia sanitaria.

Entre diciembre de 2020 y febrero de 2021, Taghinezhad et al. (33) realizaron un estudio transversal multicéntrico, con el objetivo de investigar la satisfacción por compasión, el agotamiento y el estrés traumático secundario como elementos de la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería en entornos de COVID-19. En el estudio participaron 427 enfermeras y enfermeros que trabajaban en salas de hospitales de todas las provincias de Irán, atendiendo pacientes COVID-19. El instrumento utilizado constaba de dos componentes: las variables ocupacionales/demográficas y la versión persa de la Escala de Calidad de Vida Profesional con tres subescalas: Satisfacción por compasión, Agotamiento y Estrés traumático secundario. La puntuación media de satisfacción por compasión fue 38,86 (9,00), la puntuación media de agotamiento fue 18,60 (4,08) y STS fue 34,74 (7,02). Las y los investigadores del estudio destacaron una prevalencia significativa de estrés traumático secundario, un riesgo de agotamiento sustancialmente elevado y un nivel modesto de satisfacción por compasión entre las y los enfermeros de primera línea en Irán que habían cuidado de personas con COVID-19, y subrayaron la importancia de implementar intervenciones de apoyo para aumentar la satisfacción y reducir el agotamiento y el estrés traumático secundario en las enfermeras.

La revisión en Latinoamérica permitió identificar estudios relacionados con la temática. En Paraguay, se investigó la prevalencia del SBO y su relación con factores sociodemográficos y laborales en el personal de enfermería de dos hospitales públicos de la ciudad de Pilar. Participación de 121 profesionales. Las y los investigadores utilizaron el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno Jiménez. Resultados: 65% de las y los encuestados presentó entre 30 y 40 años. El 78% de las y los participantes se identificaron con el género femenino. El 93% de profesionales presentó estudios terciarios completos. En cuanto a los valores de las dimensiones del SBO se observa una prevalencia del 18% en el total de la población de estudio con índices iguales a 25 puntos

o superiores (nivel alto de afectación). El 19% presentó valores >19-25 que corresponde a un grado de afectación medio de SBO, y el 65% restante calificó con valores 9-19 equivalentes a un grado de afectación bajo. En los tres grupos las subvariables que recibieron puntuación más elevada (4 o 5 puntos) son las referentes a los ítems de Despersonalización del cuestionario SBO en sus preguntas 3, 11 y 18. Las mismas se describen como sigue: Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes 73%; Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos 67%; Procuro no involucrarme emocionalmente con los pacientes con quienes trabajo 83%. En cuanto a los factores Causales o Antecedentes de SBO se consignaron los siguientes valores. Nivel Bajo 55%, Nivel Medio 28% y Nivel Alto 17%. Entre las personas con SBO detectado las preguntas que recibieron mayores puntuaciones en el área de factores causales encontramos las referentes a la sub variable Tedio, específicamente al ítem 14 que evalúa el siguiente aspecto: Mi trabajo es muy repetitivo; 62% respondieron Siempre y Frecuentemente. Desde el punto de vista de las Características de la tarea un 47% manifestó sentirse siempre identificado con su trabajo, 29% frecuentemente, 15% algunas veces, 2% pocas veces, 7% nunca. No se encontraron correlaciones significativas en cuánto a la prevalencia del SBO y el tiempo de ejercicio en la profesión ni tampoco con la variable sexo. En lo referente a las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del SBO se obtuvo: 53% nivel bajo de afectación, 30% nivel de afectación medio, y 10%, nivel alto de afectación. Las y los autores concluyeron que si bien la prevalencia del SBO en enfermeras/os de hospitales públicos de Pilar no fue muy elevada, los casos detectados requieren atención; y señalan que los aspectos a mejorar son los referentes a la organización del trabajo: distribución equitativas de tareas y coordinación de actividades, mejor remuneración, escalafón laboral equitativo, más insumos hospitalarios, mejores equipamientos, contención con equipos multidisciplinarios, grupos de apoyo (psicólogas/os, trabajadores sociales), espacios de reflexión, participación de los medios de prensa para educar a la población en empatía y tolerancia.

Vinueza et al. (26), investigaron en Ecuador, a través de un estudio observacional de corte transversal, la ocurrencia de intensidad de SBO en profesionales de medicina y enfermería que se desempeñan durante la pandemia en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecimientos del Ministerio de Salud Pública, y de la red integral de salud. Mediante una encuesta recopilaron información demográfica-laboral y aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach. Participaron 224 profesionales, 151 médicas/os (67,41%) y 73 enfermeras/os (32,59%). La mayor parte eran mujeres; el 90% del personal presentó SBO de moderado a severo. Las y los investigadores, concluyen el estudio, recomendando implementar medidas de apoyo psicológico para el personal de salud en situaciones de emergencia.

Estudios nacionales, durante y después de la pandemia del COVID-19

A nivel nacional, en Buenos Aires, Scatularo et al. (10) , estudiaron entre junio y septiembre de 2020 el impacto psicofísico de la pandemia por el coronavirus en trabajadores sanitarios. El estudio de corte transversal, multicéntrico, evaluó ansiedad, depresión, SBO, alteraciones de los estilos de vida y las relaciones personales mediante una encuesta anónima. Las y los investigadores encuestaron a 1221 trabajadores de la salud, la mediana de edad de 42 años; el 65,9% eran mujeres. El 66,7% eran médicas/os o enfermeras/os especialistas. Se detectó: 40,5% de ansiedad, 22,1% de depresión mayor, 10,9% depresión menor y 38,7% SBO. El 9,4% aumentó el consumo de tabaco y el 22% el de alcohol; el 62,1% empeoró su calidad de sueño, el 50,2% redujo la realización de ejercicio físico, y el 18,4% deterioró su relación afectiva. El 40,4% sufrió discriminación por ser personal de salud. Conclusión: la pandemia ha generado aumento de depresión, ansiedad, SBO y hábitos de vida no saludables en las y los trabajadores de la salud de Argentina.

Otro estudio desarrollo en el país, durante la Pandemia fue el de Cervino et al (31). Las y los autores investigaron la prevalencia del SBO en personal de enfermería del área metropolitana de Buenos Aires. Mediante un estudio observacional abordaron entre los meses de abril y junio de 2021, a 89 enfermeras y enfermeros de dos centros de salud. Para la recolección de los datos, utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: La muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (83.2%), con un elevado nivel de formación entre enfermeros profesionales y licenciados (92.2%); edades entre 23 y 63 años, con diferentes años de experiencia laboral. La prevalencia de1 SBO resultó ser elevada (89.9%) tanto si se considera su valor en forma global, como para cada una de las tres dimensiones del MBI. Conclusiones: Nueve de cada diez enfermeras/os estaban afectadas/os por el SBO. Las y los autores concluyen que la alta prevalencia puede estar asociada al desempeño de tareas extras durante la pandemia COVID-19, y proponen la implementación de programas de prevención y detección temprana, junto con el diseño de estrategias para el manejo adecuado del estrés laboral.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El marco teórico, se organiza en secciones, que constituyen los cimientos del presente estudio: Salud integral, Salud mental, Trabajo, SBO y Enfermería. Cada una de ellas aborda y describe en profundidad los conceptos teóricos más relevantes, sus relaciones e interconexiones. Respalda y demuestra la relevancia del estudio, permitiendo comprender la complejidad y el enfoque desde el cual la maestranda abordó el problema de investigación.

Partiendo desde el concepto de salud integral, que aporta las dimensiones de la persona, que han de ser consideradas para determinar su salud y bienestar físico, mental y social, en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de una comunidad. Este marco permite comprender a su vez, la importancia de la salud mental que sustenta las capacidades individuales y colectivas necesarias para tomar decisiones, enfrentar y resolver desafíos de la cotidianidad, establecer

relaciones y dar forma al mundo en el cual viven las personas. El trabajo, como actividad social valiosa, base de la dignidad, bienestar y desarrollo de la persona, pero también fuente de tensión y estrés, cuando la calidad de vida laboral es adversa, en especial durante la pandemia de la COVID-19, favoreciendo en las y los trabajadores de la salud, particularmente de enfermería, el desarrollo de SBO. Un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo. Para finalmente, confluir en la sección “enfermería” que contiene desde su definición, los aspectos epistemológicos que sustentan la práctica, el desarrollo de SBO en la profesión, los factores psicosociales de riesgo laboral históricos en ese colectivo, especialmente en aquellas/os que trabajan en las UCIA. Además, en esta sección se presentan los factores o variables que la pandemia incorporó y/o complejizó, exacerbando las condiciones laborales desfavorables preexistentes, vulnerando aún más al personal de enfermería, incrementando el riesgo a desarrollar problemas relacionados con su salud mental, física y social, como el SBO.

A. La salud, como proceso integral.

Se partirá definiendo salud desde la conceptualización de la OMS. Se hará mención, en esta sección, a los aportes de diferentes autores que analizaron y problematizaron dicha conceptualización, explicando cómo la salud de las personas comprende todas las dimensiones del ser humano.

“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (36). Esta conceptualización procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946, firmada por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948, y permaneciendo vigente hasta fecha.

Expertas/os coinciden que dicha definición es la más conocida y aceptada globalmente por la comunidad sanitaria y la población en general, puesto que rompió con la medicina tradicional y la conceptualización biologicista que prevaleció hasta mediados de siglo XX, centrada en el cuerpo, y por ende en la enfermedad, incorporando por primera vez los aspectos psicológicos y sociales. Este nuevo enfoque, permitió comprender la salud no solo desde una perspectiva biológica, sino como un sistema de valores relacionados con el orden social, y descrito en términos positivos o afirmativos. (37-40).

Si bien este concepto recibió fuertes críticas, ha evolucionado y se ha desarrollado a lo largo de la historia, influenciado por la cultura, los sistemas económicos y políticos de los pueblos.

Una de las más notables contribuciones teóricas, fue la de Marc Lalonde en 1974, quien amplió la comprensión holística de la salud, introduciendo el concepto de “campo de la salud”. Un nuevo

modelo de análisis que resultaría útil para conocer cómo la conjunción de varios factores afecta la salud de las personas, en su territorio. Lalonde (41), identificó cuatro componentes que en interacción permanente condicionan el grado de salud de una población: la biología humana, el medio ambiente natural y social, el estilo de vida y la organización de la atención de la salud. Su modelo aportó al estudio del proceso salud enfermedad, desde un enfoque social e integral, donde se refleja el modelo de causa múltiple y efecto múltiple.

Años más tarde la OMS, creó un Programa de Promoción de la Salud (1981), que se ocupó de discutir conceptos y principios relacionados a ello, generando posteriormente, en 1985, un documento aclaratorio sobre el cual se basarían las políticas de promoción de salud de la mayoría de los países miembros. En este documento, la salud se define como:

El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro, de cambiar o enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada. (42)

En ese mismo sentido, varios autores (43-46) también entienden la salud como un recurso para la vida y no un objetivo de la vida. La salud, como un momento relativo, es decir, un período de salud-enfermedad cambiante, variable, individual y colectivo. En el cual estar sano es la capacidad para mantener el equilibrio apropiado según la edad, las necesidades de las personas, y las influencias de los determinantes sociales que se originan y se distribuyen socialmente.

Valenzuela (38), refiere que los esfuerzos de todos las y los especialistas están centrados en la búsqueda de un concepto de salud que tienda al equilibrio, aspecto casi inalcanzable en los tiempos actuales, respecto de factores fundamentales del bienestar humano como la salud mental, la emoción, el movimiento, el contexto sociocultural al cual pertenecemos y a la época en que vivimos.

El mismo autor (38), en su artículo “ La salud, desde una perspectiva integral”, enumera las limitaciones de la definición de salud proporcionada por la OMS. Para ello cita a varios expertos, sus críticas y contribuciones. Se mencionará especialmente a:

1) Terris (47), quien en 1980, señalaba que la salud debe considerar dos aspectos fundamentales: uno subjetivo (sentirse bien), y otro objetivo (la capacidad para la función). Para el autor salud y enfermedad no son valores absolutos. Existen distintos niveles de salud, como distintos niveles de enfermedad incluyendo la capacidad de funcionar como un aspecto objetivo. Propuso mantener el concepto original de la OMS, eliminando la palabra 'completo' e incorporando los alcances previamente mencionados. Dicho esto, según Terris salud es “el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de función y no solamente la salud estaría dada por la ausencia de afecciones o enfermedades” (47).

2) Salleras (1985), manifestaba “la salud es el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo

y la colectividad” (39). Y agregaba que la salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el óptimo de salud, por un lado, y la muerte por el otro. Pero que este continuo, presenta una zona neutral, no bien definida, lo que significa que la separación de la salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces, en la práctica, no es posible distinguir lo normal de lo patológico. En este mismo sentido, Rodríguez Marín (48), sugiere que para otorgar mayor significancia al concepto de salud, se debe considerar su dimensión “cambiante”, puesto que su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad. Rodríguez Marín cita las palabras de San Martín (1985) para explicar que “salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida como una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potencialidades, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social” (46). Agrega que la salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero, además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones. Carranza en 2003, manifiesta por su parte que, “la salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social” (49). En su artículo Carranza (49), cita a Davini, para explicar y profundizar lo antes dicho, respecto de ser individual y social: “El concepto de salud no puede ser utilizado como único ni como uniforme, se lo debe relacionar con los aspectos individuales de cada persona” (50), incorporando de esta manera, otro enfoque necesario de la salud, la personalización y diversidad de las personas. Es decir, que la salud no debe ser definida de manera generalizada, ya que cada persona es única, particular, presentando características y necesidades propias, que lo diferencian de otras; y que estas diferencias estarán determinadas por las interrelaciones de los factores personales y contextuales que influyen en la salud y bienestar de las personas, y que requieren tanto de un análisis y como estrategias personalizadas para cada persona o grupo. Finalmente Valenzuela (38), propone configurar un nuevo término: "salud integral", tomando como base las contribuciones de los autores antes mencionados, quienes afirman que salud es un momento relativo, un período de salud-enfermedad variable, dinámico tanto individual como colectivo, producto de la interacción de los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se enuncian en nuestra biología; considerando tres componentes relevantes: uno subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y por último, un ecológico (adaptación biológica, mental y social del individuo). Este concepto, formulado por Valenzuela considera todas las dimensiones del ser humano. Incluyendo, por un lado, las condiciones de vida, aspectos relevantes como el entorno y el contexto biológico, histórico, sociocultural y económico, y por otro, elementos subyacentes como los aspectos afectivos, emocionales, mentales y espirituales.

B. Salud Mental

Diferentes concepciones de salud mental

Stolkiner y Ardila Gómez (40), consideran la salud mental un subcampo dentro de la salud en general, el cual se ha configurado como un espacio paradigmático del límite a la concepción biologicista-individual de la enfermedad y que se ha diferenciado para mantener formas institucionales específicas que demuestren, más claramente en el campo de la salud, los efectos de los mandatos sociales de orden y estrategias asistenciales y curativas.

El concepto de salud mental, encuentra sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la psiquiatría clínica y en otras ramas del conocimiento. Las primeras referencias encontradas sobre el término salud mental, según refiere Bertolote (51), son una literatura inglesa del año 1843, titulada “Mental Hygiene, or a moving examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and length of life,”, traducido al español: “Higiene mental o un examen móvil del intelecto y las pasiones diseñado para ilustrar su influencia en la salud y la duración de la vida”. Y un borrador de ley presentado a la Sociedad Berlinesa de Médicos y Cirujanos, también proveniente del siglo XIX (1849), que incluía el «desarrollo mental y físico sano del ciudadano» como primer objetivo de la salud pública.

Según la bibliografía consultada (40, 51), no fue hasta la creación de la OMS en 1948, organismo internacional técnico-político en materia de salud, que se constituyó el primer Comité Internacional de Expertos en Salud Mental. Su finalidad fue fomentar tanto la atención comunitaria de aquellas personas históricamente llamadas “locos”, así como también ampliar las acciones preventivas. De este modo, durante la posguerra, en el marco de los Estados de bienestar, nacían las primeras políticas en salud mental con un claro enfoque social; generando formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa o modernización del modelo asilar- manicomial (hasta ese momento dominante), y que posteriormente serían tomadas como referencia en los países de América Latina. Ese mismo año, la OMS, conceptualiza salud desde un enfoque multidisciplinario, incorporando como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, el aspecto psicológico y social, a su definición. Haciendo referencia a ello, Stolkiner y Ardila Gómez (40) citan a Laurell (52) para explicar que lo específicamente novedoso de problematizar la salud y la enfermedad como un proceso social, radica en plantear a partir de allí el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana inmersa en un contexto histórico determinado.

Laurell (52) señala además, que la OMS, rompía a partir de su definición con la reducción biologicista y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad.

Bertolote (51), en su artículo “Raíces de la salud mental”, refiere que, en el año 1950, en el marco de la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental, se definieron los términos de salud mental e higiene mental:

La higiene mental se refiere a las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental, mientras tanto, es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (53).

Décadas más tarde, la OMS (2002), conceptualizaría Salud Mental, como un “estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva, y hacer una contribución a su comunidad” (54), manteniéndose esta definición vigente hasta la actualidad.

En relación a ello, el CIE, en un informe titulado “Directrices sobre la enfermería en salud mental 2024” ratifica el concepto presentado por la OMS, en el párrafo anterior, expresando que “la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales sino un estado de bienestar general en el que las personas se dan cuenta de sus propias capacidades, gestionan el estrés, trabajan de forma productiva y contribuyen a sus comunidades” (55)

Para profundizar en la temática desde un enfoque de la psicología social, a continuación, se citarán y desarrollarán las principales conceptualizaciones de Pichón Riviére, considerado uno de los mayores exponentes del psicoanálisis en Argentina, generador de la teoría de grupo, y creador de la primer Escuela de Psicología Social, en el país.

En el diccionario de Psicología Social, compilado por Pablo Cazau, que lleva el nombre del célebre teórico, basado en su libro "El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social" (56), Pichón Riviére conceptualiza salud mental de la siguiente manera: “La salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Podemos decir también que consiste en una relación, o mejor dicho en una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad” (57). El diccionario, también ofrece una definición de persona sana, estableciendo que “un sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla modificándose, a su vez, él mismo. Un sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada”. Así, Pichón Riviére señala que la "cura" se trata "no de la adaptación pasiva”, aceptación indiscriminada de normas y valores, sino del rescate en otro nivel, de la denuncia y la crítica implícitas en la conducta desviada (enfermedad) para establecer, a partir de allí, una relación dialéctica, mutuamente modificadora con el medio. Concluyendo:

Una persona mentalmente sana, es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, de sacar provecho de la lucha y convertir a ésta en una experiencia útil, encontrar mayor satisfacción en el dar que en el recibir y estar libre de tensiones y ansiedades, orientando sus relaciones con los demás para obtener la mutua satisfacción y ayuda, poder dar salida a cierto monto de hostilidad con fines creativos y constructivos y desarrollar una buena 'capacidad de amar. Muchos de los problemas de la vida moderna son, en realidad, problemas de salud mental, como miedo, inseguridad, nerviosidad, intolerancia, prejuicios, etc. (57)

Pichón Rivière (57) enfatiza que el concepto de salud mental no es fijo ni absoluto. No es fijo porque admite diversas gradaciones entre salud y enfermedad, y no es absoluto porque depende de varias cosas, entre las que se destacan los factores sociales. En palabras de Pichón Rivière:

Se trata de cantidades de salud mental que a través de saltos dialécticos transforman la cantidad en calidad, ya que la salud mental se mide sobre todo en términos de calidad de comportamiento social y sus causas de mantenimiento o deterioro están relacionadas con situaciones sociales como los factores socioeconómicos, estructura de familia en estado de cambio y sobre todo en ese índice de incertidumbre que se hace persecutorio y que perturba el comportamiento social, ya que lo que se quiere lograr es una adaptación activa a la realidad donde el sujeto, en la medida en que cambia, cambia la sociedad que, a su vez, actúa sobre él en un interjuego dialéctico en forma de espiral, donde en la medida en que se realimenta en cada pasaje, realimenta también la sociedad a la que pertenece. (57)

Otro enfoque de entendimiento, es el que proporciona la psicología humanista y existencial, otra rama de la psicología general, entre cuyos máximos exponentes se encuentran Carl Rogers, y Abraham Maslow. Desde este abordaje Carranza define salud mental como:

El estado que permite el desarrollo óptimo de cada individuo en el orden físico, intelectual y afectivo, en la medida en que es compatible con el desarrollo de otros individuos. Es deber de la sociedad permitir a sus miembros ese desarrollo, asegurando a la vez el desarrollo de la sociedad misma. El hombre mentalmente sano es el hombre productivo, que sostiene con el mundo una relación amorosa y usa su razón para aprehender objetivamente la realidad; el que se siente como una individualidad singular sin dejar de sentir su solidaridad con el prójimo, el que no deja de nacer mientras vive y considera la vida como el más precioso de los dones que ha recibido (49).

Carranza (49), sostiene que la psicología humanística y existencial, se centra en el autocuidado en salud mental. Según esta corriente el individuo es visto como agente activo que hace sus propias elecciones; y tiene el propósito de acrecentar el conocimiento de sí mismo y de su desarrollo personal. Finalmente menciona, que:

Para definir salud mental, es necesario mencionar atributos: 1. Consciencia y del propio cuerpo y habilidades para la relajación física; 2. Consciencia del estado

emocional propio y habilidades para vigilarlo; 3. Consciencia y aceptación de propio yo y sentido de identidad personal; 4. Autonomía, aptitud para tomar decisiones por uno mismo; 5. Percepción recta de la realidad, comunicación interpersonal; 6. Dominio del medio, personal, incluso en lo que respecta a la aptitud para los sentimientos amorosos, para la solución de problemas y para la acción eficaz (49)

Tanto la psicología social como la psicología humanística y existencial entienden a la persona como un ser integral, por lo tanto, salud requieren ser abordada para su comprensión integralmente, interdisciplinariamente, abarcando todo el ser: orgánico, psíquico y espiritual; además de ser una persona individual y social.

Determinantes y factores protectores de la salud mental, según la OMS

A partir de este momento, el foco se centrará en los determinantes y factores de protección de la salud mental. Para ello se citará el “Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general”, de la OMS (49).

En dicho informe se evidencia una actualización del enfoque de salud mental, más integral y enriquecido, que incorpora las conceptualizaciones y representaciones de las diferentes corrientes que se han mencionado.

En él, la OMS (49), afirma que la salud mental tiene un valor intrínseco, fundamental y es parte integral del bienestar general de las personas, determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales. Conceptualiza salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. La declara parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el cual viven las personas. Ratifica que la salud mental es, un derecho humano fundamental; y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

Aclara, además, que salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales; y que se da en un proceso complejo, en el cual cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia, y resultados sociales y clínicos que pueden ser también muy diferentes.

Explica que las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

Menciona que, a lo largo de la vida de las personas, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o incrementar la vulnerabilidad a las afecciones de salud mental. Estos determinantes pueden ser factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética. La exposición a circunstancias

sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.

Respecto a los factores de protección, la OMS (49), refiere que pueden aparecer a lo largo de la vida y sirven para reforzar la resiliencia. Enumera las habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros.

Por último, la OMS, se refiere a los riesgos para la salud mental y los factores de protección que se encuentran en distinta escala en la sociedad. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Las amenazas mundiales o globales incrementan el riesgo para poblaciones enteras, por ejemplo: la creciente crisis climática, las recesiones económicas, los desplazamientos forzados, emergencias humanitarias generalizadas, el desplazamiento forzado, los brotes o la aparición de nuevas enfermedades.

Problemas de salud mental: abordaje intersectorial

Como se ha expresado, a través de diferentes autores, la salud mental es una parte integrante e indivisible de la salud y bienestar general de la persona y un derecho humano fundamental.

Salud mental (49), significa que la persona es capaz de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar. La salud mental existe en un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional. En cualquier momento de la vida de una persona, factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar su salud mental y cambiar su posición en el proceso continuo de la salud.

Kestel, Directora Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Organización Mundial de la Salud en 2022 expresaba que “los trastornos mentales son muy comunes en todos los países del mundo. La mayoría de las sociedades y la mayoría de los sistemas sociales y de salud descuidan la salud mental, no le prestan atención y el apoyo que las personas necesitan y merecen”. (49)

Entre las numerosas repercusiones que ha generado la pandemia de COVID-19 sobre las poblaciones, una ha sido la crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés a corto y largo plazo, y socavando la salud mental de millones de personas. La OMS (58, 59) calcula que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión han sido de más del 25% durante el primer año de la pandemia, lo que trajo como consecuencia una perturbación de los servicios de salud mental, poniendo de manifiesto la falta de preparación de los gobiernos para lidiar con este problema, y con la escasez crónica de recursos de salud mental a nivel mundial.

En este sentido, la OMS afirma que, dado que las causas y las necesidades de la salud mental son intersectoriales, es necesario, por un lado, que los países inviertan más en salud mental, y por otro, que sus leyes y políticas destinadas a mejorarla la aborden también desde todos sus sectores. Señala

que se necesitan tres tipos de compromiso político, uno expreso (promoción, concientización, liderazgo), uno institucional (normativas y estructuras organizativas de los servicios) y otro presupuestario (financiamiento adecuado del tesoro público o privado), además de disponer de personal competente, para impulsar los programas de salud mental centrados en las personas, orientados a su recuperación y basados en los derechos humanos.

C. El trabajo

En esta sección se presentarán conceptualizaciones de diferentes organismos y autores, tratando de explicar y comprender la complejidad de la relación salud de las personas/ trabajo, considerándolos a ambos, parte de un proceso interdependiente.

El impacto del trabajo sobre la salud de la población trabajadora, no es una preocupación reciente. Desde el siglo pasado, ello ha sido motivo de estudios y políticas tendientes a transformar y crear entornos de trabajo seguro, que promuevan la salud y el bienestar integral de las y los trabajadores. Para ello se definirá trabajo, trabajo decente, ambiente de trabajo, calidad de vida laboral; a su vez, se mencionarán las estrategias internacionales y nacionales, más importantes relacionadas con el trabajo y la salud integral.

Etimología de la palabra

Citado por Cialzeta (60) en su estudio “Sufrimiento mental en el trabajo”, Jacob (61), refiere que la etimología de la palabra trabajo ha sufrido mutaciones literarias a través del tiempo. Indica que trabajo deriva de “trepalium”, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba atormentar, sufrir, es decir el trabajador era el verdugo. En el sentido primitivo la palabra, el trabajo, expresa la idea de tormento; progresivamente en su evolución esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso, de fatiga.

En la edad media trabajar significaba también viajar, haciendo alusión al hecho de trabajar de reino en reino. Según Jacob, la carga de afectividad negativa del trabajo disminuyó lentamente con el tiempo, para agregarle a fines del siglo XVIII la noción de resultado útil y finalmente la idea de ganarse el pan, o sea medio de subsistencia. Mientras que en el origen la utilización de la palabra trabajo se situaba en la periferia del campo semántico, comparativamente con los términos producción y tarea, el trabajo se convirtió en un tema central. En la actualidad trabajar se posiciona en el núcleo del campo conceptual, de la misma manera que el trabajo ocupa un lugar central de la vida en sociedad, tanto cuali como cuantitativamente hablando.

Para reforzar esta idea, sobre la centralidad del trabajo, Cialzeta cita por un lado a Esther Giraudo (62), quien sostiene que el trabajo, es uno de los destinos trascendentales del ser humano, un derecho fundamental y también una necesidad: social (le permite establecer vínculos comunitarios),

cultural (le permite desarrollarse y transformar la naturaleza) y económica (le permite producir su sustento); y por otro a Neffa (63) para explicar que trabajo es mucho más que empleo, ya que participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador/a; en este sentido se constituye en proceso social básico.

Lo antes dicho, demuestra cómo el concepto de trabajo ha evolucionado junto con el ser humano influenciado por las profundas transformaciones de las sociedades a lo largo del tiempo; como refiere Cristancho Giraldo (64), pasando de ser relacionado con penurias y sacrificios, a ser considerado una actividad valiosa y fundamental en la vida de las personas en la modernidad, hecho que aún en la actualidad sigue siendo apreciado.

Aportes de la Organización Internacional del Trabajo a la comprensión de la relación salud-trabajo- enfermedad.

En la Declaración de Filadelfia (65), redactada en 1944 en el marco de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reconoce que el trabajo no es una mercancía, contrariamente el trabajo forma parte de la vida cotidiana de cada persona y es la base de su dignidad, bienestar y desarrollo como ser humano; en otras palabras el desarrollo económico no es un fin en sí mismo, sino que sirve para mejorar la vida de las personas.

Virgilio Levaggi, director de la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, cita la definición de trabajo presente en el Tesoro de OIT:

Conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie) sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo (66).

No obstante, el director regional, se centra en el término trabajo decente, concepto desarrollado para establecer en un mundo globalizado, las características que debe reunir una relación laboral, acorde con los estándares internacionales de manera que el trabajo se realice en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana.

Levaggi (66) señala, que el término “Trabajo decente”, fue introducido por primera vez por Juan Somavia (1999), quien lo caracterizó a través de cuatro objetivos estratégicos: los derechos en el trabajo, las oportunidades de empleo, la protección social y el diálogo social. Cada uno de esos ejes, cumplirían, además, una función para el logro de metas más amplias como la inclusión social, la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, el desarrollo integral y la realización personal.

Según el propio Levaggi, el concepto de trabajo decente busca expresar lo que debería ser, un buen trabajo o un empleo digno, base para el desarrollo sostenible; y expone que promover el trabajo

decente, contribuye a la humanización del mundo del trabajo, en la medida que ubica a las y los trabajadores en el centro del proceso.

Cabe destacar, que a partir de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2015, el trabajo decente y sus pilares, se convirtieron en los elementos centrales de la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (67, 68), explícitos en el ODS 8: “Trabajo decente y crecimiento económico”, que a su vez se relaciona directamente con el ODS 3: “Salud y Bienestar”

Para lograr la consecución del Objetivo 8 (69), los gobiernos deben trabajar en la construcción de economías dinámicas, sostenibles e innovadoras centradas en las personas. Ello implica una reforma profunda del sistema financiero, que contribuya al crecimiento económico inclusivo, la creación de empleos decentes y remuneración equitativa, que impulse el progreso y mejore los estándares de vida de las personas. La aplicación de medidas adecuadas de salud y seguridad, así como promover entornos de trabajo conciliadores es fundamental para proteger la seguridad y garantizar el bienestar y desarrollo de las y los trabajadores, especialmente en el caso del personal sanitario y de quienes prestan servicios esenciales. Abordar conjuntamente los ODS 3 y 8, crea un círculo virtuoso donde la salud de la población impulsa la productividad y el crecimiento económico, y viceversa.

Aportes de la OMS a la comprensión de la relación salud- trabajo- enfermedad

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el marco de OMS, celebrada en Ottawa en el año 1986 emitió un documento, denominado “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. La Carta de Ottawa, declaró inicialmente que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (70) .

La Carta de Ottawa, claramente enfatiza en la necesidad de comprender la salud integralmente, e insta a los gobiernos a generar estrategias y programas de promoción de la salud que se adapten a las necesidades locales y a las poblaciones específicas de cada país y región, teniendo en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos; siendo el trabajo y las condiciones laborales uno de esos factores claves, que pueden intervenir a favor o en detrimento de la salud.

Lo anterior permite interpretar que la solución de los problemas de salud de las personas en el trabajo son muy complejos, ya que, como manifiesta Macedo de la Concha et al. (71) en una población trabajadora, la salud y la pérdida de ésta, se deben a la relación que existe entre sus características y las que le generarán los diversos contextos en que las personas desarrollan, además del laboral, por lo que el modelo de causa múltiple/efecto múltiple se adapta muy bien a su análisis.

En este sentido, la Carta de Ottawa también declara: “El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes”. (70)

En esa misma línea, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, (60) refiere que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes sobre la salud de las personas. Cuando los trabajos son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales. El trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Esto engloba las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo.

Dicha Comisión establece una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo, como, por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial. La precariedad laboral que perciben las y los trabajadores tiene importantes efectos perjudiciales para su salud física y mental. Las malas condiciones de trabajo pueden hacer que las personas se vean expuestas a toda una serie de riesgos físicos y psíquicos para la salud.

Discursos sanitaristas: diferentes niveles de análisis y abordajes de salud – trabajo-enfermedad.

Para comprender el enfoque y comportamiento de las actuales políticas y estrategias, respecto a la salud de las y los trabajadores en general, es necesario ahondar en el abordaje sanitarista a través del tiempo. Para ello se presentará la descripción conceptual propuesta por Leopoldo Yanes (73).

Yanes describe tres momentos del discurso sanitarista que se corresponden con tres niveles diferentes de análisis de la relación salud- trabajo-enfermedad.

El primer momento, se refiere a la enfermedad como un proceso que se presenta en un organismo. Para resolver ese problema de salud que lo afecta requiere de la medicina y otras ciencias afines. A través de teorías, métodos y técnicas se elaborarán hipótesis presuntivas sobre el cuadro clínico, que permitirán finalmente arribar a un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud, eliminar o reducir al máximo las secuelas. Este enfoque conocido como Modelo Médico, establece una relación con un solo tipo de causa (agente físico o químico) necesaria y suficiente para que se produzca una determinada enfermedad. En el caso de la medicina del trabajo tradicional, este modelo tuvo y aún tiene una amplia dominancia. Es la práctica médica que busca una relación

unicausal entre el ambiente de trabajo y sus consecuencias sobre la salud, tanto en el caso de las enfermedades ocupacionales como en los accidentes de trabajo. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud individual, basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria; la información sociodemográfica requerida para la historia clínica sobre sexo, ocupación, edad, escolaridad, etc., se presenta como datos aislados, abstractos, que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que las personas se enferman o se accidentan en el trabajo.

Respecto al segundo momento del discurso sanitario, Yanes (73), refiere que el individuo ya no se concibe en forma aislada, sino como parte de una comunidad que tiene determinadas características socioeconómicas y culturales, y está expuesto a determinado riesgo de contraer enfermedades. De acuerdo con esto, se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores socioeconómicos, culturales, físicos, químicos, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. La enfermedad se vincula con condiciones deterioradas de vida y de trabajo, como hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación deficiente, presencia de factores físicos, químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos a la salud. Este momento del discurso se ubica en el Modelo Multicausal que permite incorporar el aspecto social para poder explicar la enfermedad, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social al quedarse en lo meramente descriptivo. Este enfoque representa sin duda, un avance cuantitativo respecto al anterior en la concepción de la salud y la enfermedad, y en las prácticas para prevenir los daños y el restablecimiento de la salud.

Por otra parte, Yanes, se refiere al tercer momento del discurso sanitarista, como un nuevo enfoque que busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad y la muerte, los elementos condicionantes del acceso a los servicios de salud, la esperanza de vida de las personas, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel, ubicado en el Modelo de Medicina Social, trata de descubrir la relación entre los fenómenos, las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permiten plantear alternativas de solución dentro de un contexto social históricamente determinado. Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera a los anteriores, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. Lo central de este momento del discurso sanitarista es que el proceso salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en una persona, se trata de un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre los grupos de personas respecto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad; esperanza de vida y muerte; y en el acceso real a los servicios de salud.

Según Yanes (73), en los tres niveles descriptos anteriormente se emplean métodos, técnicas e

instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia radica en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad el problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y su relación con el proceso salud-enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas como pueden ser, entre otros, el experimento social, la observación, la encuesta o la entrevista. En el tercer nivel, se estudia a la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis, el proceso salud enfermedad es parte de esa totalidad. Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse. En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados, pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, y que guía, además el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios. Este tercer momento del discurso sanitarista se caracteriza fundamentalmente en definir la relación salud-enfermedad como un proceso que incorpora el análisis de la realidad social como uno de los elementos determinantes del mismo, de manera que se habla del proceso salud-sociedad y que tiene su expresión más estructurada en el concepto salud-trabajo-enfermedad.

Calidad de Vida Laboral

Por otro lado, se presentará un marco conceptual, desde la perspectiva de varios autores, relacionado con la calidad de vida laboral (CVL), categoría de análisis relativamente joven, constituida por una variedad de definiciones operativas, que aporta a la humanización de los puestos de trabajo; y por consiguiente al equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, contribuyendo a la salud física, mental y emocional de las y los trabajadores, a la vez que reduce el riesgo a desarrollar estrés y enfermedades relacionadas con el trabajo. Además, aporta a mejorar la dignidad de las y los trabajadores/as y al desarrollo humano de las personas y familias.

El concepto de CVL (74), tuvo sus orígenes en una serie de conferencias patrocinadas por el Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos y la Fundación FORD, al final de los años 60 y comienzos de los 70. Estas conferencias fueron impulsadas por el entonces fenómeno de la “alienación del trabajador” simbolizado por las huelgas entre la población activa mayoritariamente joven de la planta General Motors, en Ohio. Los asistentes consideraron que el término iba más allá de la satisfacción del puesto de trabajo y que incluía nociones como la participación al menos en

algunos de los momentos de la toma de decisiones, aumento de la autonomía en el trabajo, y el rediseño de puestos de trabajo, sistemas y estructuras de la organización con el objeto de estimular el aprendizaje, promoción y una forma satisfactoria de interés y participación en el trabajo.

Granados (74) manifiesta que la conceptualización de CVL es compleja debido a la riqueza y naturaleza de los factores objetivos y subjetivos que la constituyen, así como a su disposición temporal en relación a los antecedentes y consecuencias. La autora define, por lo tanto, CVL de la siguiente manera:

Calidad de vida laboral, es la motivación hacia el trabajo; vinculación y necesidad de mantener el equilibrio entre la vida laboral y personal; satisfacción laboral; eficacia y productividad organizacionales; condiciones del entorno socioeconómico; bienestar físico, psicológico y social; relaciones interpersonales; participación del trabajador en el funcionamiento de la organización y en la planificación de sus tareas; autonomía y toma de decisiones de los individuos sobre sus respectivos puestos de trabajo; desarrollo integral del trabajador; estrategias de cambio para conseguir la optimización de la organización; métodos de gerencia de los recursos humanos; condiciones y medio ambiente de trabajo; el trabajador como recurso y no como un costo empresarial / productivo (74).

Moreno Jiménez et al (75), declaran que la CVL del equipo de salud es uno de los temas más relevantes dentro del ámbito de la CVL en general, ya que este grupo de profesionales ha sido identificado como uno de los que corre mayor riesgo de presentar mala CVL, estrés laboral y SBO. Casas et al. (76), definen CVL considerando a las y los trabajadores de la salud. Expresan que CVL es multidimensional y está relacionado con todos los aspectos del trabajo que pueden ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral en las organizaciones de salud. Refieren que pueden establecerse dos grandes dimensiones: la CVL relativa al entorno en que se realiza el trabajo, o condiciones objetivas; y la que se relaciona con las experiencias de las y los trabajadores, o condiciones subjetivas de la CVL. Cada una de estas dos grandes dimensiones está compuesta, a su vez, por constructos más concretos, que son identificados y caracterizados. La identificación de los elementos más relevantes para la CVL en las y los profesionales de la salud, hará posible, según los autores determinar los aspectos que deben ser mejorados en las instituciones de salud para la prevención del estrés laboral, el SBO y otras enfermedades profesionales.

Rodríguez Marín (77), conceptualiza CVL como un sentimiento de satisfacción y bienestar que la persona trabajadora experimenta como consecuencia de su ajuste a realidades correspondientes al trabajo que desempeña y a su contexto; o como el grado en que la actividad laboral que una persona realiza está organizada para contribuir a su más completo desarrollo como ser humano. El autor remarca que ese “grado” es resultado de una evaluación que hace la propia persona. Rodríguez Marín, de igual modo que los autores que lo preceden, menciona que el constructo CVL lo componen o determinan dos dimensiones uno objetivo y otro subjetivo. Y expresa que la dimensión objetiva se

refiere a realidades presentes en el hábitat laboral (físico y social) de la persona, e incluye condiciones ambientales del trabajo (condiciones físicas, y características del puesto de trabajo, horarios, retribución, medio ambiente laboral, beneficios y servicios obtenidos, y posibilidades de carrera profesional), condiciones organizacionales del trabajo, estatus laboral (nivel y seguridad en el empleo más retribución), estatus social y relaciones sociales (apoyo social), y el estatus de salud (salud objetiva). Ese conjunto de realidades comprende las oportunidades que pueden permitir a la persona satisfacer sus necesidades de bienestar, productividad y auto experiencia positiva, promocionando su desarrollo como ser humano; condicionando también su evaluación respecto a su propia vida laboral, que, justamente, constituye la dimensión subjetiva, un estado de ánimo resultado de la medida en que la persona cree que ha alcanzado un determinado grado en su desarrollo como ser humano, que ha alcanzado un “equilibrio” o “ajuste” vital. A esos factores que pueden facilitar o vulnerar el ajuste en el que consiste la CVL, Rodríguez Marín los denomina factores psicosociales de riesgo laboral.

Factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales del trabajo

Es importante diferenciar los significados de factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales del trabajo. Para ello se tomará el marco conceptual Bernardo Moreno Jiménez (78)

Según el reconocido psicólogo (78), los riesgos laborales han ido cambiando a lo largo de la historia. Refiere que en los inicios la/el trabajador carecía de cualquier derecho; su trabajo era su vida y su obligación. Si sufría cualquier daño, parcial o letal, era su suerte. El objetivo del trabajo era obtener unos resultados en el menor tiempo, al margen de los costos, especialmente de los humanos. La Revolución francesa (1789), la aparición de los sindicatos (Siglo XIX), el reconocimiento formal de los Derechos Humanos por las Naciones Unidas (1948), la constitución de los estados democráticos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, suponen directa o indirectamente hitos en la conceptualización de salud, trabajo, y salud laboral que se origina principalmente en el reconocimiento del derecho del trabajador/a a su integridad física, mental y social.

Moreno (78), describe que en la literatura, existen tres formas de referirse a los aspectos psicosociales: como factores psicosociales, como factores psicosociales de riesgo y como riesgos psicosociales; y si bien frecuentemente se utilizan de manera intercambiables, existen aspectos diferenciales en su uso y una cierta gradación en las connotaciones implicadas.

El concepto de factores psicosociales en el trabajo es relativamente reciente. Una de las primeras referencias oficiales al tema aparece en 1984: "Los factores psicosociales en el trabajo" un documento publicado por la OIT en 1986:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal

fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (79).

Moreno (78), manifiesta que el concepto de factores psicosociales en el trabajo expresa la importancia que tienen los factores sociales en la conducta y en la salud de las y los trabajadores, positiva y negativamente. Agrega, que abarcan gran cantidad de aspectos: la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos, remarcando que se mantienen actualizadas el presente.

Además, propone diferenciar factores psicosociales de factores psicosociales de riesgo. Los factores psicosociales son descriptivos, aluden a la estructura organizacional, a las condiciones psicosociales del trabajo como la cultura corporativa, el clima laboral, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo, factores que como tales pueden ser positivos o negativos. Y los factores psicosociales de riesgo son predictivos, ya que se refieren a las condiciones organizacionales cuando tienen una probabilidad de tener efectos lesivos sobre la salud de las y los trabajadores, cuando actúan como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral. Desde esta perspectiva, los factores psicosociales de riesgo, son negativos y pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica. Son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control en el trabajo, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo de trabajo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y otros muchos

A partir de la primera década de este siglo XXI, señala Moreno, se ha comenzado utilizar otra terminología y conceptualización ligeramente diferente, pero de una gran importancia conceptual: los riesgos psicosociales. “Cada vez con mayor frecuencia se habla directamente de los riesgos psicosociales para referirse a una serie de situaciones de gran peso en la vida laboral que pueden afectar gravemente la salud de los trabajadores, tales como violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral y sexual, el estrés laboral crónico, el burnout o desgaste profesional, y la inseguridad contractual” (78). Los riesgos psicosociales laborales son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de dañar gravemente la salud de los trabajadores, física, social o mentalmente. Los riesgos psicosociales laborales son situaciones que afectan habitualmente de forma importante y grave la salud. Mientras que los factores de riesgo psicosocial son habitualmente factores con diferentes niveles de probabilidad de ocasionar daños de todo tipo.

En el presente estudio, de acuerdo a las diferenciaciones conceptuales presentadas, se utilizará el término factores psicosociales de riesgo laboral. Los mismos se abordarán en el Punto D. SBO, subpunto: “Desencadenantes del estrés y el síndrome de burnout” y el punto E. Enfermería, subpunto “Enfermería y los factores psicosociales de riesgo laboral”.

Satisfacción laboral y clima laboral: definiciones

Con el propósito de completar el marco conceptual presentado hasta el momento, se incluirán otras dos definiciones relacionadas directamente con la CVL: la satisfacción y el clima laboral.

La satisfacción laboral, es una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo. Estas actitudes se refieren al trabajo en general o hacia una faceta específica del mismo (80). Chiavenato (81) refiere que la/el empleado espera la satisfacción laboral que será generada por la idoneidad de las tareas, la cultura y el clima organizacional, el espíritu de equipo y de compañerismo, las percepciones salariales y prestaciones, entre otros factores. Y define clima laboral, también nombrado clima o ambiente organizacional, al ambiente interno entre los miembros de la organización, y se relaciona íntimamente con el grado de motivación de sus integrantes. Esto influye en el estado motivacional de las personas, por lo que es favorable cuando satisface las necesidades personales de los integrantes y eleva la moral.

Donawa Torres (82), por otro lado, define la dimensión clima laboral, como un constructo grupal, o sea percepciones compartidas por un grupo u organización respecto a su contexto social-organizacional. Y agrega que el clima laboral es la forma en que las y los empleados de una organización, de manera conjunta juzgan sus propias actividades y se sientan motivados.

Las enfermedades profesionales

Según el tratamiento conceptual del presente capítulo, el trabajo es fuente de desarrollo e integración social de las personas, pero también puede afectar negativamente la salud física y psicológica de las y los trabajadores incrementando el número de accidentes y enfermedades profesionales, si los riesgos laborales y la seguridad no se gestionan adecuadamente, a través de políticas integrales e intersectoriales, que incluyan programas de promoción, prevención, vigilancia, asistencia y control. El informe de la OIT (2019), “Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo”, expresa:

Los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales tienen grandes repercusiones en las personas y en sus familias, no sólo desde el punto de vista económico, sino también en lo que respecta a su bienestar físico y emocional a corto y a largo plazo. Además, pueden tener efectos importantes en las empresas, afectando a la productividad, provocando interrupciones en los procesos de producción con consecuencias para la economía y para la sociedad de manera más general. (83)

Según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-8), citado por la OMS (84), las y los trabajadores de la salud son aquellas personas que ejercen actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud de las personas y comunidad, e incluye profesionales y técnicos/os de la salud, agentes comunitarios, curanderos y practicantes de la medicina tradicional, directivos/as y trabajadores de gestión y apoyo, personal de limpieza, conductores, así como otros grupos profesionales de actividades relacionadas con la salud.

En noviembre de 2022, la OMS declaraba que, durante la pandemia por coronavirus a nivel mundial el 23% de las y los trabajadores de la salud de primera línea sufrieron depresión y ansiedad, y el 39% sufrieron insomnio; además, señalaba que estos trabajadores tienen un mayor riesgo de suicidio en todo el mundo. Y agregaba que las condiciones de trabajo peligrosas que causan enfermedades laborales, accidentes de trabajo y absentismo suponen un costo financiero considerable para el sector de la salud, de hasta el 2% del gasto en salud (84).

Es fundamental en este contexto, presentar una definición de accidente de trabajo y enfermedad profesional. La Superintendencia de Riesgo de Trabajo (SRT) de la República Argentina (85), basándose en los marcos conceptuales de la OIT, define metodológica y operativamente los términos de la siguiente manera: “Accidente de trabajo: acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio de la persona trabajadora y el lugar de trabajo o viceversa (in itinere)”, y “enfermedades profesionales aquellas que son producidas por causa del lugar o del tipo de trabajo”.

Argentina, presenta un Listado de Enfermedades Profesionales (86, 87) aprobado por normativa. En él se identifica el agente de riesgo, los cuadros clínicos, la exposición y actividades en las que suelen producirse estas enfermedades. Este listado contempla enfermedades osteoarticulares, cardiorespiratorias, nefrológicas, hematopoyéticas, neurológicas, psiquiátricas, digestivas, etcétera. Es interesante mencionar un artículo publicado en 2022, por Jorge Kohen (88), doctor en psicología y especialista en medicina del trabajo, el cuál analiza la salud de las y los trabajadores del país, así como los distintos factores que inciden en esta problemática. Parte de un reporte de la Superintendencia de Riesgo de Trabajo (89), sobre enfermedades y accidentología en el ámbito laboral (2021), en el cual se notificaron 489.925 casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y 564 fallecimientos de los cuales 314 ocurrieron en lugar y ocasión del trabajo, y 250 fueron accidentes de trayecto.

Kohen (88), plantea que los cambios en los procesos productivos (pasaje acelerado del capitalismo productivo industrial al capitalismo financiero cognitivo) y los efectos de las dimensiones sanitaria, ideológica, cultural y política que generó dos años de pandemia de la COVID-19, impactó en el campo de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y la conformación de la Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) que tiene por propósito velar por la salud y la seguridad de las y los trabajadores del Estado. El especialista expresa que los fenómenos anteriormente mencionados han puesto de relieve un aspecto esencial que modifica la tradicional forma de estudiar el trabajo y la salud, centrándose en los factores de riesgos psicosociales, elementos fundamentales a ser considerados. Agrega, que el incremento y el surgimiento de nuevas patologías que afectan cada vez a más trabajadores, como el SBO, la depresión, el estrés, el mobbing (también conocido como intimidación y la violencia psicológica o acoso laboral) y el karoshi (muerte por exceso de trabajo), han llevado, que la temática de la salud mental sea considerada una problemática relevante, prioritaria de analizar, reconocer y resolver, junto con los trastornos músculo esqueléticos

y el cáncer ocupacional, otros dos grupos de enfermedades que completan el perfil de morbilidad de las y los trabajadores en la Argentina.

Más adelante, se mencionará el hito que significó para las y los trabajadores en general, especialmente para el equipo de salud, la decisión de la OMS de incorporar el SBO a la Revisión N°11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, considerándolo fenómeno ocupacional (occupational phenomenon) (90).

Es importante subrayar, que el trabajo debe ser analizado y abordado desde una perspectiva psicosocial; y la CVL como un todo indivisible, integrado por elementos interdependientes e interrelacionados; es decir, una relación dialéctica entre la persona y el ambiente laboral, donde el individuo construye y modifica su lugar de trabajo, lo cual impacta en su modo y calidad de vida.

En este contexto, según Vega (91) la necesidad de preservar la salud mental y el equilibrio personal de las y los trabajadores, adquiere preeminencia sobre la defensa de la salud física de forma exclusiva, lo que ilustra la permeabilidad mayor de lo laboral a todas las esferas sociales y humanas. Dicho de otro modo, el trabajo se expande por todos los ámbitos humanos, convirtiendo la salud en un bien de obligada protección. Se siguen necesitando hoy trabajadores “sanos”, concibe el bienestar social como una aspiración universal. Por lo tanto, para la autora, no es posible trabajar sin salud.

También es necesario remarcar, que la mejora de la salud en general, y de la salud mental en particular, de las y los trabajadores requiere de políticas e intervenciones intersectoriales que colaboren estrechamente entre sí, en cuestiones relacionadas con la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo. En este sentido, la OMS, en su Informe mundial sobre salud mental (49), expresa que para mejorar la salud mental de las personas en general, y del grupo de trabajadores en particular, se requieren esfuerzos combinados de los gobiernos, los proveedores de atención de salud, las organizaciones no gubernamentales, el mundo académico, los empleadores, la sociedad civil y otras partes interesadas en contribuir a dicha transformación, ya que revelar la salud mental sigue siendo un tabú en los entornos laborales de todo el mundo.

Salud Ocupacional: definición

El concepto asociado a políticas y acciones de mejoras de la salud de las y los trabajadores en todas las actividades, es el de salud ocupacional. La salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de las y los trabajadores mediante la prevención, vigilancia y control de enfermedades y accidentes, y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Procura además generar y promover el trabajo decente, seguro y sano, así como buenos ambientes de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de las y los trabajadores, promoviendo el fortalecimiento a través del perfeccionamiento y capacitación continua. A la vez busca que las personas lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al

desarrollo sostenible. Es decir, la salud ocupacional favorece el enriquecimiento humano y profesional en el trabajo, impactando favorablemente en la organización y la población en general. (78)

D. Síndrome de burnout

Hasta aquí, la maestranda, ha presentado el marco conceptual de referencia necesario para introducirse en la temática, objeto de estudio de la presente investigación: el SBO en las y los profesionales de enfermería que se desempeñan en UCIA.

En esta sección se abordarán los antecedentes históricos, se presentarán definiciones de diferentes autores estudiosos de la temática, se describirán los factores que contribuyen a su desarrollo, las dimensiones como así también las consecuencias sobre la salud, e impacto en el rendimiento laboral.

Antecedentes históricos del síndrome de burnout

Se partirá haciendo referencia a la etimología del término. Varios autores (22, 60, 93, 94, 95, 96), mencionan que burnout proviene del anglosajón y que traducido al español significa “estar o sentirse quemado por trabajo”. Todos coinciden en que la expresión se utiliza para referir un tipo de estrés laboral crónico, generado específicamente en grupos de personas que se desempeñan en actividades de ayuda y/o servicio, cuyo objeto de trabajo son personas que sufren.

En este sentido, Gutiérrez et al (97), agregan que el SBO es más frecuente en profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación; siendo potencialmente afectados enfermería, medicina, trabajo social, psicología, odontología, docencia, y policía. Sin embargo, Maslach (98) afirma que a partir de la década de los años noventa el concepto de SBO se fue ampliando, incluyendo ocupaciones distintas a la de los servicios humanos, delimitando su alcance a todo profesional que trabaje con clientes de trato directo, y no sólo en personal de ayuda.

Otras/os autores (95,96,99,100), han documentado de igual modo, el origen del SBO en su forma clínica. Si bien las consecuencias fisiológicas del estrés fueron mostradas de manera empírica por Hans Selye en 1936, el SBO fue descrito por primera vez en 1974, por el psicólogo clínico, germano estadounidense Herbert Freudenberger, a partir de observaciones a jóvenes que realizaban trabajo voluntario para la desintoxicación de adictos, en una clínica neoyorquina donde él también trabajaba. En ese contexto notó que luego de laborar más de 10 años, sus compañeras/os, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de energía, idealismo, empatía, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. A raíz de estos hallazgos, explicó que el SBO es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos personales, lo cual deriva en depresión y fatiga como resultado de la devoción a una causa que no produjo la recompensa esperada. Freudenberger tomó la idea de “estar quemado” de la industria aeroespacial, aludiendo al recalentamiento de ciertas piezas de los cohetes cuya falla implica la rotura de las máquinas. Esto

es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante; fue en ese momento cuando introdujo el término SBO por primera vez en la literatura médica.

En los años siguientes, el concepto de SBO no despertó mayor interés en la comunidad científica, hasta la década de los ochenta (22,97,100), cuando la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley en California, Estados Unidos, comienza a estudiar y reflexionar el fenómeno, retomando el término utilizado por Freudenberger para definir SBO.

Los primeros estudios empíricos sistemáticos de Maslach tenían como objetivo el análisis de los estados emocionales de las y los profesionales y sus reacciones a usuarios, relacionándolos con determinadas características de su trabajo (101). En 1982, Maslach (102), comienza a publicar sus trabajos definiendo las bases que conforman el síndrome. Estableció así que el SBO sigue a la presentación de estrés laboral prolongado e involucra cansancio personal, despersonalización y baja realización personal. La influencia de sus trabajos fue tal que, hasta el día de hoy, los principios que ella cimentó siguen siendo aceptados por la comunidad científica.

Años más tarde, Maslach junto al psicólogo Michael Leiter de la Universidad de Acadia Nueva Escocia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el SBO, llamado cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), que, desde su desarrollo en 1986, se convirtió en uno de los test más utilizados en todo el mundo.

A partir de MBI, se han desarrollado otras metodologías y herramientas estadísticas. Entre los instrumentos más recientes se encuentran: Burnout Measure, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, el Inventario de Burnout de Psicólogos, Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería, Cuestionario de Burnout para el Profesorado rev. Holland burnout Assessment Survey, Teacher Burnout Questionnaire y Staff Burnout Scale for Health Professionals Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Oldenburg Burnout Inventory(OLBI) y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, y el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno Jiménez. (100,102)

A partir de estas innovaciones, el SBO ha sido estudiado prácticamente en todas las profesiones. Lovo (102), cita a Juárez-García et al (103) para mencionar que la prevalencia del SBO, depende del tipo de profesión de que se trate, de las demandas que se ejercen en el trabajo, de la percepción que tienen las y los trabajadores sobre su propia realización personal, entre otras variables que ejercen influencia. Resultando las profesiones de medicina y enfermería las más estudiadas y afectadas.

Otros hechos históricos y transcendentales referidos al SBO se han desarrollado en el marco de la OMS. En el año 2000, la OMS declara que el síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo es un factor de riesgo laboral (100), debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre.

Casi veinte años más tarde (mayo 2019), la OMS en el contexto de la reunión N°72 de la Asamblea Mundial, incorpora al SBO, bajo la denominación de “síndrome de desgaste ocupacional”, a la 11.

Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 (90), considerándolo uno de los principales problemas de salud mental, antesala de muchas patologías psíquicas derivadas de un escaso control y carencia de prevención primaria en el trabajo. Además, lo define como un fenómeno exclusivamente ocupacional, que no debería aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida de las personas. Finalmente la OMS (104), en febrero de 2022, anuncia la entrada en vigor del CIE -11, asignándole el código QD85.

Definiciones de síndrome de burnout

Desde su surgimiento el SBO ha sido definido de diversas maneras y estudiado y explicado desde dos perspectivas, una clínica y otra psicosocial.

Desde la perspectiva clínica, su máximo exponente ha sido Freudenberg H. (1974) quien lo definió como “conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (105). En la perspectiva clínica, la atención está centrada en los síntomas y estado de salud mental. La perspectiva psicosocial, en cambio, entiende el SBO como proceso dinámico. Sus máximos exponentes han sido Maslach y Jackson. En esta visión el foco está ubicado en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de las personas partícipes en contextos de servicio (22).

Maslach, Jackson y Leiter (106-107), definen SBO como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas. El SBO es una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas.

En su artículo “Laudatio: Dra. Christina Maslach, comprendiendo el burnout”, Olivares (2017) señala que Maslach actualmente define el SBO “como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo”. Además, reflexionando agrega: “Maslach posiciona a este importante fenómeno como una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral. Un problema socio-laboral consecuencia del estrés laboral crónico, una reacción nociva ante una tensión ocupacional progresiva e intensa” (22).

Otros referentes de la perspectiva psicosocial son Gil Monte (1997), quienes expresan “El síndrome de quemarse por el trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias” (23).

Para Gil Monte (108), el SBO se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables

cognitivo- aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización), incluyendo además de estos tres síntomas, el sentimiento de culpa.

Pérez Jáuregui (2015), expresa que “El Síndrome de Burnout es un tipo específico de estrés laboral, fundamentalmente padecido por profesionales que asisten a personas, profesiones cuyo rasgo esencial es la atención y el cuidado de otros a partir del sostén y escucha, la construcción de una intersubjetividad dirigida al cuidado del otro” (95). La autora agrega que se trata de un trastorno de adaptación entre el/la trabajador/a y la situación estresora. En otras palabras, es una respuesta física y emocional negativa, que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no guardan correspondencia con sus capacidades, recursos o necesidades.

Bernardo Moreno Jiménez (2001), refiere:

El término Desgaste Profesional (burnout) lleva implícito la referencia a un proceso disfuncional de deterioro. El Desgaste Profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción de la persona, aunque se ha estudiado preferentemente en el campo de las profesiones asistenciales y más recientemente se ha extendido a otros tipos de profesiones (109)

Gil Monte (108), refiere que el SBO se manifiesta en profesionales de las organizaciones de servicio (profesionales de enfermería, medicina, maestras/os, funcionarias/os de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto con los usuarios de la organización (pacientes, alumnado, presas/os, indigentes).

Martínez y Guerra (110), citadas por Cialzeta (60) refieren que el SBO es el resultante de una estado prolongado de estrés laboral que afecta a profesionales dedicados a ayudar y apoyar a personas; Abarca síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducción del logro personal. Acompañado de trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Relacionado a elementos laborales/ organizacionales como presencia de tensión e insatisfacción laboral.

Según Gascón et al” (111), el “SBO se define como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado La Organización Internacional del Trabajo, en 2017 define SBO:

El síndrome de agotamiento (burnout) se puede describir como una respuesta prolongada a una exposición crónica a riesgos psicosociales emocionales e interpersonales en el trabajo. Se caracteriza por agotamiento emocional, cinismo (actitudes negativas, deshumanizadas e insensibles hacia las personas que son las

receptoras de los servicios de uno), despersonalización, falta de implicación en el trabajo, bajos niveles de realización personal e ineficacia. (112)

Dejours (2019) analiza el problema del sufrimiento en el trabajo, y define SBO de la siguiente manera: “ tipo específico de estrés laboral padecido sobre todo por profesionales de la salud y educadores que, en su voluntad de adaptarse de un modo eficaz a las demandas y presiones en el trabajo, se esfuerzan de un modo autoexigente desmedido a rendir al máximo de sus fuerzas, comprometiendo seriamente su equilibrio y salud” (113).

Christophe Dejours (113), remarca la importancia de los daños psicológicos originados a causa de las condiciones laborales adversas. Advierte, por un lado, sobre nuevos fenómenos, además de las patologías de sobrecarga ya conocidas. Menciona patologías postraumáticas secundarias a violencia física y social, acoso laboral y cuadros depresivos que pueden presentar desenlace trágico, como el “karoshi” o suicidio en el trabajo, a causa de la sobre exigencia desmedida sobre las y los trabajadores, descrito por primera vez en Japón y que se ha empezado a debatir en sociedades como Francia, Taiwán, Corea del Sur y China, evento mencionado también por Pérez Jáuregui en su artículo (95). Por otro lado, señala que la salud mental de las y los trabajadores en el mundo de trabajo depende fundamentalmente de los otros, y sobre todo de las relaciones de solidaridad, por lo tanto, las acciones preventivas, deben estar orientadas a la reconstrucción de los vínculos colectivos, basados en relaciones de confianza, respeto mutuo, cooperación y solidaridad.

Por último, se hará referencia a la definición más actuales de la OMS, descrita en el CIE-11 (2022):

Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida (104).

Como puede observarse, las definiciones presentan más similitudes que diferencias. Hay quienes lo denominan SBO, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la quemazón, síndrome de desgaste ocupacional/laboral, síndrome de desgaste profesional, síndrome de fatiga laboral, entre otras. No obstante, todas las descripciones coinciden en que se trata de un fenómeno socio ocupacional, que tiene su origen en la calidad de vida laboral, en el entorno psicosocial del trabajo, en la tensión producida por la interacción conflictiva entre la/el trabajador y su empleo, y no en la/el trabajador en sí mismo. En este sentido, y de acuerdo a su prevalencia, asocian el síndrome con trabajadores que ofrecen cuidados/servicios a otras personas de forma prolongada, próxima y continua, aunque en los últimos años aceptan que puede manifestarse en otras ocupaciones, con menor frecuencia. Otro aspecto relevante, mencionado por la mayoría de las y los autores se refiere a su desarrollo secuencial, es decir, a un proceso dinámico que se manifiesta a través del tiempo, identificando tres dimensiones características agotamiento o cansancio emocional,

despersonalización o endurecimiento, y baja realización personal en el trabajo; debido a ello algunos autores incluso lo definen síndrome tridimensional. Afecta la salud física y mental de las personas que lo sufren, así como sus relaciones interpersonales dentro y fuera del ámbito laboral; impactando a su vez, en la calidad de los servicios de las organizaciones. Finalmente, otro consenso entre las y los autores, es entender el SBO como una respuesta individual al estrés laboral crónico. Este último aspecto requiere presentar una diferenciación conceptual entre ambos procesos.

Diferenciación conceptual entre estrés, estrés laboral y síndrome de burnout

Se partirá diciendo que estrés (114) es un problema que está presente en todas las etapas de la vida de las personas, y el estrés laboral, por su parte, es un problema de salud ocupacional, multicausal e intersectorial.

Las primeras investigaciones científicas acerca del estrés comenzaron a desarrollarse a partir de mediados de siglo XX (1956), y se les atribuyen a Hans Selye (115), considerado padre del estrés y pionero del estudio de las reacciones psicológicas ante estímulos físicos y químicos adversos. Selye, señalaba que el “estrés era una respuesta no específica del organismo resultante de una demanda exterior sobre el mismo, teniendo efectos mentales o somáticos”. Una de las aportaciones de Selye fue el Síndrome de Adaptación General, el cual consta de tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

Según Lovo (102), el estrés “es una respuesta adaptativa que prepara al individuo, para una reacción de huida o lucha, que le protege y favorece la conservación de la especie”. Kopp et al. (116) explican que cuando la persona es sometida a una situación de sobredemanda y logra adaptarse, se le conoce como eustrés. Las y los autores refieren que estas respuestas eficaces y controladas son necesarias para la adaptación al entorno, y agregan que los estilos de vida actuales generan múltiples estresores que se prolongan en el tiempo; y que los factores relacionados con el trabajo son uno de los estresores más comunes. La experiencia subjetiva de la persistencia en el tiempo de sobredemandas laborales, favorece el desarrollo de estrés agudo que luego se torna crónico.

Hsu et al. (117), describen los aspectos fisiológicos del estrés. En la persona, la información percibida sobre el estresor es recibida por el tálamo, luego se activa el córtex prefrontal (capacidad de decidir, memoria a corto plazo y atención) junto con el sistema límbico (comparaciones entre la nueva situación y experiencias previas del individuo). Finalmente, llega la respuesta general del organismo, poniendo en acción a la amígdala y al hipocampo, con la subsecuente activación del complejo hipotálamo-hipófisis, que da inicio a la respuesta hormonal ante la situación de estrés.

El síndrome general de adaptación ante el estrés, como ya se mencionó en párrafos anteriores, presenta tres fases. Duval et al (118). describen cada una de ellas de la siguiente manera:

1. La alerta (alarma): como respuesta al estresor, las glándulas suprarrenales se ven estimuladas por el hipotálamo para que secreten adrenalina. El fin de esto es producir la energía necesaria ante una

respuesta inmediata (aumenta el estado de vigilancia, la frecuencia cardíaca y se produce una vasoconstricción con el objetivo de desplazar los nutrientes a los órganos más esenciales ante la respuesta).

2. La defensa (resistencia): solo se activa si la respuesta estresante se prolonga en el tiempo. El cortisol es la hormona que será secretada por las suprarrenales; este se encarga de mantener los niveles de glucosa en sangre constantes, de manera que no falten nutrientes a órganos esenciales. De esta forma, la adrenalina aporta inmediatamente la energía que se requiere y el cortisol se asegura de que las reservas no sufran disminución. Si la situación no se resuelve en estas dos fases, se presenta la fase tres.

3. Agotamiento: con las subsecuentes alteraciones hormonales crónicas, que se manifiestan con síntomas psicológicos y físicos. El organismo se desborda en su propia respuesta, las hormonas secretadas comienzan a mostrar menos eficacia y tienden a acumularse en el torrente sanguíneo, generando a su vez una secuencia de eventos negativos. Cada fase, ante la persistencia del estresor laboral, irá generando signos y síntomas, tanto somáticos como psicológicos, que será la parte visible de la reacción general que indica que el individuo está sufriendo.

Starvroula (119), define estrés laboral como una reacción que presenta una persona que trabaja ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar una situación. El autor, describe que una o un trabajador que está estresado presenta con mayor frecuencia enfermedades, está poco motivado, es menos productivo y tiene menos seguridad laboral. Agrega, que, si bien el estrés puede producirse en situaciones laborales muy diversas, se agrava cuando el empleado/a no recibe el suficiente apoyo de sus supervisores y colegas y cuando cuenta con un control limitado o fragmentado sobre su trabajo y la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales.

Según la OIT, estrés laboral e define como:

La respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa. (120).

Patlán Pérez (114,121) refiere, que el estrés laboral es un estado psicológico, caracterizado por reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento. Que también puede ser considerado una reacción o respuesta física, emocional, cognitiva y psicológica ante situaciones laborales demandantes que exceden los recursos laborales y personales y que cuando no se tiene control para hacerles frente, se generan consecuencias en la salud de los trabajadores, como podría ser el SBO.

Una vez definido estrés laboral, y retomando la diferenciación conceptual entre este y SBO, se mencionarán algunos autores:

Halbesleben y Buckley (122), quienes expresan que el SBO se configuraría como una de las variadas respuestas del estrés laboral crónico existiendo un solapamiento continuo entre las respuestas (psicológicas, fisiológicas y conductuales) y lo que son sus consecuencias.

Olivarez (22), remarca que el elemento que delimita el concepto de SBO respecto del concepto de estrés laboral lo constituye la posibilidad de incluir el SBO en la etapa final de un curso de estrés laboral crónico.

Maslach (123), menciona otro aspecto diferenciador entre estos dos conceptos: el estrés puede ser entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para el individuo, mientras que el SBO sólo tendría efectos de índole negativo.

Siguiendo la línea de pensamiento de Maslach, Joffre Velázquez et al. (124) en su artículo "Síndrome de burnout y estrés laboral", explica que las exigencias del ámbito laboral inevitablemente generan tensión, sin embargo, cierto nivel de presión sobre las y los trabajadores puede ser aceptable y positivo en la medida que los mantiene activos, con motivación, interés y estructura, lo que retroalimenta al conseguir secundariamente logros y estímulos (125). Pero cuando el nivel de tolerancia al estrés es deficiente o bien las tensiones externas son demasiadas, la persona puede manifestar múltiples trastornos no solo en el aspecto mental o conductual sino también en el físico (126-128). En términos generales, un trabajo saludable será aquél en que la presión sobre las y los trabajadores, según Joffre Velázquez (124), se corresponda con sus capacidades y habilidades, y el grado de control que logra ejercer sobre sus actividades. Si esto no ocurre sobrevendrá en la/el trabajador el estrés laboral crónico, cuya complicación a su vez es el denominado SBO.

También es importante observar las diferencias conceptuales entre estrés laboral, ocupacional y organizacional. En este sentido Patlán Pérez (114) señala que la diferencia de estos tres conceptos radica en que el estrés laboral surge como una reacción del trabajador/a ante las exigencias y demandas laborales. El estrés ocupacional es resultado de las características del puesto que desempeña y el estrés organizacional es la respuesta a un conjunto de situaciones de trabajo a las que se enfrenta la persona cuando trabaja en una organización. Sin embargo, estos tres conceptos coinciden en que el estrés se produce en el desempeño del trabajo. Para fines del presente estudio se utilizarán como sinónimo, sin dejar de considerar que los factores antecedentes, así como los estresores tienen su origen en el trabajo y la organización, además de los factores extra laborales y las características individuales.

Desencadenantes del estrés laboral y síndrome de burnout

Seguidamente, se presentarán los factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de estrés laboral crónico y SBO entre otros problemas de la salud.

Se incluirán conceptualizaciones de diversos autores que han considerado los complejos procesos psicosociales originados en el entorno de trabajo. Estas conceptualizaciones tienen en cuenta la interdependencia entre los aspectos psicológicos y sociales que configuran la realidad laboral de las y los profesionales de la salud.

En primer lugar se hará referencia a Peiró (129), quien considera en línea con lo antes dicho, los componentes sociales y colectivos, como así también el contexto laboral para describir los principales agentes estresores de la siguiente manera:

1. Factores estresantes del entorno físico que podrían generar estrés en el lugar de trabajo: el ruido, vibraciones, luz, temperatura, humedad, etc.
2. Demandas del propio trabajo: la propia actividad laboral, la sobrecarga de trabajo o a la exposición de riesgos.
3. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas a realizar son además potenciales desencadenantes del estrés laboral. Entre ellos la oportunidad de control, el uso de habilidades que hacen posible completar las tareas, la retroalimentación recibida al hacer las tareas por cuenta propia, la naturaleza de la tarea y la minuciosidad del propio trabajo. El desempeño de roles plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral.
4. Las relaciones interpersonales y grupales pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas compañeros superiores o subordinados.
5. El desarrollo de la carrera, en sus múltiples aspectos. Como la inseguridad laboral, varias transiciones de rol y situaciones en distintas etapas de desarrollo.
6. Aspectos relacionados con las nuevas tecnologías, son fuentes potenciales de estrés.
7. Componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes como una centralización muy excesiva o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
8. Finalmente, la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

En segundo lugar, se hará referencia a las conceptualizaciones de Rodríguez Marín (77) y Granados (74). Estas/os autores, desde un enfoque interactivo, integral, y sistémico presentan una serie de elementos interdependientes e interrelacionados que articulados entre sí, conforman un todo indisociable al que ambos denominan calidad de vida laboral como ya se ha mencionado antes.

Los elementos o factores psicosociales de riesgo laboral, según Rodríguez Marín (77), pueden facilitar o vulnerar el “ajuste” en el que consiste la calidad de vida laboral. Pudiendo generar un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento que determinan un estado caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, con sensación de no poder hacer nada frente a la situación. En otras palabras, estos factores, pueden alterar el ajuste de la persona a su entorno laboral, afectar su salud física, psíquica o social, el desarrollo del trabajo, y su

rendimiento, constituyéndose, por lo tanto, en estresores laborales.

Rodríguez Marín (77), describe los diez factores psicosociales de riesgo más relevantes de la calidad de vida laboral en el ámbito de los servicios de salud, y los presenta de la siguiente manera:

- 1- Entorno físico sanitario: riesgos físicos (radiaciones, ruidos, etc.), químicos (gases anestésicos, etc.), biológicos (infecciones víricas y bacterianas), relacionados con la fatiga física (posturales, cargas excesivas), y edilicios (falta de espacio físico o inadecuación del mismo, iluminación inadecuada, etc.)
- 2- Demandas del trabajo: el trabajo por turnos y trabajo nocturno, la sobrecarga de trabajo, y la exposición a riesgos y peligros propios del medio sanitario (130). En este entorno laboral, la frustración relativa puede ser muy alta, pudiendo generar sentimientos de desilusión y tensión emocional en las y los profesionales de la salud, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional (131). Por otro lado, es importante considerar que la atención a un número elevado de personas en tiempos cortos genera efectos negativos: cuanto más número de pacientes tiene que atender la/el profesional de la salud, tanto más tiende a concentrarse en sus problemas biológicos graves y urgentes, dejando sin atender otros aspectos de su vida; ello conduce inexorablemente a un conocimiento incompleto de su paciente (132).
- 3- Contenidos del trabajo: los contenidos del trabajo o las características de las tareas que realizan son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Entre ellos la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, el feedback que reciben por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo (129). Con una cierta frecuencia en los contextos sanitarios, no existen los conocimientos o las tecnologías suficientes o necesarias para controlar la enfermedad, o, lo que es peor, aun existiendo, la/el profesional no puede controlar los resultados del tratamiento (133).
- 4- Elementos económicos y contractuales: el salario satisfactorio y la estabilidad del puesto de trabajo tienen una relación positiva con la satisfacción laboral y con el compromiso con la organización. Sin embargo, puede presentar también una relación negativa con la ansiedad, depresión, irritación, quejas somáticas, úlceras, así como con insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses, etc. (134).
- 5- Desempeño de rol y ambigüedad de rol: Rodríguez Marín (77) cita a Gil-Monte, Peiró y Valcárcel para definirlo de la siguiente manera: “El conflicto de rol, en su sentido más estricto, como incompatibilidad entre expectativas comportamentales emitidas sobre el profesional sanitario por parte de otros actores del sistema, se ha revelado igualmente como uno de los factores de estrés ocupacional más significativos, sobre todo en el personal de enfermería” (135). El autor agrega que en el marco sanitario la ambigüedad de rol es frecuente. Menciona que la tradicional distinción entre los profesionales de la salud establece, a modo de ejemplo, que el rol del médico se centra en la cura, mientras que el rol del personal de enfermería se centra en el cuidado de la persona, no obstante, en

la observación del trabajo cotidiano de ambos grupos profesionales la distinción es más teórica que real. Rodríguez Marín, concluye expresando que la importancia de la ambigüedad de rol, podría ser la génesis del estrés ocupacional en el personal de enfermería.

6- Nuevas tecnologías de la información y comunicación: el mismo Rodríguez Marín (77) refiere que en los servicios sanitarios, cada día se plantean más demandas en relación con el uso habitual de las nuevas tecnologías, unidas a una invasión de la privacidad, reducción de los contactos sociales e interacción social; y que ello, no se presenta acompañado por sistemas de apoyo para el aprendizaje y/o actualización de los programas.

7- Dificultades en las relaciones interpersonales: Padierna JA y Padierna JL (136), citados por Rodríguez Marín (77) establecen que las dificultades en las relaciones interpersonales, se trata de problemas generados por presencia y densidad social en los lugares de trabajo, falta de calidad de las relaciones, tanto relaciones con los superiores (tratamiento desconsiderado, favoritismo, estilo crítico, falta de consideración, etc.), como relaciones con los compañeros, pero, sobre todo, las relaciones con usuarios. El trato con las personas, y sus familias, la comunicación con ellos, es una fuente de tensión emocional. Dar malas noticias es uno de los ejemplos más frecuentes. Estos problemas favorecen los errores diagnósticos, deterioran la salud las y los propios profesionales y están asociados a absentismo, bajas por enfermedad, la insatisfacción de los pacientes, etc.

8- Desarrollo de la carrera profesional: Rodríguez Marín cita a Pérez et al. para describir el presente factor: “las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la carrera profesional, así como las facilidades para la formación constituyen importantes factores motivacionales, por cuanto permiten un mayor desarrollo de la persona, un aumento de la autonomía laboral y la posibilidad de realizar tareas más interesantes y significativas”. (134)

9- Características de la propia organización de salud: Rodríguez Marín (48) (77) refiere que las características de la propia estructura organizacional de la institución de salud, como por ejemplo: la centralización de la toma de decisiones, el nivel jerárquico de un trabajador, la participación de los empleados en la toma de decisiones, la comunicación, la percepción del grupo de estar integrado en la institución, la supervisión adecuada, la formalización de los procedimientos, la autonomía del trabajo, entre otras. Todo ello permite a las y los trabajadores tomar conciencia de que son parte importante de la organización, clarificar sus expectativas, aumentar la autoconfianza y reducir el estrés. A la inversa, su ausencia implica una mala calidad de vida laboral.

10- Factores extraorganizacionales. Rodríguez Marín, para describir los factores extra organizacionales se centra fundamentalmente en los conflictos derivados de la relación trabajo-familia, para ello cita a Peiró: “acontecimientos en el ámbito familiar cuya experiencia desborda ese ámbito y alcanza el ámbito laboral. La esfera privada y el desempeño de la actividad laboral se influyen mutuamente. En el caso de los profesionales sanitarios la incidencia de estos factores es muy frecuente e importante” (137).

Granados (74), a los factores psicosociales o condicionantes de la calidad de vida laboral, los agrupa en objetivos y subjetivos, y los describe de la siguiente manera:

1. Condiciones objetivas

1.1 Medioambiente físico: Se presentan en todo tipo de trabajos, riesgos laborales: se clasifican en físicos, químicos, biológicos, entre otros.

- Fatiga física, relacionada a riesgos posturales, cargas excesivas, etc. son otros de los factores que intervienen directamente en la calidad de vida laboral, y cuya presencia genera la disminución de esta, aumentando el riesgo a desarrollar estrés laboral.

- Los accidentes laborales constituyen una amplia fuente de insatisfacción laboral. Generan a su vez grandes pérdidas personales y organizacionales, pudiendo ser estas tan graves que inhabiliten al trabajador de por vida, o se llegue a perder la vida como consecuencia de este.

- Falta de espacio físico en el lugar de trabajo o la inadecuación al este, así como el deficiente mobiliario, iluminación, ventilación, calidad deficiente del aire y la presencia excesiva de agentes irritantes o contaminantes, etc.

1.2 Medioambiente tecnológico:

- No contar con los equipos e instrumentos necesarios para realizar el trabajo de manera adecuada, constituye una dimensión del medio ambiente tecnológico que afecta a la/el trabajador de manera negativa. Generando en las y los profesionales frustración, ansiedad, falta de motivación, insatisfacción laboral; y a nivel de organización retrasos en los trabajos.

- El déficit en el mantenimiento o suministro de elementos imposibilita a las y los profesionales seguir sus labores de manera “normal”. Esta situación les genera malestar, estrés, ansiedad, frustración y disminuye su eficiencia.

1.3 Medioambiente contractual

- Las personas distinguen entre las contribuciones que estos aportan en su trabajo y las compensaciones que estos reciben por ellas (sueldo). Cuando los trabajadores perciben que la relación entre su salario y su rendimiento no es justa se puede producir insatisfacción, absentismo, deseos de abandonar la empresa, bajo rendimiento, falta de dedicación, conflicto de intereses, etc.

- La estabilidad en el puesto de trabajo es un factor importante, ya que está demostrada su relación directa con la satisfacción laboral y el compromiso organizacional. Su ausencia genera alteraciones como el estrés, ansiedad, depresión, somatización, entre otras

1.4 Medioambiente productivo

- Los horarios de trabajo muy prolongados o rotativos constituyen un factor importante en la vida de las y los trabajadores; estas personas experimentan dificultades para mantener buenas relaciones sociales y familiares, genera impedimentos para el esparcimiento y limita la posibilidad de capacitación y/o actualización profesional. Además, es importante resaltar los problemas de insomnio, fatiga y alteraciones del ritmo circadiano, lo que afecta de manera directa su calidad de vida laboral.

- La sobrecarga laboral. Granados, cita a Fernández et al (138) para explicar que la sobrecarga laboral puede ser cuantitativa (exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo, o un exceso de horas de trabajo) o cualitativa (excesiva demanda en relación a las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador o un gran nivel de responsabilidad en la toma de decisiones). Ambas formas constituyen un agente generador de estrés e insatisfacción laboral.
- La falta de tareas, tareas rutinarias y aburridas durante la jornada laboral son otras de las dimensiones que afectan la calidad de vida laboral. Las y los trabajadores que afrontan estas situaciones se sienten desmotivados, insatisfechos, frustrados y aburridos en el trabajo.
- Las oportunidades de promoción, ascenso, y posibilidades de formación constituyen un factor motivacional, el cual incrementa la CVL. Ello contribuye al desarrollo personal, en la medida que adquieren mayor autonomía en el trabajo, e incrementan las posibilidades de realizar tareas más interesantes y significativas.

2- Condiciones subjetivas

2.1 Esfera privada y mundo laboral

Los problemas fuera de la esfera laboral (extralaborales) tales como la enfermedad de miembros de la familia, problemas de tipo afectivo, necesidad de atención extra a las y los hijos constituyen una dimensión que repercuten de manera directa en la calidad de vida y calidad de vida laboral de quien las experimenta. Caso contrario, las exigencias del trabajo pueden llevar a las y los trabajadores a dejar de lado no solo las responsabilidades familiares, sino también las relaciones sociales.

2.2 Individuo y actividad profesional

Granados cita, por un lado, a Peiró et al. (139) para describir esta dimensión relacionada con la utilización y desarrollo de conocimientos, destrezas y habilidades, con el fin de alcanzar las metas profesionales, lo cual constituye un factor motivador, ya que produce sentimientos de logro y satisfacción de las y los trabajadores. Por otro lado, menciona a Casas et al. (76) quien destaca que la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones son dimensiones fundamentales para la satisfacción laboral.

2.3 Organización y función directiva

Casas et al. citado por Granados, refieren “ Las relaciones entre miembros de los grupos de trabajo constituyen un factor primordial para la salud personal y organizacional” (76). En este sentido, las y los autores valoran las relaciones e interacciones entre compañeras y compañeros de trabajo, especialmente con el propósito de construir y compartir conocimientos y experiencias, como así también generar lazos sociales. Peiró (137) agrega que la ausencia de contacto, comunicación y la falta de cooperación y apoyo entre trabajadores pueden producir un elevado nivel de estrés y tensión entre los miembros del grupo. Granados, por su parte, manifiesta que a medida que estas relaciones son vagas o inexistentes, se presentan problemas relacionados con el trabajo en equipo; y cuanto mayor es la cohesión de los miembros del grupo mayor es la motivación.

Como se ha podido apreciar, Rodríguez Marín y Granados, ambos estudiosos de la calidad de vida laboral, coinciden en la descripción de los factores psicosociales de riesgo claves, considerando tanto la dimensión objetiva y la subjetiva de las y los trabajadores centradas fundamentalmente en las demandas del trabajo, la importancia de las relaciones interpersonales y el desarrollo de la carrera profesional.

Finalmente, se mencionará que en la literatura algunos autores, además de los descriptos, señalan factores individuales, propios de la persona como, por ejemplo:

- Edad, relacionada con la experiencia o antigüedad laboral (100,140,141).
- Rasgos de personalidad: por un lado, personalidades extremadamente competitivas, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otras personalidades con alto sentido de altruismo e idealismo (100,141). En este sentido Gil Monte (108) expresa que el idealismo y los sentimientos altruistas llevan a las y los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas.
- Inadecuada formación profesional (100,141), por ejemplo, excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.
- Respecto al género, no se encontró consenso. Hay autores que expresan que las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas que se generan en el trabajo (100,141); y quienes, por otro lado, refieren que las mujeres, sobre todo las solteras, están más proclives a presentar SBO (140). Respecto a lo último, Patlán Pérez (114) refiere que las mujeres presentan un mayor agotamiento emocional derivado del cumplimiento de demandas provenientes tanto del trabajo como del hogar, es decir como consecuencia de la doble carga de trabajo. En este mismo sentido, la OIT (120), refiere que el género femenino se asocia con un creciente riesgo de sufrir SBO, debido a varios factores psicosociales relacionados, por un lado el doble papel que tienen que jugar en el hogar y en el trabajo; y por otro, los roles de género de la sociedad y la influencia de las expectativas sociales, el riesgo de acoso sexual en el trabajo y la violencia doméstica y la discriminación de género reflejada en las condiciones de trabajo desfavorables, los salarios inferiores y en las mayores exigencias del trabajo. Por otro lado, Gil Monte et al. (135), expresan que los hombres puntúan más alto que las mujeres en la dimensión despersonalización, declaran que en definitiva estas variaciones respecto al género dependerán de la manera en que se establecen los diferentes patrones de relaciones entre los antecedentes y consecuentes de los sujetos que componen la muestra en un estudio; finalmente sugieren continuar estudiando los factores sociodemográficos.

Dimensiones del síndrome de burnout

Olivares (22), manifiesta que existe gran dificultad y confusión para identificar los síntomas del SBO, dada la gran cantidad de fenómenos asociados al trastorno identificando en la literatura más de 100 síntomas. Sin embargo el autor afirma que existe consenso respecto a las dimensiones establecidas por sus pioneras, Maslach y Jackson, quienes se han referido al SBO como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (142). Dichas autoras describen cada dimensión de la siguiente manera:

- Agotamiento emocional, también llamado cansancio emocional, es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que las personas presentan sentimientos de estar emocionalmente agotadas y sobrepasadas en cuanto a sus recursos emocionales.
- Despersonalización, implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generando sentimientos demasiado distantes hacía otras personas.
- Falta de realización personal en el trabajo, se refiere a la disminución de los sentimientos de competencia y, éxito en el trabajo.

Gil Monte (108) (143), coinciden con Maslach y Jackson, describiendo tres dimensiones:

- Agotamiento emocional (variables emocionales): las y los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de cansancio por agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios; una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (en este caso pacientes).
- Despersonalización (variables actitudinales): desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por las y los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que las culpen de sus problemas.
- Falta de realización personal en el trabajo (variables cognitivo-aptitudinales): tendencia de las y los profesionales a evaluarse negativamente. El autor refiere que esta forma de evaluación negativa afecta las habilidades para la realización del trabajo y las relaciones con las personas a las que atienden (pacientes y familiares), sintiéndose a su vez descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

Gil Monte y Peiró (23), y Gil Monte (108), manifiestan que el SBO, se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. El síndrome debe considerarse un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés. En otras palabras, si el estrés laboral permanece a lo largo del tiempo, puede producir consecuencias nocivas para el/la trabajadora, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.).

Curso del síndrome de burnout

Rivera Delgado (144), indica en su trabajo doctoral, que todo sujeto con SBO también padece de estrés laboral; sin embargo, no todo sujeto que experimenta períodos de estrés llegará a desarrollar o padecer SBO. Es decir, que en el SBO se encuentran muchos elementos característicos propios del estrés, sin que ocurra lo mismo a la inversa y siendo ambos dos conceptos distintos como ya se ha mencionado antes.

Gutiérrez Aceves (97), Sarobio (100), al igual que Cialzeta (60) y Thomaé et al. (141) refieren que la progresión del síndrome no es lineal, pudiendo repetirse a lo largo del tiempo de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. Además, agregan que los síntomas emergen de forma insidiosa, paulatina, no súbita; pudiendo presentarse en mayor o menor grado.

La literatura consultada (60,97,100,141,145), establece cuatro niveles, o estadios de evolución de la enfermedad, alertando que éstos no siempre están bien definidos:

1. Forma leve: dificultad para levantarse por la mañana, cansancio patológico. Las personas afectadas presentan síntomas físicos, inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), y se vuelven poco operativos/as.
2. Forma moderada: distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa aparece el insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.
3. Forma grave: mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
4. Forma extrema: aislamiento marcado, crisis existencial, cuadros psiquiátricos, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Consecuencias del síndrome de burnout

Las consecuencias negativas del SBO son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional (97,102,111,146). Encontrándose sentimientos de minusvalía, bajo autoconcepto, mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas y alcohol, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual; actitudes negativas hacia el trabajo, pérdida de interés hacia los clientes, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores y accidentes, baja calidad del servicio y atención a usuarios.

A lo antes dicho, la OIT (120), agrega problemas de salud como hipertensión e infarto de miocardio, trastornos de sueño y quejas neurovegetativas y funcionales.

Para profundizar sobre este tema, se citará además a Gil Monte y Peiró (108) (23) quienes establecen una clasificación, ordenando consecuencias para las y los trabajadores y consecuencias para la organización:

- 1) Dentro de las consecuencias para la persona los autores establecen 4 grandes categorías:
 - a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, alienación, ansiedad, impotencia y omnipotencia.
 - b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.
 - c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.
 - d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).
- 2) Consecuencias para la organización. Cuando sus trabajadores se vean afectadas/os de forma significativa por el SBO, se presentan los siguientes índices:
 - (a) Deterioro de la calidad asistencial.
 - (b) Baja satisfacción laboral.
 - (c) Absentismo laboral elevado.
 - (d) Tendencia al abandono del puesto y/o de la organización.
 - (e) Disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales.
 - (f) Aumento de los conflictos interpersonales con compañeras/os, usuarios y supervisores.
 - (g) Disminución de la calidad de vida laboral de las y los profesionales.

Como puede observarse, la presencia de SBO, afecta todas las esferas de las personas que lo sufren, impactando en su salud física, mental, emocional, cognitiva, familiar como así también en el ámbito organizacional y social; aspectos que deben ser considerados en la planificación de las estrategias para prevenir y abordar el síndrome.

E. Enfermería

Hasta aquí, se presentaron los conceptos y descriptores de salud, salud mental, trabajo, SBO en términos generales. A partir de este momento, el marco teórico se centrará en describir y desarrollar específicamente estos temas en las y los profesionales de la enfermería.

Definición

Según el CIE, “la enfermería es parte integral del sistema de atención de salud, y abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la comunidad” y aclara que el objeto de estudio y preocupación de enfermería son “las respuestas a los problemas de salud efectivos o potenciales por parte de personas, familias y grupos”, Refiere además que las respuestas humanas conforman un amplio abanico que va desde las reacciones para el restablecimiento de la salud ante un episodio individual de enfermedad hasta la elaboración de políticas para promover la salud de una población a largo plazo (147).

El CIE (147), cita a Henderson para explicar que la función única de la enfermería en el cuidado de las personas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible.

Finalmente, el CIE, menciona que las y los enfermeros en el entorno sanitario global, comparten con otras/os profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas. La Dra. Margaret Chan, en el Prólogo de las “Directrices globales para el fortalecimiento de la enfermería y la obstetricia 2016-2020”, declara que “Las enfermeras responden a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos y a lo largo de todo el ciclo vital. Su función es esencial para lograr algunos mandatos globales como la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.” (148)

En estas conceptualizaciones, se distingue el valor, importancia y mandato de la enfermería a nivel nacional, regional e internacional. La literatura durante décadas ha mencionado que esta profesión es la columna vertebral del sector salud, debido a que las y los enfermeros desempeñan un rol esencial en la atención de la salud de las personas sanas y enfermas en todas las etapas de la vida, contribuyendo a mejorar su bienestar, potenciando su desarrollo, desde una perspectiva humanística, intercultural y holística. Ello quedó ratificado durante la Pandemia de la COVID-19. Durante ese período de emergencia y crisis global, las y los enfermeros se destacaron por responder rápida y efectivamente, ubicándose en la primera línea de lucha contra el coronavirus, ya sea en el primer nivel de atención como en las unidades de cuidados intensivos. Su capacidad de adaptación, resiliencia, y fortaleza emocional fue crucial para afrontar, controlar y superar los desafíos de la pandemia de la COVID-19.

Sin embargo, cuando esas capacidades de adaptación y afrontamiento a los factores psicosociales de riesgo laboral, exacerbados durante la pandemia, se vieron desbordadas, las y los enfermeros comenzaron a presentar problemas físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal que

comprometieron su salud, como así también la seguridad y calidad de los cuidados que proporcionaban, como por ejemplo SBO.

Seguidamente se abordarán los aspectos epistemológicos de la enfermería, con el propósito de comprender su naturaleza, los principios, valores y conocimientos propios que la fundamentan y constituyen como profesión. Ello posibilitará a su vez contextualizar el SBO, y su comportamiento en este colectivo de profesionales.

Epistemología de la profesión de enfermería

León Román (149), refiere que la enfermería es el arte milenario del cuidado, que se ha convertido en una ciencia humana práctica reconocida a mediados del siglo XX. Como toda ciencia, consta de teorías y modelos que le proporcionan un marco teórico conceptual en constante renovación a través de la investigación científica que sustenta sus principios y objetivos, y mejora la práctica diaria a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. Posee, además, un método científico propio de actuación, el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas: mantener y preservar su integridad física, sus creencias y valores personales. El autor expresa que, a través de este método científico de actuación, la enfermería, reconoce a la persona, la familia o grupo social en su contexto y las características individuales para realizar una valoración integral, que le permita identificar las necesidades afectadas, y crear un plan de cuidados que ayude a satisfacerla desde su propia filosofía. La filosofía de Enfermería abarca el conjunto de creencias y valores de la profesión. Implica una búsqueda permanente de conocimientos, determinando la manera de pensar, abordar y actuar sobre los fenómenos, lo que la constituye en un elemento esencial para el desarrollo y la ejecución de la práctica profesional.

Por lo tanto, León Román (149), al igual que otros autores consultados afirman que “enfermería es ciencia y arte” (150-151). Interpretar y comprender estos dos componentes disciplinares, es indispensables para el estudio y análisis de cualquier aspecto relacionado con la profesión.

En un artículo reciente, Rodríguez Bustamante y Báez Hernández (150), retoman estas dos dimensiones, apoyándose en la propuesta de Kim (152): la ciencia de enfermería como base de conocimientos, constituida por los elementos teóricos relacionados con los fenómenos de interés de la disciplina integrada por la estructura epistémica del conocimiento; y el arte de enfermería, como base para la praxis y la aplicación del conocimiento, integrada por las dimensiones de la práctica de enfermería y los patrones del conocimiento.

1) La ciencia de enfermería

Rodríguez Bustamante y Báez Hernández (150), basándose en las ideas Mario Bunge (153), compartida por León Román (149) Trejo (154) y Salamanca (151), refieren que la ciencia del cuidado es concebida como un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse por un conocimiento

racional, sistemático, exacto, fiable y verificable, avalado por la investigación científica y el análisis lógico, cuyo objetivo es la creación de modelos y teorías que proporcionan marcos de referencia para perfeccionar la práctica, a través de la descripción, predicción y el control de los fenómenos de interés disciplinarios.

Luego, para explicarla Rodríguez Bustamante y Báez Hernández (150), hacen referencia a varios paradigmas, no obstante se tomará como elemento rector la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo propuesto por Fawcett (155). Integrada por cinco niveles que parten de lo abstracto a lo concreto:

- a) Metaparadigma: es el componente de mayor abstracción y la estructura de base a partir de la cual el conocimiento puede evolucionar, puesto que incluye términos extremadamente generales y no direccionan actividades como el quehacer práctico e investigativo. Es la tetralogía metaparadigmática: persona, salud, entorno, y cuidados de enfermería. En otras palabras, el metaparadigma, ancla y articula el sistema de engranes que en convergencia movilizan y permiten dirigir el actuar profesional mediante la identificación de los fenómenos únicos y específicos del cuidado.
- b) Filosofías: la función de este nivel radica en comunicar a los integrantes de la disciplina y a la sociedad, sobre las creencias y valores que guían el actuar profesional a través de declaraciones alusivas a las diversas corrientes del pensamiento o paradigmas y maneras de ver los fenómenos disciplinarios.
- c) Modelos conceptuales: conjunto de imágenes y conceptos parcialmente abstractos y generales que conducen a los fenómenos de interés para enfermería
- d) Teorías: Fawcett define este segmento como el conjunto de uno o más conceptos relativamente concretos y específicos, derivados de un modelo conceptual, clasificados por su nivel de abstracción en grandes teorías y teorías de mediano rango.
- e) Indicador empírico: el vínculo entre la teoría y la práctica, que permite analizar matemáticamente, observar y medir la realidad a través de instrumentos de investigación y clínicos para un fenómeno específico. A través de este elemento, el quehacer de la enfermería logra consolidar su actuación ante los ojos del mundo, al pasar de lo distante y a veces frecuente invisibilidad teórica, al operacionalizar la praxis mediante pruebas empíricas que polarizan y visibilizan a la disciplina a través de indicadores de cuidado de enfermería.

Es a través de estos 5 elementos que sistematizan los tópicos teóricos de la disciplina, se logra conseguir ensamblar los componentes medulares que sostienen y guían el actuar enfermero a fin de visibilizar el conjunto de saberes científicos que facultan a sus integrantes para seguir en el desarrollo del conocimiento y posicionamiento ante las diversas corrientes cognitivas que disponen para su aprendizaje, crecimiento y desempeño como profesionales.

2) El arte de enfermería

Kim (152), es citado por Rodríguez Bustamante y Báez Hernández (150), para explicar y tangibilizar

el arte de la enfermería. El quehacer enfermero como práctica de servicio, cuya razón de ser radica en mejorar las experiencias de salud humana, debe ser guiado por un sistema de conocimientos de enfermería que incluya multiplicidad de saberes. Dado que la práctica es deliberativa, está diseñada y destinada a abordar los objetivos y las necesidades particulares de las personas, familias, grupos y/o comunidades; Kim reconoce cinco dimensiones representativas de la práctica de enfermería: la dimensión científica, técnica, ética, estética y la existencial:

- a) Dimensión científica: representa la selección y aplicación de teorías científicas basadas en la racionalidad, la lógica y el poder explicativo que permite responder a las preguntas clínicas de una situación específica, satisfaciendo las necesidades cognitivas de la práctica. En otras palabras, es el conjunto de conocimientos que integran las pautas de actuación profesional guiando y fundamentando el actuar enfermero.
- b) Dimensión técnica: representa la manera en que las técnicas se aplican a situaciones específicas. Se traduce en términos de optimizar, coordinar, contextualizar y flexibilizar el actuar procedimental en busca de la eficacia y eficiencia para resolver los problemas de las personas y atender la particularidad de sus necesidades.
- c) Dimensión ética. Las acciones de cuidado en la práctica de enfermería se rigen en la racionalidad moral, partido de la comprensión holística, la veracidad y la compasión como normativas que guían las obligaciones ante el servicio, la vulnerabilidad de las personas y la población del mundo.
- d) Dimensión estética. Integra la racionalidad estética de las características basadas en la expresión de la práctica, mediante la imaginación, la armonía, el ajuste y diseño de acciones de enfermería individualistas, creativas y armoniosas dentro de una situación clínica específica.
- e) Dimensión existencial. Representa la racionalidad práctica de las características basadas en la experiencia, partiendo de la contextualización, la individualidad y la perspicacia de la enfermera/o, que permite al profesional abordar y solucionar problemas ante la singularidad y variabilidad de los asuntos humanos a través del heurismo.

Rodríguez Bustamante y Báez Hernández, citan a otras/os teóricos, que han aportado otras dimensiones y/o patrones:

- Carper (1956), quien identificó cuatro formas de conocer en la praxis disciplinaria: el patrón empírico, como punto de aprobación al conocimiento; el patrón personal, crucial para entender las experiencias de salud y el bienestar, destacando la singularidad de cada persona al centrarse en la subjetividad del momento. Esto implica conocerse a uno mismo y a los demás, promoviendo relaciones integrales que abordan al ser humano como un todo y contribuyen a su salud individual. El patrón estético aborda un profundo reconocimiento del significado de una circunstancia y como la enfermera implementa recursos creativos para modificarla; y finalmente el patrón ético comprende lo que es bueno, lo que se desea, lo que es correcto y lo que se debe hacer para preservar la vida, mitigar el sufrimiento y promover la salud.
- Benner (1984), sumó a lo anterior el patrón de experiencia en el que se transforman las expectativas

teóricas preconcebidas a través de encuentros con situaciones prácticas reales y no solo como resultado del paso del tiempo.

- Young (158), el de intuición, en el cual la enfermería sabe sin saber cómo, abrirse a sí misma para sentir y comprender las situaciones y respuestas de las personas;
- Munhall (159), el de desconocimiento, donde se interactúa con total ignorancia sobre la vida del otro.
- Chinn y Krammer (160) incluyeron el patrón emancipatorio, que cristaliza la capacidad de reflexión en términos sociales, políticos y culturales, para lograr identificar problemas de injusticia e inequidad dentro de las instituciones y para crear condiciones justas y equitativas para todos.

Rodríguez Bustamante y Báez Hernández, refieren que los enfoques actuales del conocimiento enfermero continuarán cambiando con el tiempo, en la medida que se modifiquen los valores, recursos y necesidades de la sociedad.

Para concluir esto y a modo de síntesis, se puede inferir que enfermería es ciencia y arte. A diario utiliza el método científico aplicando el proceso de atención de enfermería para resolver los problemas de su competencia; basándose en un marco teórico conceptual propio constituido por teorías y modelos que la sustentan como profesión, y fundamentan su quehacer autónomo e indelegable.

El arte, es el conocimiento práctico, manifiesto en la relación interpersonal y en la utilización de técnicas y procedimientos, que le permiten potenciar a la persona (149). Por lo tanto, el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado de la persona y la comunidad, dedicado a promover la salud integral y su bienestar. Dicho en otras palabras, en la experiencia humana y social que significa el cuidado, se fusionan los conocimientos científicos (manifestados en dimensiones o patrones) y la praxis enfermera. El cuidado, por consiguiente, implica una relación persona- persona, donde una refiere a las y los profesionales de la enfermería y otra al sujeto de cuidado. En ese encuentro humanístico, terapéutico, directo, próximo y constante, ambos se transforman.

Enfermería y los factores psicosociales de riesgo laboral

“Piense en lo inaudita que es la 'compleción' o 'plenitud' de alma y cuerpo. Cada persona cree que gozar de buena salud es un reto exigente para uno mismo, así que piense en lo difícil que es para la enfermera ayudarles a conseguirlo porque de alguna manera ha de 'meterse en la piel' de cada uno de sus pacientes para saber no solo lo que quieren sino también lo que necesitan para mantenerse con vida y recuperar su salud. La enfermera es, temporalmente, la consciencia del inconsciente, el amor del suicida por la vida, la pierna del amputado, los ojos de quien acaba de quedarse ciego, un medio de locomoción para el lactante, conocimientos y confianza para las madres jóvenes, una voz para quienes son demasiado débiles o se les retira la posibilidad de hablar, etc." (161)

Así, como lo expresa en el párrafo anterior Virginia Henderson, las y los profesionales de la enfermería se enfrentan a diario con situaciones de vida, sufrimiento y muerte. Su trabajo puede ser física, emocional y socialmente agotador. El estrés y tensión que se deriva del contexto sanitario implica el desarrollo de problemas conductuales como SBO y otros problemas de salud psicológicos (ansiedad, depresión, etc.).

Las enfermeras y los enfermeros son uno de los colectivos profesionales más afectados. Ello, según Ortega Ruiz y López Ríos (162), se debe por un lado a las características propias de la naturaleza filosófica de profesión que suponen una alta implicación emocional, y por el otro, a las características organizacionales y laborales, que a diario los expone a estresores tales como:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte de pacientes, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen familiares y allegados.
- Contacto continuo con personas enfermas que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para quien cuida.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de usuarios a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de las y los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo de salud.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.
- Variables personales: sexo/genero, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Ortega Ruiz y López Ríos, para explicar estas variables, citan a varios autores, (23,106,143,163,164,165), quienes refieren en términos generales, que las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de evaluación del SBO, no obstante, los hombres puntúan más elevados en la escala de despersonalización como medida significativa. Con respecto a la edad, señalan mayor nivel de SBO entre los 40 y 45 años, y concluyen que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de SBO sería menor. Sobre estado civil, los datos no son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer SBO; otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal. En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón, y lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia. Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas, también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión. Por último, en cuanto a

la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el posterior desarrollo del SBO, los estudios han ido dirigidos a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes.

- Variables organizacionales: las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados por Ortega Ruiz y López Ríos (164), sobre SBO han sido: el clima laboral y el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Respecto al clima laboral, los autores afirman que cuanto más positivo es el clima laboral menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. En relación al grado de autonomía, como perciben las y los enfermeros la independencia en su puesto de trabajo, puede ser considerado un antecedente positivo o negativo. La ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, ayudaría al desarrollo de SBO. El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan. Por otro lado, el apoyo social mantendría en el caso del SBO su efecto amortiguador de las consecuencias del estrés. Otros aspectos que han sido relacionados son, el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellas/os profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología, cuidados intensivos. Otras variables psicosociales como la estructura de la organización, la falta de cohesión entre los compañeros, problemas de comunicación y presión en el trabajo contribuyen al SBO.

Gil Monte y Peiró (23), citados por Gil Monte (108) refieren que los estresores de la enfermería, en tanto profesión que tiene por objetivo el cuidado directo de personas, está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es decir, enfermería es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal (lo que supone sobrecarga laboral), trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Todos estos estresores han sido identificados como antecedentes del SBO.

Sobre los antecedentes del SBO, provenientes del entorno social Gil Monte (108), señala que, durante los últimos años, en la profesión de enfermería han surgido legislaciones que regulan el ejercicio de la profesión, al mismo tiempo se han formulado nuevos procedimientos para normalizar las tareas y funciones, y se han impulsado modificaciones en los programas de formación. Al mismo tiempo se produjeron cambios en los perfiles demográficos de la población que incrementaron las demandas de servicios de salud, y el consiguiente déficit de profesionales para atender esas exigencias. Todos estos cambios, según Gil Monte, han ocurrido con demasiada rapidez para ser

asumidos por los sistemas de enfermería. El autor también menciona la falta de preparación y formación de algunos profesionales, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas del sector, expectativas irreales; y en algunos ámbitos, inclusive la pérdida del prestigio social de la profesión.

A nivel organizacional, Gil Monte (108), señala que la profesión de enfermería se caracteriza por trabajar en organizaciones que responden a un esquema de burocracia profesionalizada, caracterizada por presentar problemas de coordinación e incompetencia entre sus miembros, problemas en la libertad de acción y en la incorporación de innovaciones, y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. La falta de ajuste de la organización a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas también como antecedentes del SBO. Entre ellas, la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autonomía y rápidos cambios tecnológicos. Otra variable importante en este nivel de análisis es el proceso de socialización laboral que origina que nuevos miembros aprendan pautas de comportamiento no deseables.

En el plano de las relaciones interpersonales, Gil Monte (108), refiere que las relaciones con usuarios, familiares y compañeras/os de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, aumentan el riesgo a desarrollar el síndrome; asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de compañeras/os, supervisores, la dirección o la administración. La excesiva identificación del profesional con las personas que atiende, son fenómenos característicos de la profesión que aumentan también los sentimientos de SBO.

En el plano individual, las características personales van a ser una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de SBO. El idealismo y los sentimientos altruistas llevan a las y los profesionales de enfermería a implicarse excesivamente en los problemas de las personas que cuidan y convierten en un reto personal la solución de esos problemas. Esto, según Gil Monte (108), conlleva que se sientan culpables de las fallas, tanto propias como la de otras/os profesionales del equipo de trabajo, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y aumento del agotamiento emocional. Por otra parte, el sexo también establece diferencias significativas en las y los enfermeros. Estas diferencias se producen en dos aspectos: a) en los niveles del síndrome, en el sentido de que los hombres puntúan más alto que las mujeres en despersonalización; y, b) en su proceso de desarrollo, de manera que se establecen diferentes patrones de relaciones entre las dimensiones del SBO y algunos de sus antecedentes y consecuentes en función del sexo de las unidades de análisis que componen una muestra.

Pérez Jáuregui (95), por su parte, entre los factores psicosociales que incrementan el riesgo de sufrir SBO en las y los enfermeros que brindan asistencia y cuidados a las personas, menciona el sostenido e intenso contacto con el sufrimiento, dolor y situaciones terminales de la vida, la caída del valor social de la profesión que puede afectar la autoestima, la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes o de horarios de atención, el hiper empleo para poder satisfacer las necesidades básicas, el conflicto o ambigüedad del rol causante de vivencias de

incertidumbre e inequidad, la presencia de patologías en la población cada vez más graves y menos reversibles, la carencia en muchos casos de los recursos necesarios para un ejercicio idóneo de la profesión, la merma en las retribuciones y estímulos diversos, el número creciente de demandas y juicios por mala praxis en ocasiones injustos e injustificados, el resolver dilemas éticos ante nuevas situaciones sociales y tecnológicas, el carecer de redes de contención y apoyo social suficientes para la atención y cuidado del profesional.

Hasta aquí se han descrito las variables o factores psicosociales de riesgo laboral, compartidos por el colectivo de enfermeras y enfermeros que cumplen funciones asistenciales en organizaciones de salud. Resulta esencial, a partir de ahora centrar la atención en el trabajo de enfermería en el marco de las unidades de cuidados intensivos.

Factores psicosociales de riesgo laboral en las unidades de cuidados intensivos

Se partirá realizando una breve reseña histórica del origen de los cuidados intensivos, para luego describir los factores psicosociales de riesgo laboral en este entorno particularmente tensinógeno de trabajo.

Desde tiempos remotos existe la necesidad de atender de forma prioritaria a las personas en peligro de muerte, situación que se ha documentado a mediados de siglo XVIII, específicamente en el año 1854 durante la Guerra de Crimea. En ese contexto, Florence Nightingale, precursora de la enfermería contemporánea, consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores, y ubicarlos en un área cercana a la central de enfermería para que recibieran atención intensiva logrando, mediante estos cuidados especializados y continuos reducir la tasa de mortalidad de 40% a 2%. (14,166)

Setenta años después, en 1923, se creó el concepto de recuperación postquirúrgica. El médico Walter Dandy, organizó la unidad postquirúrgica en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore, reclutando personal de enfermería especializado. Las enfermeras se volvieron especialistas “al pie de cama”. Este cuidado intensivo se convirtió en un modelo para las unidades de recuperación postquirúrgica que proveían manejo intensivo postquirúrgico durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, en 1950, se desarrollaron las unidades de recuperación postanestésica. El anestesiólogo Peter Safar, considerado el primer intensivista de la historia, creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a las y los pacientes que cursaran postquirúrgico de cirugías cardíacas y oncológicas al cuidado permanente e intensivo del personal de enfermería (166).

Otro antecedente importante para el avance y desarrollo de las áreas de cuidados intensivos (actualmente llamadas cuidados críticos o terapia intensiva), fue la epidemia de poliomielitis, que se extendió entre los años 1947 y 1952. Dicha epidemia obligó a concentrar a las personas con parálisis respiratoria en unidades llamadas de “respiración artificial”; en estas unidades, eran principalmente

las enfermeras quienes se encargaban tanto del cuidado de los pacientes como del manejo de las tecnologías emergentes de la época (14,167,168).

Las unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas también por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961. Con el correr del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances científicos y tecnológicos en salud (14).

Actualmente existen UCI específicas para diferentes especialidades de la salud, y en las diferentes etapas del ciclo vital, incluyendo neonatales, pediátricas y para adulto. Las UCI son verdaderos servicios integrados en las organizaciones de salud que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de las personas en riesgo de perder la vida, creadas con finalidad de recuperación (14).

Vera Carrazco (168) describe las UCI, como áreas intrahospitalarias de mayor diferenciación funcional, cuyo equipo se encuentra integrado fundamentalmente por personal de medicina, enfermería, y paramédicos especializados; que atiende las 24 horas del día y los 365 días del año, y que se ayuda con equipos de monitoreo y de apoyo extracorpóreo. Son ámbitos de actuación de la medicina intensiva, tanto polivalentes como dedicados a una sola especialidad, clínica o quirúrgica, y otras áreas del sistema de salud donde haya pacientes gravemente enfermos que requieran una atención integral.

Por lo tanto, en las UCIA se encuentran personas adultas con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida. Por ello requieren cuidado constante y atención especializada las 24 horas. En este sector trabajan profesionales formados y especializados para brindar la atención necesaria a cada paciente. En estas áreas laboran médicas/os, enfermeras/os y distintos tipos de personal técnico y paramédico entrenadas/os en medicina intensiva. (14).

La formación de enfermería especializada en cuidados críticos se inició a mediados del siglo XX, aumentando las habilidades de las y los profesionales que fueron preparados en el manejo de alta tecnología, para proporcionar cuidados a personas con riesgo de vida que requieren soporte vital y monitoreo continuo (166).

Alharbi et al. (17) definen a las y los enfermeros que se desempeñan en UCIA como profesionales que brindan atención a personas gravemente enfermas o inestables debido a lesiones, cirugías o enfermedades potencialmente mortales. Estos profesionales de la enfermería pueden ser testigos de dificultades humanas y necesidades de cuidados complejos con mayor frecuencia en comparación con las y los enfermeros que trabajan en otras áreas de atención.

Estas UCIA se caracterizan por generar un considerable nivel de estrés laboral debido a la alta demanda de atención que requieren sus usuarios/as y las familias, la demanda continua de esfuerzo físico y emocional, las complejas relaciones interprofesionales dentro del equipo de atención y el alto nivel de formación y conocimiento que se requiere para realizar las tareas (169).

En ese mismo sentido, Alharbi et al. (17) refieren que el estrés en el ámbito de las UCIA es muy frecuente, debido a las características del entorno laboral sumado al inevitable apego humano que experimentan las y los enfermeros que brindan atención directa, cercana e íntima a pacientes críticos y sus familiares. Según estos autores, la muerte o pérdida puede tener un impacto negativo que conduce a las y los enfermeros de este sector a desarrollar fatiga por compasión, caracterizada por el desarrollo de agotamiento emocional, físico y/o espiritual como resultado de “presenciar y absorber los problemas y el sufrimiento de los demás”.

Por otro lado, la declaración de Sociedad Colaborativa de Sociedades de Cuidados Críticos (CCSC, por sus siglas en inglés), integrada por cuatro importantes sociedades científicas y profesionales de medicina y enfermería de los Estados Unidos, señala que:

“Trabajar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) puede ser especialmente estresante debido a la alta morbilidad y mortalidad de los pacientes, las desafiantes rutinas laborales diarias y los encuentros regulares con problemas traumáticos y éticos. Este nivel de estrés casi continuo y excesivo puede acelerarse rápidamente cuando los cuidadores perciben que no hay tiempo suficiente o recursos limitados para cuidar adecuadamente a los pacientes. Hasta hace poco, la comunidad de cuidados críticos era relativamente inconsciente de los efectos nocivos de trabajar en un entorno de UCI estresante, incluido el desarrollo de BOS y otros trastornos psicológicos. Desafortunadamente, los profesionales de la salud de cuidados críticos tienen una de las tasas más altas de BOS (es decir, >50%), y el desarrollo de este trastorno puede afectar negativamente la capacidad de cuidar adecuadamente a los pacientes” (25)

La CCSC, establece que los factores de riesgo asociados con el SBO en las UCI, se pueden dividir en cuatro categorías: 1. características personales; 2. factores organizacionales; 3. calidad de las relaciones laborales y 4. exposición a problemas relacionados con el final de la vida.

- 1- Las características personales asociadas con SBO incluyen: Autocrítica y estrategias de afrontamiento inútiles: más frecuentes en profesionales con alto sentido de idealismo, perfeccionismo, compromiso excesivo con el trabajo, y personalidades neuróticas. Por el contrario, personas extrovertidas, y agradables, tienen menos probabilidades de presentar síntomas de SBO. Falta de sueño o recuperación inadecuada: los turnos prolongados afectan el sueño en calidad y cantidad. Un desequilibrio entre el trabajo y la vida personal: presentar un sistema de apoyo inadecuado fuera del entorno laboral, por ejemplo, no tener cónyuge, pareja o hijos puede afectar negativamente. Respecto a la edad, las enfermeras más jóvenes serán más propensas.
- 2- Los factores organizacionales asociados con el SBO incluyen: aumento de la carga de trabajo, falta de control sobre el entorno de trabajo, recompensas insuficientes y un colapso general en la comunidad laboral. La incapacidad de elegir días libres, la rápida rotación de

pacientes y la falta de participación en un grupo de trabajo de la UCI son todos factores asociados con el SBO.

- 3- Los problemas con la calidad de las relaciones laborales, incluidos los conflictos y las malas relaciones laborales con colegas. Otra fuente importante de estrés son las relaciones tensas entre profesionales de la salud y las y los usuarios y sus familias.
- 4- Los factores relacionados con los problemas del final de la vida son factores de riesgo comúnmente reportados por enfermería de las UCI, incluyendo el cuidado de un paciente moribundo y la participación o presenciar decisiones de renunciar a tratamientos de soporte vital.

Ortega Ruiz junto López Ríos (162) y Gil Monte (108), clasifican de manera similar los factores psicosociales de riesgo laboral en el personal de enfermería en general.

La CCSC (25), en cambio, se centra específicamente en las y los profesionales que laboran en las UCI. Respecto a las variables que propone, las tres primeras descripciones en términos generales coinciden con Ortega Ruiz junto López Ríos (162) y Gil Monte (108), sin embargo, la cuarta categoría incorpora los factores relacionados con los problemas del final de la vida; puesto que cuidar a pacientes moribundos, junto al número de decisiones de renunciar a tratamientos de soporte vital (170), y otros problemas éticos frecuentes en las unidades de cuidados intensivos afectan a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, constituyéndose por lo tanto también en variables de riesgo.

Por otro lado, es importante hacer una especial aclaración. Estas variables, o factores psicosociales de riesgo laboral descriptos anteriormente, responden a contextos pre pandémicos. La CVL, y por ende la salud de las y los enfermeros a partir del surgimiento del coronavirus, se vieron exacerbados; y más aún la de las y los profesionales que se desempeñan en las unidades de cuidados intensivos.

Enfermería y Pandemia de la COVID-19

Antes de comenzar a describir según la literatura el escenario laboral de las y los profesionales de enfermería durante la pandemia de la COVID-19, se realizará una breve reseña a los fines de valorar su magnitud, puesto que es considerada una de las más importantes de la humanidad.

En diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei, China, comenzaron a notificarse casos de neumonía desconocida, difíciles de explicar por parte de las autoridades sanitarias. El 7 de enero de 2020, se identificó como causante a un nuevo coronavirus. El 11 de febrero del mismo año, la OMS denominó formalmente a la enfermedad causada por este virus, COVID-19 (enfermedad inducida por SARS-CoV-2). Unos días antes, el 30 de enero de 2020, la OMS había anunciado que la epidemia de coronavirus era una emergencia de salud pública de interés internacional, pero recién el 11 de marzo la declaró pandemia mundial (6,7,18,171,172).

La OMS, el 5 de mayo de 2022, informó el número total de muertes asociadas directa o indirectamente a la pandemia de COVID-19, ocurridas entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de

diciembre de 2021. El número de víctimas había alcanzado aproximadamente a 14,9 millones (rango de 13,3 millones a 16,6 millones); y la mayor parte del exceso de muertes (84%) se concentra en el sudeste asiático, Europa y las Américas. (173).

Respecto a la muerte de las y los trabajadores de la salud, la OMS (174) el 20 de octubre de 2021, informó públicamente que durante el período comprendido entre enero de 2020 y mayo de 2021, entre 80.000 y 180.000 trabajadores sanitarios podrían haber muerto por COVID-19, lo que converge a un escenario medio de 115.500 muertes. En esa oportunidad también la OMS, observaba y alertaba a los países, la falta de acciones e inversiones para proteger la salud y el bienestar físico, psicológico y social de las y los profesionales de la salud, durante y después de la pandemia.

Retomando los factores psicosociales de riesgo laboral, la pandemia no ha hecho más que agravar y multiplicar la presencia de estos. Además del estrés físico por la sobrecarga laboral, caracterizado por mayor demanda de atención y jornadas más largas (172), el personal de enfermería se enfrentó a una enorme carga mental y emocional (172). Huang et al. (175) expresaba sobre el personal de salud: “Están viendo morir a pacientes sin la presencia de sus familias por las condiciones de aislamiento. Estos profesionales son los únicos que pueden humanizar y dignificar esta despedida. Por ello, se exponen de forma abrupta y en grandes dosis a la muerte, al sufrimiento humano y a la soledad”.

Cai et al (172) agregan que el personal de medicina y enfermería presentaba sentimientos de pérdida de control y vulnerabilidad a la infección. Miedo por su salud personal, y miedo de propagar el nuevo virus a otros pacientes y familiares.

Blanco et al. (18) refieren que también surgieron conflictos y ambigüedad de roles, sobre todo entre profesionales que habían sido llamados a actuar sobre el terreno con menos experiencia y sin la experticia adecuada. Muchos se encontraron largos períodos de tiempo aislados, sin poder estar en contacto sus familiares.

En ese mismo sentido, Greenberg et al (176), manifiestan que las y los trabajadores de primera línea, no podían ver a sus parejas e hijos debido a las largas jornadas laborales, o a los turnos difíciles de conciliar con la vida personal. Otros se vieron colocados en situación de cuarentena para evitar contagiar a sus familias. Esta situación aumentó el conflicto entre el trabajo y la familia. Los altos niveles de estrés experimentados dieron lugar a conflictos interpersonales entre compañeras/os. Los autores remarcan, por otra parte, que la priorización y distribución de los escasos recursos sanitarios entre la población afectada por la COVID-19, basada en diversos criterios como la esperanza de vida del paciente, junto con la presión del tiempo y la necesidad de tomar decisiones rápidamente se multiplicaron. Estos dilemas éticos, requerían soluciones complejas, llevando a las y los profesionales a experimentar sufrimiento moral, por acciones o falta de acciones. Además, la tensión/presión se elevó debido al riesgo asociado con la responsabilidad civil y penal por actos y errores irreversibles que pudieran cometerse durante el ejercicio profesional.

Por su lado, la OMS (27), expresaba en septiembre de 2020, que la COVID-19 había expuesto a las y los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Explicaba, que

alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción alcanzó hasta el 35%; mientras que miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la COVID-19 habían perdido la vida. Además de los riesgos físicos, la OMS, menciona que la pandemia del coronavirus había incrementado los niveles de estrés psicológico de las y los profesionales expuestos a entornos de gran demanda laboral durante largas horas, los cuales vivieron con el temor constante de estar expuestos a la enfermedad mientras estaban separados de sus familias y se enfrentaron a situaciones de estigmatización social, discriminación, episodios de acoso verbal, y violencia física. Afirma, que si bien antes de que comenzara la pandemia de COVID-19, estos profesionales ya corrían un mayor riesgo de suicidio en todas partes del mundo, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro trabajadores de sanidad sufría depresión y ansiedad, y uno de cada tres insomnio. Posteriormente, la OMS, en noviembre de 2022, declaraba que “durante la pandemia de la COVID-19, a nivel mundial el 23% de los trabajadores de la salud de primera línea sufrieron depresión y ansiedad, y el 39% sufrieron insomnio. Además, afirmaba que las profesiones sanitarias tienen un mayor riesgo de suicidio en todo el mundo” (84).

Enfermería y el desarrollo del síndrome de burnout

Para explicar el proceso de desarrollo del SBO en las enfermeras y los enfermeros, se tomará el modelo de Gil Monte et al (177) y Gil Monte (108) .

El prestigioso autor, junto a sus colaboradores se ha dedicado durante años a estudiar el fenómeno, contrastando y buscando evidencia empírica en otras/os especialistas, y en el colectivo de profesionales. Así han logrado explicar cómo progresan los síntomas del SBO de forma singular en enfermería.

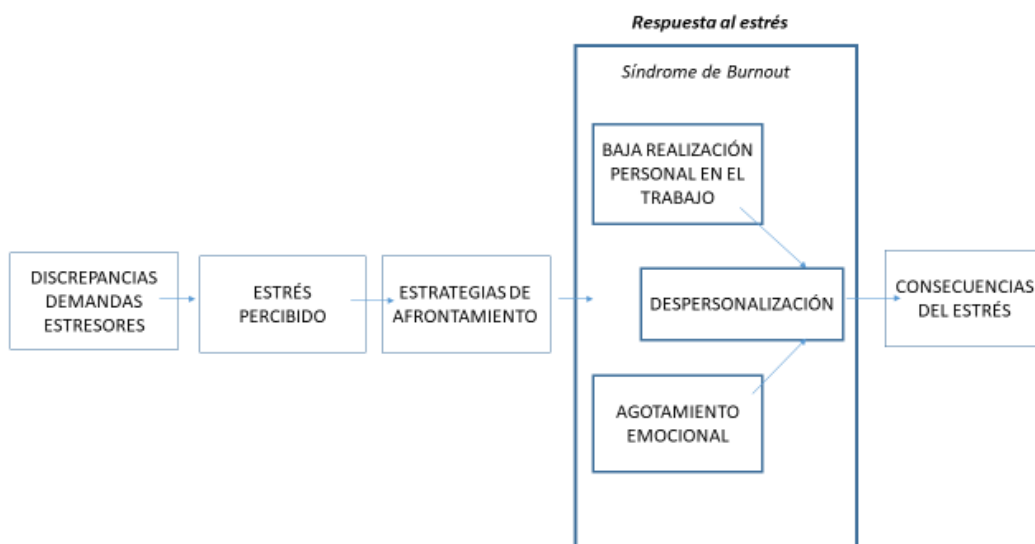
Parten explicando que los factores psicosociales de riesgo laboral, inducen a una serie de estrategias de afrontamiento en las y los profesionales que deben ser efectivos para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, dado deben tratar diariamente con esas fuentes de tensión. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conllevan al fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con las personas que cuidan y con sus familiares. Ante esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo (nivel cognitivo/aptitudinal) y agotamiento emocional (afectivo emocional). Ante estos sentimientos el/la enfermera desarrolla actitudes de despersonalización como nueva forma de afrontamiento. Dicho de otra forma, si el sujeto no puede afrontar eficazmente los estresores, ya sea a través de estrategias activas, estrategias centradas en la emoción, o estrategias de cualquier otro tipo, y dado que no puede evitar esos estresores (debido a que debe acudir diariamente al trabajo donde siempre encuentra problemas similares), desarrolla sentimientos de cansancio/ agotamiento emocional y baja realización personal; y posteriormente actitudes de despersonalización (177).

Gil Monte et al. (1977), enfatiza el modo particular en el que progresan los síntomas en el personal de enfermería. La despersonalización en este grupo no es una estrategia de afrontamiento empleada inicialmente para afrontar el estrés, como ocurre en otras profesiones. Ello se debe a que el rol laboral para las y los profesionales de enfermería prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia las personas que cuida. Es necesario, entonces, que los estresores se perpetúen en el tiempo para que adopten la despersonalización.

Respecto a las actitudes de despersonalización, los especialistas diferencian dos aspectos. El primero, de carácter funcional (protectora), que le posibilita a la/el enfermero no implicarse en los problemas del usuario, y por lo tanto realizar sobre éste todo tipo de acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto, de carácter disfuncional (negativo), comprende aquellas conductas que suponen dar a las y los usuarios un trato humillante, con falta de respeto e incluso vejatorio. Además, es crucial considerar otro aspecto en el personal de enfermería: los sentimientos de culpa. Según Gil Monte los sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del SBO por el trabajo adicional a los tres síntomas ya mencionados.

De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del SBO:

- Un patrón, tipo A, en el que las y los profesionales desarrollan despersonalización, y esta estrategia de afrontamiento resulta eficiente, aunque no eficaz, para manejar el estrés laboral. De esta manera, las y los enfermeros se pueden adaptar al entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés pueden convivir con ellas (estrés laboral crónico). No obstante, la calidad de su trabajo será deficiente debido a esa respuesta -despersonalización- que resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización. (Ilustración 1).



- Patrón

B, debido cuestiones éticas o normativas derivadas de las prescripciones propias del rol y otras variables psicosociales (por ejemplo, altruismo) desarrollarán sentimientos de culpa como

Ilustración 1 Modelo para integrar el síndrome de quemarse por el trabajo dentro del proceso de estrés laboral. Gil Monte et al. (1998)

consecuencia de sus actitudes y sentimientos de despersonalización. La culpa llevará a las y los profesionales a una mayor implicación con el trabajo para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian, disminuirá la realización personal en el trabajo, y aumentarán los niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. Este proceso, a su vez desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificándolos existentes, originando un bucle (Ilustración 2), produciendo a medio o a largo plazo deterioro de la salud, incremento de la tasa de absentismo, y aumento de su deseo de abandonar la organización y la profesión. Para Gil Monte (108), este modelo es un planteamiento hipotético, que requiere seguir estudiándose.

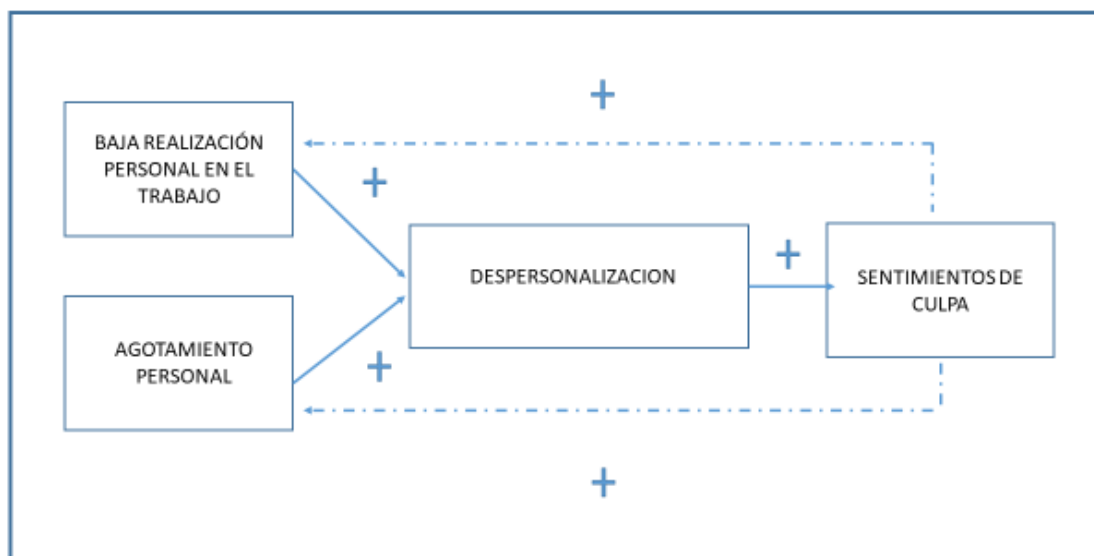


Ilustración 2: Función de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome. Gil Monte et al. (1998)

Consecuencias del síndrome de burnout en el personal de Enfermería

Las consecuencias del SBO en el personal de enfermería, se dividen en consecuencias para la/el enfermero en tanto persona, de tipo emocionales, actitudinales, conductuales, somáticas; y para la organización: disminución de la calidad de los cuidados, baja satisfacción laboral, absentismo elevado, abandono del puesto u organización, disminución del interés por actividades laborales, aumento de conflictos interpersonales (108). Todo estas consecuencias ya se ha descrito con detalle en el punto D. SBO, considerando la literatura de Gil Monte y Peiró (23) y Gil Monte (108).

En la misma línea, Duran Rodríguez et al. (31) expresan que el desgaste profesional se presenta cada vez con mayor frecuencia entre las y los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA, generando repercusiones sobre su salud física y mental, influyendo negativamente en el sistema sanitario, las personas en estado grave, y la seguridad paciente.

Las y los autores (31) antes mencionados, se centran especialmente en las repercusiones sobre la calidad de los cuidados y la seguridad paciente. En primer lugar, refieren que las relaciones

deterioradas que logran establecer las enfermeras y enfermeros afectados por el SBO con pacientes ancianos o personas con enfermedades crónicas, aumentan el riesgo de aislamiento social y desarrollo de nuevas afecciones. Puesto que, para muchos de estos pacientes con riesgo de vida, las relaciones que desarrollan con las y los responsables de su cuidado adquieren un papel muy importante en el afrontamiento de sus enfermedades.

En segundo lugar, mencionan que el agotamiento ocasionado por la sobrecarga de trabajo y otros estresores o factores psicosociales de riesgo laboral propios de las UCIA, deben prevenirse y controlarse; ya que la realización correcta de los procedimientos de enfermería y los cuidados a pacientes graves van encaminados a evitar complicaciones, lo cual influye en su evolución y pronóstico. Esto podría disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas, así como el costo de la atención y mejorar la seguridad del paciente; ya que estas/os profesionales no pueden ofrecer lo mejor de sí cuando presentan problemas físicos, emocionales o conductuales.

Una investigación transnacional (178) estudió la asociación entre el agotamiento en las y los enfermeros y la calidad de atención. Concluyó que los entornos de práctica deficientes (bajo apoyo de gerentes y ejecutivos, dotación de recursos humanos de enfermería insuficiente, escasos materiales para brindar atención, recursos limitados para la mejora de la calidad y el desarrollo del personal, y malas relaciones entre enfermería y otras disciplinas), y la sobrecarga laboral (por ejemplo mayores proporciones de pacientes por enfermera/o, horas trabajadas por semana) predisponen a las y los enfermeros a resultados de salud negativos, que a su vez influyen en su desempeño, reduciendo su compromiso, capacidad y voluntad de brindar atención de alta calidad; reduciendo la satisfacción del paciente, incrementando el número de errores, elevando las tasas de infecciones intrahospitalarias, y las de mortalidad.

Moss et al. (25), en la “Declaración de colaboración de las sociedades de cuidados críticos: el síndrome de agotamiento en las profesiones de la salud en cuidados críticos”, coinciden con lo antes dicho respecto a que el SBO produce una disminución de la eficacia y un bajo rendimiento laboral, lo que tiene un impacto directo sobre la calidad de la atención al usuario. Por otro lado, refieren que las y los profesionales de la salud que se desempeñan en UCI, especialmente medicina y enfermería, afectados por el SBO pueden complicarse y evolucionar de trastorno a estrés postraumático (TEPT), abuso de alcohol e incluso ideación suicida. Según estos/as especialistas el TEPT se manifiesta por intrusión, evitación, alteraciones negativas en las cogniciones, el estado de ánimo, excitación y reactividad. El TEPT puede ocurrir después de la exposición crónica o repetitiva a episodios traumáticos, o en respuesta a un evento catastrófico. Moss et al. (25) citan en su declaración un estudio realizado por Mealer et al. (179) en Colorado, sobre trastorno de estrés postraumático y el SBO en 332 enfermeras y enfermeros de las UCIA. En el mismo determinaron que un 22% (73) de las y los enfermeros encuestados presentaban síntomas de TEPT, el 18% (61) cumplía con criterios de diagnóstico para TEPT y el 86% (277) cumplía criterios para SBO. Por lo tanto, el 98% de las y los que cumplían criterios de diagnóstico para TEPT dieron positivo y presentaban síntomas

consistentes para SBO. Entre los desencadenantes relacionados con el trabajo de enfermería en la UCIA asociados con el TEPT incluyeron: participación en cuestiones del final de la vida, sentirse sobrecargado, cuidar a pacientes o familiares combativos, visualizar heridas abiertas o sangrado masivo y brindar atención post mortem.

Para concluir, toda la literatura consultada da cuenta de los efectos devastadores del SBO sobre la salud integral de las y los profesiones de enfermería, y las serias consecuencias sobre las organizaciones de salud en términos de calidad de cuidados, seguridad paciente y costes. A su vez coinciden en remarcar la importancia de trabajar colectiva e intersectorialmente en la prevención del SBO.

Varios organismos internacionales y nacionales se han pronunciado a favor de la salud mental de las enfermeras y enfermeros, a partir de la Pandemia de la COVID-19. Por un lado, subrayando el valor de la enfermería como profesión insustituible para el logro de los ODS, en especial el ODS 3, Salud y Bienestar, y por otro, señalando la importancia de invertir en el mejoramiento de la CVL, fuente potencial de SBO, como punto de partida para su prevención, contribuyendo así también al logro del ODS 8, Trabajo Decente.

Pronunciación a favor de la salud integral de las y los enfermeros y calidad de vida laboral de las organizaciones de salud.

A continuación, se presentan posicionamientos, declaratorias, guías de actuación profesionales, etc. de diferentes organismos con injerencia en salud, trabajo y enfermería. Sus pronunciamientos han aportado y aportan lineamientos de guía para las políticas y estrategias tendientes a cuidar y empoderar la enfermería, generar mejoras cualicuantitativas que impacten sobre el déficit preocupante de este recurso humano, y promover la CVL en las organizaciones de salud. Todo ello con el propósito de garantizar la salud de quienes cuidan.

“Estado de Enfermería 2020, invertir en educación, empleo y liderazgo- OMS”

El informe anual, “Estado de Enfermería 2020, invertir en educación, empleo y liderazgo” (2), publicado por la OMS junto con el CIE en el marco de la campaña mundial Nursing Now, declaran que la fuerza laboral de enfermería en el mundo es de 27.9 millones, de los cuales 19.3 millones son enfermeras/os profesionales. Además, agregan que la enfermería es el grupo ocupacional más grande del sector de la salud y representa aproximadamente 59% de las profesiones sanitarias. Por otro lado, informan que el 80% de esa fuerza laboral se concentra en países que representan la mitad de la población mundial. Por lo tanto, existe un déficit de enfermeras y enfermeros en el mundo, especialmente en los países de medianos y bajos recursos, que estima es de 5.9 millones en el año 2018. Esta situación limita la cobertura universal y el cumplimiento de las metas de los ODS.

Por ello, la OMS y el CIE, instan a los gobiernos en conjunto con las asociaciones nacionales e

internacionales, a promover una aceleración de esfuerzos en tres sentidos:

- Reforzar las capacidades de liderazgo, buena gobernanza y gestión del personal de enfermería con el fin de fomentar los programas de formación, empleo y cuestiones de género;
- Optimizar las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de las opciones normativas sobre formación teórica, trabajo decente, remuneración justa, movilización, ejercicio de la profesión, productividad y reglamentación. Respecto a trabajo decente, las OMS y el CIE, manifiestan que los responsables de formular las políticas y los empleadores deberán coordinar las acciones en apoyo al trabajo digno y humanizado. Aplicar niveles adecuados de dotación de personal, priorizar la salud y seguridad ocupacional prestando una atención especial al personal de enfermería que trabaja en entornos frágiles, vulnerables y afectados por conflictos. La remuneración debe ser justa y adecuada para atraer, fidelizar y motivar al personal de enfermería. Además, los países deben priorizar y aplicar políticas para abordar y responder al acoso sexual, la violencia y la discriminación en el seno de la profesión.
- Acelerar y mantener inversiones adicionales en formación teórica, competencias y puestos de trabajo del sector de la enfermería.

Código de Ética del CIE para enfermeras- Revisión 2021.

El Código de Ética del CIE (180) es una declaración de los valores, responsabilidades profesionales y ámbitos competenciales de rendición de cuentas a nivel profesional que define y guía la práctica ética de enfermería en sus distintos roles y ámbitos de ejercicio. El Código de Ética ofrece orientación ética en relación con los roles, deberes, responsabilidades, conductas, juicio profesional y relaciones con los usuarios, compañeros de trabajo y profesionales afines. Fue creado en el año 1953 por el CIE, ha sido revisado y reafirmado en varias ocasiones. Su última actualización se realizó en el año 2021 con el propósito de introducir las lecciones aprendidas durante la pandemia del coronavirus. Se mencionarán a continuación aquellos aspectos incorporados recientemente, vinculados especialmente a promover y mejorar las condiciones laborales y la salud mental y bienestar psicológico de las enfermeras y enfermeros, de utilidad para quienes brindan asistencia, gestionan o investigan en la profesión:

Elemento 1: Las enfermeras y los pacientes o personas que requieren cuidados o servicios

- Desarrollar y monitorear la seguridad en el lugar de trabajo.
- Enseñar sobre factores de riesgo y habilidades para garantizar entornos de práctica saludables, seguros y sostenibles.
- Abogar a favor de procedimientos de notificación claros, accesibles, transparentes y eficaces para proteger la salud y la seguridad.

Elemento 2: La enfermera y la práctica

- Buscar el equilibrio entre la vida laboral/profesional y la vida privada, el crecimiento personal continuo y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

- Incorporar en los planes de estudios la promoción de la resiliencia en el lugar de trabajo.
- Proporcionar directrices en materia de condiciones de trabajo seguras y decentes
- Promover la colaboración interprofesional. Fomentar un entorno de valores éticos compartidos.
- Erradicar el miedo a las represalias.
- Enseñar métodos y habilidades para evaluar, gestionar y evitar conflictos.
- Informar a otras disciplinas y a la ciudadanía sobre las responsabilidades y valores de la profesión.
- Defender entornos y condiciones de trabajo libres de abuso, acoso y violencia.
- Desarrollar relaciones profesionales adecuadas con usuarios, y colegas
- Mantener y enseñar acerca de los límites profesionales y las habilidades para salvaguardarlos.

Elemento 3: Las enfermeras y la profesión

- Promover la participación en las asociaciones nacionales de enfermeras para promover condiciones socioeconómicas y laborales favorables.
- Enfatizar al alumnado sobre las funciones e importancia de las asociaciones profesionales.
- Practicar comportamientos éticos y desarrollar estrategias para afrontar el sufrimiento moral durante crisis emergentes como pandemias o conflictos.
- Preparar a las y los estudiantes para una respuesta local a cuestiones globales con una visión amplia de la solidaridad y el bien común. Tener en cuenta las desigualdades en salud, en particular para personas vulnerables.
- Diseñar protocolos para prevenir y abordar problemas laborales como intimidación, violencia, acoso sexual, fatiga, seguridad y gestión local de incidentes.
- Participar en estudios sobre ética y cuestiones éticas laborales en todos los ámbitos.
- Enseñar a detectar entornos de trabajo poco saludables y habilidades para desarrollar comunidades resilientes y laboralmente sanas.
- Influenciar, presionar y negociar a favor de condiciones de trabajo justas y decentes. Elaborar declaraciones de posición y directrices para tratar cuestiones relacionadas con el lugar de trabajo.
- Prepararse y responder ante emergencias, desastres, conflictos, epidemias, pandemias.
- Presionar a los gobiernos y organizaciones sanitarias para que prioricen y protejan la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores sanitarios durante emergencias sanitarias.

Elemento 4: Las enfermeras y la salud global

- Actuar en los problemas locales y globales que afectan a la salud como la pobreza, la seguridad alimentaria, la inmigración, la equidad de género, la etnicidad, la salud ambiental, el trabajo digno y la educación.

Carta para el cambio. Nuestras enfermeras, nuestro futuro. CIE 2021

El CIE en 2024 (181), publicó un documento con diez acciones políticas que los gobiernos y empleadores de sanitarios deben emprender, para lograr comunidades más sanas, sociedades con capacidad de reacción, economías prósperas y naciones poderosas. La clave está en valorar, proteger,

respetar e invertir en enfermería. Seguidamente se mencionarán las tres acciones más importantes relacionados especialmente con la temática del presente estudio:

- 1- Abordar y mejorar urgentemente el apoyo a la salud y el bienestar de las enfermeras garantizando condiciones laborales seguras y saludables. Implementar sistemas para asegurar niveles seguros de dotación de personal. Garantizar protecciones contra la violencia y los peligros en el lugar de trabajo e implementar y poner en vigor estándares laborales internacionales en relación con el derecho de las mujeres a trabajar en entornos seguros, saludables y que ofrezcan apoyo asegurando asimismo protecciones tanto físicas como de salud mental.
- 2- Promover estrategias dirigidas a contratar y retener a las enfermeras para abordar la escasez de fuerza laboral. Mejorar la compensación de las enfermeras con el fin de garantizar un sueldo y beneficios justos y dignos, y defender entornos positivos para la práctica que escuchen a las y los enfermeros y les proporcionen los recursos que necesitan para hacer su trabajo de forma segura, eficaz y eficiente. Financiar actividades de desarrollo profesional en las trayectorias de carrera.
- 3- Desarrollar, implementar y financiar planes nacionales para la fuerza laboral de enfermería con el objetivo de lograr la autosuficiencia en la oferta de enfermeras en el futuro. Realizar una planificación y monitorización de la fuerza laboral en todo el continuo de cuidados.

Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la OMS- 2023

El 17 de septiembre de 2023, coincidiendo con el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, la OMS, a través de una “Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la OMS” (27), hace un llamamiento a los estados miembros, a sus gobernantes y responsables de las organizaciones de salud, para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios y los pacientes; recordándoles sus responsabilidades jurídicas y morales. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en ese entonces Director General de la OMS expresó: “Ningún país, hospital o centro de salud puede mantener a salvo a sus pacientes a menos que preserve la seguridad de sus trabajadores de la salud”. La Carta tiene por propósito, por un lado, mejorar la CVL de las y los trabajadores de la salud, y por otro lado garantizar la seguridad paciente en los servicios de salud. Y presenta cinco esferas o estrategias, que abarcan desde políticas de prevención de la violencia hacia las y los trabajadores, protección contra riesgos físicos y biológicos, promover programas nacionales de seguridad laboral de las y los trabajadores de la salud, notificación y análisis de los incidentes graves relacionados con la seguridad, hasta promover y mejorar de la salud mental y bienestar psicológico del personal de salud.

Incorporación del Síndrome de Desgaste Profesional a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)- 2022

Sin lugar a dudas uno de los acontecimientos más importantes ha sido, como ya se ha mencionado antes, el reconocimiento de la problemática del SBO como una enfermedad profesional, bajo la

denominación de “síndrome de desgaste ocupacional”. Aunque su inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 (90) se concretó en mayo de 2019, durante la 72.^a Asamblea Mundial de la OMS, su entrada en vigor no se produjo hasta febrero de 2022 (104).

.

F. Marcos Legislativos en la Argentina.

En la República Argentina, la salud laboral se encuentra regulada por un amplio marco legislativo, que incluye desde leyes aprobadas y promulgadas por el Congreso de la Nación, leyes jurisdiccionales, decretos del Poder Ejecutivo Nacional y resoluciones varias que establecen derechos y obligaciones tanto para trabajadores como para empleadores tendientes a proteger la integridad física y mental, como así también la reducción de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo. Estos marcos regulatorios exigen a los empleadores desde condiciones de trabajo, medio ambientes laborales óptimos y seguridad para la prevención de accidentes y enfermedades laborales en general, hasta mecanismos de reparación de daños, y servicios de medicina laboral. (182-186).

Al inicio de la Pandemia de la COVID-19, en abril de 2020 como ya se ha mencionado, autoridades nacionales crearon en el marco del Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional la Comisión de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT), que tiene por propósito velar por la salud y la seguridad de las y los trabajadores del Estado. La CyMAT tiene por función la implementación de mejoras en las condiciones de trabajo partiendo de una visión integradora de la relación de la trabajadora y el trabajador con su medio social, físico, cultural y con su calidad de vida en general. Entre sus iniciativas ha incluido investigación científica, protocolos, directrices, instrumentos, formación y actividades de sensibilización.

Sin embargo, no se registraron en el territorio nacional instrumentos legales dedicados exclusivamente al tratamiento de la problemática del SBO, a excepción de la ciudad de Buenos Aires. Este único antecedente corresponde a la Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 2578 (187), anterior a la incorporación del síndrome de desgaste ocupacional al CIE- 11. Trata la creación de un Programa de Prevención, Detección Precoz y Rehabilitación del Estrés Laboral Crónico de Trabajadores de la Salud de la Ciudad, Sancionada el 06 de diciembre de 2007 y promulgada el 08 de enero de 2008, sin embargo, carece de reglamentación.

Por lo tanto, la actualización del marco legislativo en torno al reconocimiento del SBO, de acuerdo a las tendencias internacionales en la Argentina es materia pendiente.

G. Prevención del síndrome de burnout

El SBO es un problema de salud pública complejo y difícil de abordar dada la cantidad de variables implicadas. Gascón et al. (111) en su artículo, identifican tres abordajes posibles de la problemática. Refieren que existe una tendencia generalizada de pensar que una persona se quema por alguna cualidad de su carácter o su conducta, de modo que, si el problema está en ella, la solución es que la

persona cambie. En este contexto las y los empleadores ponen énfasis en dotar a las y los trabajadores de estrategias para el afrontamiento, sin modificar las condiciones objetivas de la organización. Otra tendencia, es abordar el SBO cuando ya es un problema. Ello supone un alto coste para la salud de la/el profesional, su entorno familiar, pérdidas económicas para las organizaciones, deterioro de la calidad de los cuidados, y riesgos para los usuarios del sistema de salud. Contrariamente, están quienes creen que el SBO es fundamentalmente responsabilidad del medio social en el que se trabaja, cuya estructura y funcionamiento se forma por interacción entre las personas. Esta última postura, ha generado políticas y estrategias orientadas al contexto social y organizacional donde se desarrolla el SBO, sosteniendo que las intervenciones no solo deben centrarse en la persona que lo sufre, sino también en mejorar la CVL.

En línea con el último enfoque, combinar estrategias es una opción válida para prevenir el SBO. Por un lado, trabajar para reducir los posibles factores de riesgo, eliminar los estresores que desencadenan el SBO, mejorar la CVL y la cultura organizacional; y por otro, de manera simultánea, identificar los casos preclínicos, y dotar de estrategias de afrontamiento a las personas con mayor vulnerabilidad de sufrirlo, con el objetivo de mitigar la fuente de estrés, como la adquisición y fortalecimiento de las habilidades sociales y apoyo social (107,111).

De la misma manera, los pioneros Maslach y Leiter (188), reconocen que si bien las variables personales son cruciales, existen ciertas situaciones laborales que presentan mayor potencial de estrés que otras. Por lo tanto, consideran que las intervenciones individualizadas son necesarias en casos críticos, pero no logran solucionar el problema desde su raíz social. En cambio, aunque supone un mayor coste, las intervenciones organizacionales tienen más posibilidades de lograr un cambio efectivo, porque dirige el problema al grupo en lugar de dirigirlo a cada persona por vez; construyendo un proceso de apoyo mutuo entre las y los compañeros. Las y los autores se centran en seis áreas de desajuste (o fuentes de riesgo) sobre las cuales recomiendan trabajar: la sobrecarga laboral, las recompensas (no sólo económicas), el grado de control que tiene el/la trabajador/a sobre su tarea, el sentimiento de comunidad, la presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los propios valores y los de la empresa. Reducir los desajustes requiere de trabajo en equipo, buena comunicación, compromiso de todas las partes, colaboración entre las personas, perseverancia, y tiempo, particularmente cuando se trata de un problema crónico y a largo plazo como el caso de este síndrome.

Gil Monte y Peiró (23) citado por Gil Monte (108) a las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del SBO por el trabajo las agrupan en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales. Dentro de las estrategias del nivel individual recomiendan la utilización del entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en la asertividad, y programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz. En el nivel grupal aconsejan la utilización del apoyo social en el trabajo. A través del apoyo social las personas obtienen, de sus compañeras/os y supervisores, nuevos conocimientos y habilidades o mejoran los

que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. En relación a las estrategias a nivel organizacional, estos autores las consideran muy importantes debido a que en este contexto se origina el problema. Por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Estos programas de prevención del SBO deben abordar la socialización anticipada, la implantación de sistemas de evaluación y retroinformación, y procesos de desarrollo organizacional. Los programas de socialización anticipada previenen el choque con la realidad y sus consecuencias, en la medida que favorecen a las y los nuevos profesionales prepararse y familiarizarse con las normas, valores, cultura y requerimientos de su nuevo entorno laboral facilitando su adaptación, al mismo tiempo reducir el estrés o la incertidumbre como así también desarrollar estrategias constructivas a partir de vivencias en “laboratorio” donde se enfrentan con las expectativas irreales que tienen. La implementación de sistemas de evaluación y retroinformación se centra en preparar para el desempeño futuro, con el objetivo de optimizar y/o cambiar la ejecución a través del autoaprendizaje y el crecimiento personal; se basa en el asesoramiento, en el establecimiento de objetivos, y en la planificación de carrera. Finalmente Gil Monte (108) manifiesta que la primer medida para evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones. Y en este sentido insta a los responsables de la formación profesional incorporar en los planes de estudio, en especial de enfermería, saberes relacionados con la temática; y a la gestión de recursos humanos en los ámbitos sanitarios, generar programas que aborden la prevención y tratamiento del SBO, de manera sistemática y regular.

Asimismo Pérez Jáuregui (95), señala que la clave de la prevención del SBO es concientizar sobre el problema y trabajar en revertir la influencia de los estresores presentes en su constitución. En otras palabras, centrarse en la escucha, el cuidado y promoción de CVL.

Según la OMS (84,189), salvaguardar la salud integral, la seguridad y el bienestar de las y los trabajadores de la salud puede prevenir enfermedades y traumatismos ocasionados por el trabajo, al tiempo que mejora la calidad y seguridad de las y los cuidados, los recursos humanos para la salud y la sostenibilidad medioambiental en el sector de la salud. Basándose en las experiencias de los países miembros, la OMS recomienda dos líneas de actuación. La primera involucra a los órganos de gobierno y sus marcos normativos, con el objetivo de que éstos actualicen y aprueben nuevas regulaciones, normas y códigos de buenas prácticas para la protección y seguridad de las y los trabajadores del sector salud a nivel nacional, subnacional y en los establecimientos de salud; con el propósito de mejorar las competencias para la gestión de la salud integral y seguridad ocupacional que incluya evaluación, gestión de riesgos, vigilancia y apoyo psicosocial. La segunda línea de recomendación, dirigida a las organizaciones, presenta varios aspectos. Por un lado, acciones enfocadas en la reducción de los factores psicosociales de riesgo laboral por ejemplo reducción de la carga de trabajo, niveles seguros de dotación de personal, cambios de horario con pausas regulares, y trabajo en equipo, de cara a reducir de la tensión, el malestar psíquico y mejorar los resultados

laborales. Por otra capacitación dirigida a quienes ocupen cargos de dirección y supervisión para gestionar e implementar herramientas y brindar apoyo a la salud mental de las y los trabajadores de la salud. Además, capacitación y sensibilización a las y los trabajadores de la salud en cuestiones de salud mental a fin de mejorar sus conocimientos y actitudes respecto. Poner en marcha estrategias individuales mediante la utilización de intervenciones psicosociales universales con el fin de desarrollar habilidades de autocuidado, comunicación y manejo del estrés, promover una salud mental positiva y reducir el malestar psíquico. Por último, considerar la atención clínica de salud mental y proporcionar estrategias orientadas a la recuperación, como el empleo con apoyo reforzado.

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Tipo de Diseño

Estudio de observacional, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Población

Personal de enfermería que se desempeñó en las UCIA de organizaciones de salud de la ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, durante la pandemia de la COVID- 19.

Población (N) 59.

Unidad de análisis

Cada enfermera/o de las UCIA de las organizaciones de salud de ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, que se desempeñó durante la pandemia de la COVID-19.

Muestra

La muestra se determinó utilizando la fórmula para el cálculo de muestras representativas. La población total de enfermeras y enfermeros de UCIA (N) fue de 59, y el valor obtenido para el tamaño muestral resultó en 51. Sin embargo, se logró encuestar a 52 profesionales, lo que representa el 88.13%, de la población.

Resultado del Cálculo Muestral

Población (N) 59, Muestra (n) 51.

La muestra se obtuvo mediante la aplicación de la fórmula de cálculo de muestra representativo donde:

- N es la población.
- n es la muestra
- Z es el valor obtenido de niveles de confianza = 1,96. Nivel de confianza = 95%

- E es el límite aceptable del error muestral = 5% = 0,05
- O es el desvío estándar de la población, se desconoce su valor, por lo cual se utiliza un valor constante 0,5.

□ n= utiliza un valor constante 0,5

$$n = N \times O^2 \times Z^2$$

$$(N - 1) \times E^2 + O^2 \times Z^2$$

$$n = 59 \times 0,25 \times 3,84 = 56,64 = 56,64/1,105 = 51,25$$

$$(58) \times 0,0025 + 0,25 \times 3,84 = 0,145 + 0,96$$

$$n = 51,25 = 51.$$

Criterios de Inclusión

- Ser enfermera/o. Presentar título auxiliar, técnico/a, licenciada/o, especialista, magíster.
- Trabajar en una UCIA de las organizaciones de salud pública y privadas de la ciudad de Junín desde el inicio de la pandemia del COVID-19.
- Cumplir funciones asistenciales, y/o administrativas en los servicios mencionados.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Haber obtenido licencia por período mayor a 1 año.
- Cumplir exclusivamente funciones de investigación o docencia en UCIA.
- Diagnóstico médico, y antecedentes de problemas de salud mental previos.
- Haber presentado período vacacional, inferior a 1 mes, al momento de aplicar la encuesta.
- No se tomarán en cuenta encuestas incompletas o diligenciadas de manera incorrecta

Período de tiempo

Noviembre y diciembre de 2023.

Espacio/ lugar

El estudio se realizó en cuatro UCIA de organizaciones de salud de la ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, Argentina:

- Hospital Interzonal General de Agudos “Abraham Piñeyro” (HIGA), Lavalle 1084, Junín (Bs As)
- Clínica la Pequeña Familia S.A (Clínica LPF). Ruta 188 y Alberdi, Junín (Bs As)
- Clínica Médico Quirúrgica Sanatorio Junín (SANATORIO J). Almafuerde 68, Junín (Bs As)
- Clínica Centro, (CLINICA CENTRO), Quintana 249, Junín (Bs As).

La primera dependiente de la administración pública provincial y las otras tres pertenecientes al subsector privado y de obras sociales.

Estas instituciones satisfacen la demanda de asistencia sanitaria polivalente de las y los residentes en la mencionada ciudad y en otros siete partidos que integran la Región Sanitaria III de la provincia de Buenos Aires. Se constituyen en centros de derivación por contar con complejidad máxima (unidades de cuidados intensivos), alcanzado a más de 275.606 habitantes según el último Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas del año 2022 (190).

Técnica e instrumentos para la recolección de datos

Se administró de manera directa y personalizada una encuesta estructurada de carácter voluntaria y anónima, que presentó 41 preguntas distribuidas en dos momentos. Ver ANEXO N°1.

El primer momento del instrumento exploró variables epidemiológicas, sociodemográficas y laborales a través de 20 preguntas.

El segundo momento indagó variables relacionadas con el SBO, utilizando para ello el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), de Bernardo Moreno Jiménez et. al (101). El CBB fue diseñado en 1989, en el marco del Departamento de Psicología Biológica y Salud de la Universidad Autónoma de Madrid, y tiene como base al Inventario de Burnout (MBI) de Maslach y Jackson (1982), para ser aplicado en países hispanoparlantes.

El CBB de Moreno, posteriormente fue validado en Cuba, y luego en México por Amalia Rivera Delgado (144).

El cuestionario consta de 21 ítems organizados en tres grandes bloques (101):

Primer Bloque, Antecedentes y Causas de SBO: específicamente integrado por tres factores o subvariables relacionados con el SBO:

- 1) Características de la tarea (CT), determinada por la importancia que tiene en la génesis del SBO en el desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto.
- 2) Tedio (TE): monotonía y la repetición de las tareas.
- 3) Organización (ORG): centrado en los aspectos funcionales de la organización.

El segundo bloque explora los tres factores del SBO, recogidos del modelo presentado por Maslach y Jackson (21):

- 1) Cansancio o Agotamiento Emocional (CE),
- 2) Despersonalización (DP) y
- 3) Realización Personal (RP).

El tercer bloque, relativo a las Consecuencias del Burnout (CBO), se encuentra constituido por las subvariables: Físicas, Psicológicas (clima familiar), y Sociales (rendimiento laboral).

Cada uno de estas variables y subvariables, se encuentra representada por una o varias preguntas, como se puede apreciar en la siguiente Tabla 1 (Estructura del CBB, variables, subvariables y N° de preguntas) y en la Tabla N°3 (Matriz de datos).

Tabla 1: Estructura del CBB, variables, subvariables y N° de preguntas

BLOQUE/VARIABLES	FACTORES/SUBVARIABLE	N° PREGUNTA
Causas o Antecedentes del SBO	Características de la tarea	<u>2,10,16</u>
	Organización	<u>4, 8, 9</u>
	Tedio	6,14, 20
Síndrome de Burnout	Cansancio emocional	1,7,15
	Despersonalización	3,11,18
	Realización personal	5,12,19
Consecuencias del SBO	Físicas	13
	Psicológicas	17
	Sociales	21

Fuente: Bernardo Moreno Jiménez

El cuestionario, se responde en una escala ordinal de 5 puntos que expresan frecuencias crecientes de experimentar el contenido de la proposición de que se trate: 1: Ninguna ocasión; 2: Raramente; 3: Algunas veces; 4: Frecuentemente; 5: La mayoría de las veces.

Los ítems subrayados (2, 16, 4, 8 y 9), correspondientes a la subvariable Factores causales y antecedentes, fueron invertidos y recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes, según establece el instructivo de CBB.

A efectos del diagnóstico las y los especialistas (101) consideran el contexto organizacional precursor del SBO cuando la puntuación media poblacional es igual o superior a 29 puntos en Factores, causas o antecedentes.

A los efectos de diagnóstico individual de SBO se considera que alcanza el punto de corte a partir de la puntuación igual o superior a 25 puntos que se obtiene de la sumatoria de las tres subvariables del SB. Es decir, a partir de 25 puntos puede considerarse que una persona está afectada por el SB.

A efectos de las consecuencias del SBO, se considera que una persona está afectada a partir de 3. Cuando la puntuación es superior a 8, se considera que la persona presenta un nivel alto de SBO, es decir está críticamente afectada.

Tabla 2: Criterios de diagnósticos de SBO, según variable.

PROCESO DE SBO	BAJO	MEDIO	ALTO
Factores y Antecedentes de SBO	9-19	>19-29	>29
Síndrome de Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del SBO	3- 6	>6 – 8	>8

Fuente: Bernardo Moreno Jiménez

Seguidamente se presenta la matriz de datos, con el detalle de variables, subvariables, valor, indicador y valor de indicador, para su mayor comprensión.

Tabla 3: Matriz de datos. Cuestionario

Variables	Subvariable	Valor	Indicador	Valor del Indicador
Sociodemográficas	Edad	Años	Cantidad de años cumplidos, expresada en número entero. Pregunta: Edad	Número que escribe la unidad de análisis
	Sexo	Femenino Masculino	Característica. Biológica Sexuales. Pregunta: Sexo	La/el participante debe marcar con una X la respuesta correcta
	Relaciones personas	Sin pareja Con Pareja Habitual. Sin pareja habitual	Conexión, vínculo o correspondencia que una persona indica tener con otra persona, a la cual considera su pareja. Puede presentarse en forma habitual, cotidiana, o puede ser esporádica, ocasional, También podría darse el caso de que no exista ningún tipo de relación con una persona. Pregunta: Relación de pareja	La unidad de análisis marcar con una X, en el valor que corresponda.
	Número de hijas/os	Número	Cantidad de descendientes, hijas/os, reportado por la persona, expresado en números enteros.	La/el participante debe escribir el número de hijos

			Pregunta: ¿Cuántos hijos tiene?	
	Formación	Auxiliar Técnico, Enfermera/o universitario Licenciada/o Especialista Magister	Nivel de formación máximo alcanzado relacionado con la carrera. Pregunta: ¿Cuál es el nivel máximo de formación en enfermería alcanzado?	La/ el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta
Factores Laborales	Organización de Salud en la que trabaja	HIGA. Clínica LPF S.A. Sanatorio Junín. Clínica Centro	Organización de salud en la que trabaja la unidad de análisis en relación de dependencia. Pregunta: Organización en la que trabaja	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta
	Condición de la organización	Público Privado	Subsector provisional de salud, a la que responde la organización de salud en la cual se desempeña la unidad de análisis.	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta
	Situación Laboral	Contrato Temporal Planta Beca	Estado de la relación laboral o de empleo. Pregunta: ¿Cuál es su situación laboral?	La/el participante deberá marcar con una X la respuesta correcta
	Tiempo de experiencia en la profesión.	Años	Cálculo de los años de ejercicio transcurridos desde su egreso, expresado en números enteros Pregunta: ¿Cuántos años de ejercicio profesional presenta?	La/el participante deberá escribir los años expresados en números enteros
	Tiempo que lleva en el mismo centro	Años	Cálculo de la antigüedad en la institución, expresado en números enteros. Pregunta: ¿Cuántos años de antigüedad presenta en la organización de salud?	La/el participante deberá escribir los años expresados en números enteros
	Cargo	Jefa/e de unidad Coordinadora/ or Enfermera/o	Cargo que ocupa en la unidad de cuidados intensivos. Pregunta: Qué cargo ocupa?	La/el participante deberá marcar con una X la respuesta correcta

	Actividad que desempeña	Gestión Asistencia Ambos	Función que desempeña la unidad de análisis en la unidad de cuidados intensivos al momento de la entrevista. Pregunta: Qué función cumple en la UCIA	La/el participante Deberá marcar con una X la respuesta correcta
	Tiempo que lleva en el mismo cargo	Años	Número de años transcurridos en el mismo cargo, en la misma organización. Pregunta: ¿Cuánto tiempo lleva en el mismo cargo?	La/el participante deberá escribir los años expresados en número enteros
	Tipo de Jornada	Diurna Mixta Nocturna	Estado de la jornada laboral en relación al horario de cumplimiento del turno de trabajo: - Diurno, jornada laboral entre las 06 y las 20h. - Mixto: el turno abarca periodos de tiempo comprendidas entre las jornadas diurnas y nocturnas. -Nocturno: jornada laboral comprendida entre las 20hs y las 06 h. Pregunta: Tipo de jornada	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta
	Jornada laboral	Ordinaria Doble jornada Jornada completa	Tiempo efectivo durante el cual el trabajador o la trabajadora está a disposición cada jornada, para cumplir responsabilidades y tareas a su cargo; Escala Numérica de horas de trabajo diario. - Ordinaria: 6 y 8h. - Doble jornada: 12 y 16 h. - Jornada completa: 24h. Pregunta: ¿Cuántas horas de trabajo efectivo tiene su jornada laboral diaria?	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta
	Horas de trabajo semanal	36 h. 48 h. 76 h. más horas	Cantidad de horas reales trabajadas cada semana en UCIA Pregunta: ¿Cuántas horas trabaja cada semana?	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta

	Pluriempleo	NO. SI	Una misma persona presta tareas dependientes relacionadas con la profesión para dos o más organizaciones de salud en distintas jornadas. -Sí, cuando la misma persona presta tareas relacionadas con la profesión en dos organizaciones de salud en distintas jornadas. -No, cuando la persona presta tareas relacionadas con la profesión en una sola organización de salud. Pregunta: ¿Trabaja en más de una organización de salud?	La/el participante deberá seleccionar y marcar con una X la respuesta correcta.
	Personas que atiende diariamente	Número entero	Número de personas que atiende diariamente la unidad de análisis. Pregunta: ¿A cuántos pacientes de la UCIA proporciona cuidados diariamente?	La/el participante deberá escribir en números la respuesta.
	Interacción diaria con el sujeto de cuidado.	Menos de 30% El 50% Más de 75%	Porcentaje de tiempo de su jornada laboral diaria que pasa en interacción directa con los beneficiarios de su trabajo. Pregunta: ¿Qué tiempo de su jornada laboral diaria pasa en interacción directa con los pacientes?	La/el participante debe marcar con una X entre las opciones según corresponda
	Teletrabajo	SI NO	Modalidad de trabajo en la cual está previsto que el empleado cumpla tiempo de su jornada realizando tareas en la casa. Pregunta: ¿Realiza labores del trabajo en su casa?	La/el participante deberá escribir SI o NO según corresponda
Factores causales y antecedentes	Características de la tarea	Bajo: 9- 19 Medio: mayor a 19 hasta 29. Alto: mayor a 29	Evalúa la importancia que tiene en el SBO la realización de actividades no motivantes para el trabajador: Preguntas: 2. Me siento identificado con mi trabajo. 10.Dada la responsabilidad de mi trabajo, no conozco bien los resultados y alcances del mismo. 16. Me gusta el	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna ocasión

			ambiente y el clima de mi trabajo.	2: raramente. 3: algunas veces. 4. frecuentemente 5: la mayoría de las veces.
	Organización	Bajo: 9- 19 Medio: mayor a 19 hasta 29. Alto: mayor a 29	Evalúa la importancia e influencia de la organización funcional de la institución sobre la/el trabajador. Predictor del SBO relacionado con el apoyo social y gratificación que recibe en el trabajo, de parte de la supervisión y compañeras/os de trabajo. Preguntas: 4. Mi supervisor/a me apoya en las decisiones que tomo. 8. Mis compañeras/os me apoyan en mi trabajo. 9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.	La/el participante deberá responder seleccionando y marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. Ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4 frecuentemente 5: la mayoría de las veces
	Tedio	Bajo: 9- 19 Medio: mayor a 19 hasta 29 Alto: mayor a 29	Evalúa pérdida de interés en la tarea, repetición, y aburrimiento que ocasiona al trabajador su labor diaria. Preguntas: 6. Mi trabajo actual carece de interés 14. Mi trabajo es repetitivo. 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido.	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4: frecuentemente 5: la mayoría de las veces.
Síndrome de Burnout	Cansancio Emocional (CE)	Bajo: 9-19 Medio: mayor a 19- hasta 25. Alto: mayor a 25.	Extenuación y agotamiento asociada a síntomas psíquicos y/o físicos. Pérdida progresiva de energía. Preguntas: 1. En general estoy más bien harto de mi trabajo. 7. Cuando estoy en mi	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2:

			trabajo me siento de malhumor. 15. Estoy quemado por mi trabajo	raramente. 3: algunas veces. 4 frecuentemente 5: la mayoría de las veces
	Despersonalización (DP)	Bajo: 9-19 Medio: mayor a 19- hasta 25. Alto: mayor a 25.	Vínculo profesional deshumanizado. Actitud fría, distante y negativa hacia los pacientes, Preguntas: 3.Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes. 11.Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos 18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo.	La/el participante deberá responder, marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna ocasión 2: raramente 3: algunas veces 4: frecuentemente 5: la mayoría de las veces
	Baja Realización Personal (RP)	Bajo: 9-19 Medio: mayor a 19- hasta 25. Alto: mayor a 25.	Autoevaluación. Sentimiento de incompetencia que aparece cuando el sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales, disminuye el sentido del éxito, aparece la idea de fracaso. Preguntas: 5.Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales 12.Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso 19.El trabajo que hago dista de ser lo que yo hubiera querido.	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4: frecuentemente. 5: la mayoría de las veces

Consecuencias SBO	Física	Bajo: 3- 6 Medio: mayor a 6-8. Alto: mayor a 8	Evalúa el efecto o consecuencias físicas, del SBO en el/la trabajadora. Preguntas: 13.Considera Ud. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4: frecuentemente. 5: la mayoría de las veces
	Psicológicas	Bajo: 3- 6 Medio: mayor a 6-8 Alto: mayor a 8	Evalúa el efecto o consecuencias psicológicas del SBO en el/la trabajadora. Pregunta: 17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4: frecuentemente. 5: la mayoría de las veces
	Sociales	Bajo: 3- 6 Medio: mayor a 6-8 Alto: mayor a 8	Evalúa el efecto o consecuencias sociales del SBO en el/la trabajadora: Pregunta: 21.Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.	La/el participante deberá responder marcando con una X, la respuesta correcta: 1: ninguna. ocasión 2: raramente. 3: algunas veces. 4: frecuentemente. 5: la mayoría de las veces

Fuente: Elaboración propia. CBB

Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

La carga de los datos se realizó en una base de datos diseñada Ad Hoc utilizando Microsoft Excel y el análisis se llevó a cabo mediante el programa Epidat 4.2. Para describir los datos se utilizó

estadística descriptiva: frecuencia, proporción, promedio, media, mediana, modo, medidas de tendencia central, dispersión.

En primer lugar, se realizó una descripción de la población y las variables. Posteriormente, a través de sumatoria de antecedentes CT, ORG y TE se describieron los factores causales.

De la suma de las subvariables: CE, DP y RP, se determinó si la unidad de análisis está afectada o no por el SBO. Por último, el análisis de las subvariables Físicas, Sociales y Psicológicas permitió establecer las consecuencias del SBO sobre la población observada.

Además, para el estudio de algunas variables, se consideró el análisis de la población de manera grupal, según la organización de salud donde se desempeñe el personal de enfermería para compararlas en busca de significancia estadística.

Consideraciones éticas.

Aprobación de Comité de Investigación

Obtenida la aprobación por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste, y las correspondientes autorizaciones de las máximas autoridades de las organizaciones de salud, el protocolo de investigación, fue presentado para su evaluación y aprobación ante el Comité de Ética en la Investigación y en Uso de Animales de Experimentación de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires (COENOA), en el mes de mayo de 2023. Aprobado, el día 28 de agosto del mismo año. Dictamen Ético N° 009-2023, Notificación, 7 de septiembre de 2023. Ver ANEXO N°2

Registro del Estudio

Posteriormente, siguiendo la recomendación del COENOA, el 19 de octubre de 2023 se presentó la documentación pertinente para su evaluación y registro ante la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS), del Centro de Investigación e Investigador Principal Participante dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Finalmente, el 23 de noviembre del mismo año, la investigadora recibió la notificación del registro, NO-2023-48368089-GDEBA-DPEGSFFMSALGP, indicando que el protocolo había cumplido con los requisitos regulatorios para el Registro del Estudio Observacional en los términos de la Ley N°11044, y que había sido aprobado por el Director Provincial de la Escuela de Gobierno en Salud “Florencia Ferrara”. Ver ANEXO N°3

Información para el participante, Obtención del consentimiento informado

Antes de dar inicio al proceso de recolección de datos, la investigadora invitó personalmente a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, a participar de la investigación.

De manera presencial, privada e individualizada informó a cada enfermera y enfermero los aspectos relacionados con la investigación: denominación del estudio, investigadora, director, objetivos, qué características presenta el estudio, cuales son los beneficios de participar, porqué es importante hacerlo, en qué consistía su participación; su carácter voluntario, anónimo y confidencial, posibilidad de acceder a los resultados. Además, se les informó que en los casos en que se detectase riesgo o problema de salud, la autora de la presente investigación se comprometía a comunicarles de manera directa, sin intermediarios, el hallazgo y/o resultado del cuestionario administrado, y las posibilidades de asistencia especializada y disponible en el ámbito de la salud pública, en la ciudad de Junín

Se le brindó además la oportunidad de realizar preguntas, las que fueron respondidas por la investigadora responsable. Finalmente, se le solicitó su consentimiento informado por escrito, ante la presencia de un testigo. Ver ANEXO N°4 y 5

Resguardo y confidencialidad de los datos

Los nombres de las y los participantes fueron asociados a un número de serie, para preservar su anonimato. La información fue resguardada y protegida mediante el empleo de claves digitales de acceso restringido, a las cuales solo la investigadora tiene acceso.

Se le informa, además, sobre la posibilidad de acceder a los resultados si manifiestan voluntad de conocerlos; y en el caso de detectar cualquier riesgo en su salud, se le comunicará, particularmente, para brindarle la posibilidad de recibir oportunamente atención profesional especializada. Ver ANEXO N°: 4 y 5: Hoja de Información para el Participante y Consentimiento Informado respectivamente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 52 enfermeras y enfermeros distribuida de la siguiente manera según su lugar de trabajo: Clínica LPF S. A (20), HIGA (16); Clínica Centro (10), y Sanatorio Junín (6).

Tabla 4: Frecuencia de participantes en el estudio, según organización de salud en la que se desempeñan. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023

ORGANIZACIÓN DE SALUD	FRECUENCIA	%	PORCENTAJE ACUMULADO
CLINICA LPF	20	38,46	38,46
HIGA	16	30,77	69,23
CLINICA CENTRO	10	19,23	88,46
SANATORIO J	6	11,54	100,00
TOTAL	52	100,00	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Del total de participantes del estudio (52), 20(38.46%) se desempeñaban en Clínica LPF, 16 (30.77%) en HIGA, 10 (19.23%) en Clínica Centro y 6 (11.54%) en el Sanatorio Junín.

Variables Sociodemográficas

Subvariables: Edad

Tabla 5: Profesionales de enfermería según edad y organización de salud en la que se desempeñaban. Cuidad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023

EDAD					
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	GENERAL	SANATORIO J	CLINICA CENTRO	HIGA	CLINICA LPF
Media	42,2307692	44,6666667	43,3	41,1875	41,8
Error típico	1,0332392	3,69383871	2,78507929	1,57379253	1,67111687
Mediana	42,5	48	43,5	42	42
Moda	33	N/A	N/A	43	42
Desviación estándar	7,45079384	9,04802004	8,80719403	6,29517011	7,47346182
Varianza de la muestra	55,5143288	81,8666667	77,5666667	39,6291667	55,8526316
Curtosis	-0,56304253	-1,64772968	0,06868788	0,77812007	-0,55024497
Coefficiente de asimetría	-0,01857276	-0,58824754	0,26502439	0,43200465	-0,15594822
Rango	31	22	30	25	28
Mínimo	27	33	28	31	27
Máximo	58	55	58	56	55
Suma	2196	268	433	659	836
Cuenta	52	6	10	16	20
Mayor (1)	58	55	58	56	55
Menor(1)	27	33	28	31	27
Nivel de confianza (95,0%)	2,07431425	9,4953147	6,30028707	3,35445937	3,4976878

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La media de edad general de la población estudiada fue de 42.23 años. El análisis de la edad del personal de enfermería según institución en la que trabajaba, arroja los siguientes resultados: Sanatorio Junín, media de 44.6; Clínica Centro, media de 43.3; HIGA, media de 41.1; y Clínica LPF, media de 41.8 de edad.

Subvariable: Edad y Sexo

Tabla 6: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, según edad y sexo. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.

VALORES	SEXO				TOTALES	
GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
25 a 29	0	0,00	2	4,65	2	3,85
30 a 34	3	33,33	7	16,28	10	19,23
35 a 39	0	0,00	5	11,63	5	9,62
40 a 44	3	33,33	13	30,23	16	30,77
45 a 49	2	22,22	9	20,93	11	21,15
50 a 54	1	11,11	3	6,98	4	7,69
55 a 59	0	0,00	4	9,30	4	7,69
TOTALES	9	100,00	43	100,00	52	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

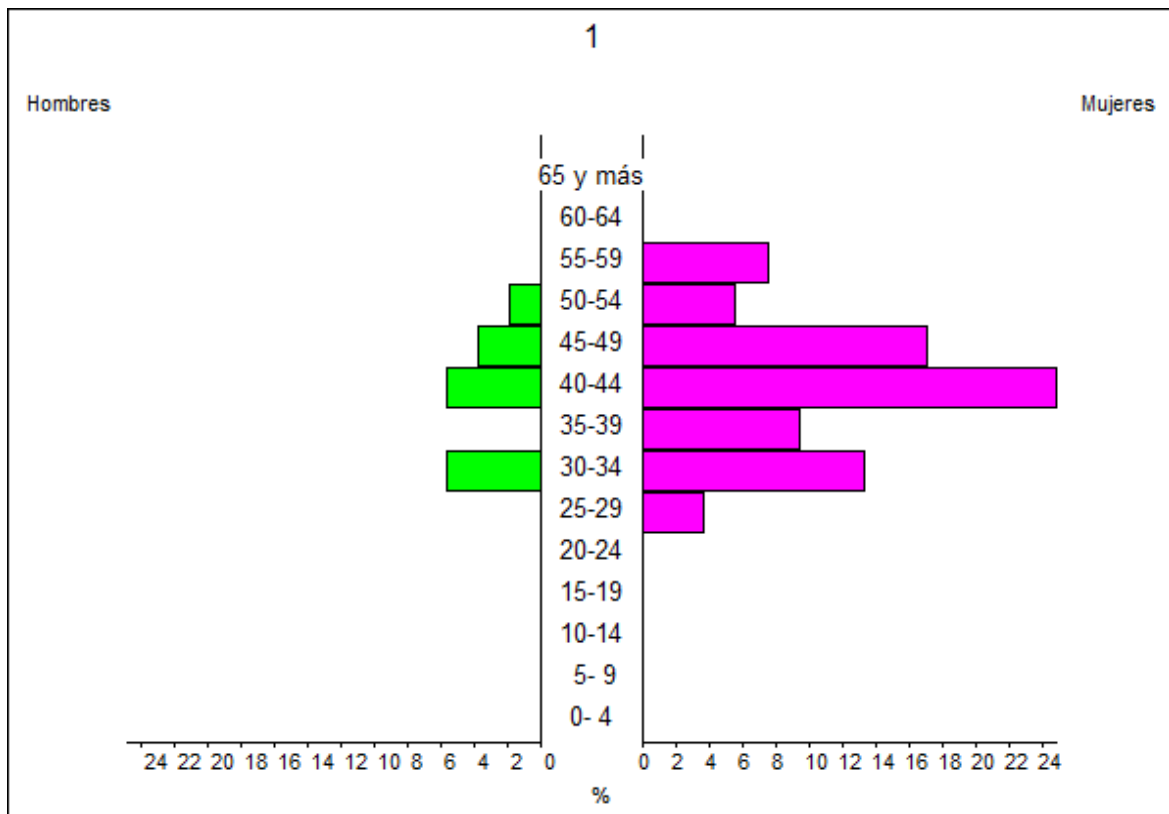


Ilustración 3: Pirámide de población. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre diciembre de 2023.

43 (82.69%) de las y los encuestadas se identificaron con el sexo femenino y 9 (17.31) con el sexo masculino.

En cuanto a la distribución por sexo de las y los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos para cada organización de salud fueron los siguientes:

HIGA, 15 (93.75%) se identificaron con el sexo femenino. Clínica Centro, 8 (80%) se identificaron con el sexo femenino. Clínica LPF, 16 (80%) se identificaron con el sexo femenino. Sanatorio Junín, 4 (66.67%) se identificaron con el sexo femenino.

El 51.16% (22) de las personas del sexo femenino, presentaron al momento de responder la encuesta entre 40 y 49 años de edad. De las 9 personas de sexo masculino, 5 (55.55%) presentaron entre 40 y 49 años de edad; 3 entre 30 y 34 años de edad, y 1 (11.11%) era mayor de 50 años.

Variable: Relaciones Personales

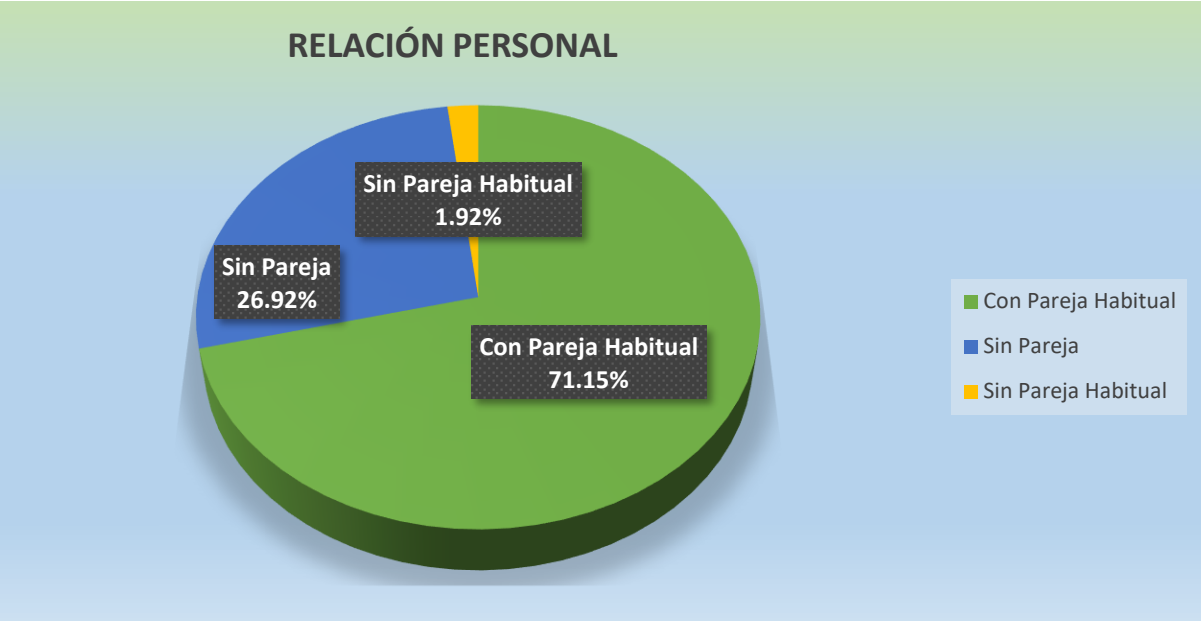


Ilustración 4; Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según relaciones personales. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.

Respecto a las relaciones personales, 37 (71.15%) de las y los encuestados presentaron pareja habitual, 14 (26.92%) no presentaron pareja, y 1 (1.92%) una persona refirió sin pareja habitual.

Tabla 7: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA según relación personal y organización de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	CON PAREJA HABITUAL	SIN PAREJA	SIN PAREJA HABITUAL	TOTAL
CLÍN. CTRO	6	4	0	10
	60,00	40,00	0,00	100,00
	16,22	28,57	0,00	19,23
	11,54	7,69	0,00	19,23
CLINICA LPF	12	7	1	20
	60,00	35,00	5,00	100,00
	32,43	50,00	100,00	38,46
	23,08	13,46	1,92	38,46
HIGA	14	2	0	16
	87,50	12,50	0,00	100, 00
	37,84	14,29	0,00	30,77
	26,92	3,85	0,00	30,77
SANATORIO J	5	1	0	6
	83,33	16,67	0,00	100,00
	13,51	7,14	0,00	11,54
	9,62	1,92	0,00	11,54
TOTAL	37	14	1	52
	71,15	26,92	1,92	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	71,15	26,92	1,92	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En lo que respecta a la distribución de la variable relación personal, según organización de salud: HIGA Junín: 14 (87.5%) profesionales presentaban pareja habitual; y 2 (12.5%) no presentaban pareja. Clínica Centro, 6 (60%) presentaban pareja habitual. Las/os restantes 4 (40%) no presentaban pareja. Clínica LPF, 12 (60%) de las y los enfermeros presentaban pareja habitual, 7 (37%) no presentaban pareja y 1 (5%) sin pareja habitual. Sanatorio Junín, 5(83.33%) presentaban pareja habitual y 1(16.67%) no presentaba pareja.

Subvariable: Número de hijas/os

Tabla 8: Análisis descriptivo, número de hijas/os de las y los profesionales de enfermería según organización de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre 2023.

N° DE HIJAS/OS	GENERAL	ORGANIZACIÓN DE SALUD			
		CLINICA CENTRO	CLINICA LPF	HIGA	SANATORIO J
N	52	10	20	16	6
Media	1,923	2,3	2	1,688	1,667
Mediana	2	2,5	2	2	2
Desviación estándar	1,48	1,636	1,835	1,014	1,033
Varianza	2,19	2,678	3,368	1,029	1,067
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	8	5	8	3	3

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

La media de la población estudiada presentó 1.92 hijas/os, mediana y moda de 2. Desvío estándar de 1.48. Con un rango mínimo de 0 (sin hijos), y rango máximo de 8.

Respecto al número de hijos/as del personal de enfermería que trabajaba en las UCIA, según organización: Clínica Centro presentó una media de 2.3hijos/as; Clínica LPF una media de 2; HIGA media de 1.6 y Sanatorio Junín, una media de hijos/as

Subvariable: Formación

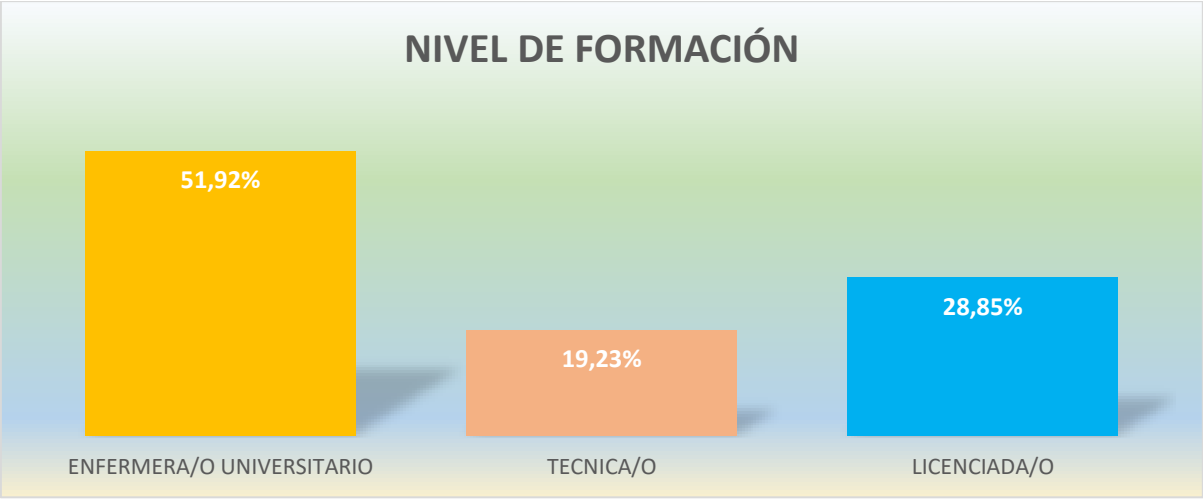


Ilustración 5: Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según nivel de formación y organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

El estudio de la distribución de la variable formación del personal de enfermería que trabajaba en las UCIA, arrojó los siguientes datos: 37 (71.15%) enfermeras y enfermeros presentaban título de pregrado. 27 (51,92%) presentaban título de enfermera/o universitario y 10 (19.23%) presentaban formación técnica no universitaria. 15 (28.85%) habían obtenido el título de grado en enfermería. No se registraron auxiliares de enfermería, así como tampoco niveles de formación superior al grado.

Tabla 9: Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA según nivel de formación y organización en la que se desempeñaban. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	NIVEL DE FORMACIÓN			
ORG. DE SALUD	ENFERMERA/ O UNIVERSITARIO	TÉCNICA/O	LICENCIADA/O	TOTAL
CLÍNICA CENTRO	6	2	2	10
	60,00	20,00	20,00	100,00
	22,22	20,00	13,33	19,23
	11,54	3,85	3,85	19,23
CLINICA LPF	11	2	7	20
	55,00	10,00	35,00	100,00
	40,74	20,00	46,67	38,46
	21,15	3,85	13,46	38,46
HIGA	7	5	4	16
	43,75	31,25	25,00	100,00
	25,93	50,00	26,67	30,77
	13,46	9,62	7,69	30,77
SANATORIO J	3	1	2	6
	50,00	16,67	33,33	100,00
	11,11	10,00	13,33	11,54
	5,77	1,92	3,85	11,54
	27	10	15	52

TOTAL	51,92	19,23	28,85	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	51,92	19,23	28,85	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla de contingencia, muestra niveles de formación según organización en la que se desempeñaban las unidades de análisis. En las 4 instituciones, predominó el nivel de formación pregrado: Sanatorio Junín: 4 (66.67%); Clínica Centro: 8 (80%); Clínica LPF: 18 (90%); HIGA, 11 (75%).

Variables: Factores Laborales

Subvariable: Organización de Salud y Condición de la Organización

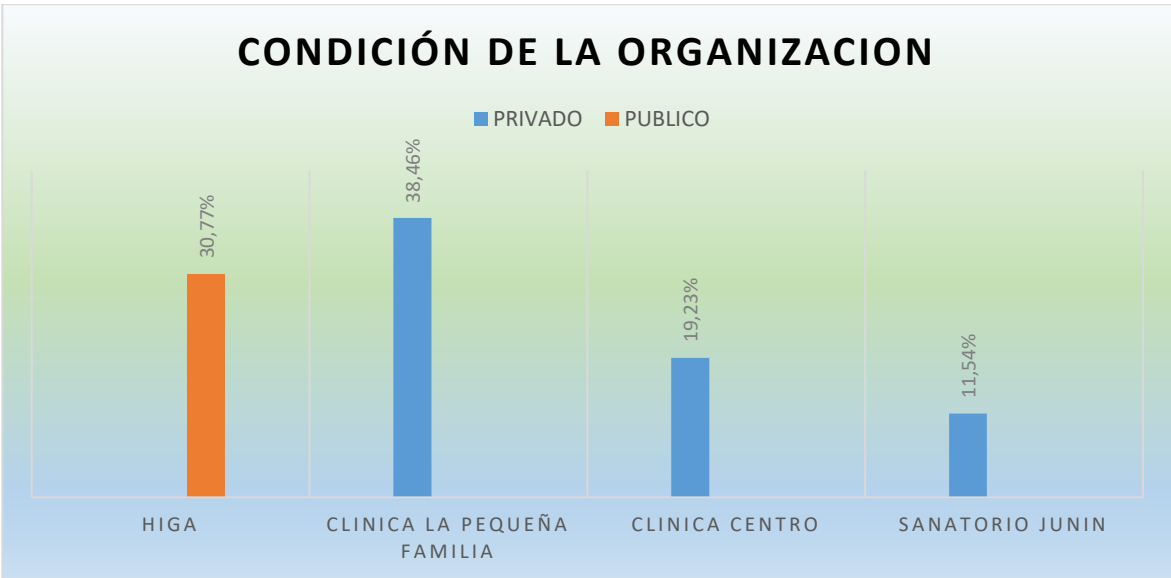


Ilustración 6: Distribución de las y los profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA, según organización de salud y condición de trabajo. Ciudad de Junín. Noviembre y diciembre 2023.

De las y los 52 participantes del estudio, 36 (69.23%) trabajaban en UCIA de organizaciones de salud del sector privado. Distribuyéndose de la siguiente manera: 20 (38.46%) trabajaban en la Clínica LPF, 10 (19.23%) en Clínica Centro, y 6 (11.54%) en el Sanatorio Junín. Los restantes 16 (30.77%) trabajaban en el HIGA.

Subvariable: Situación Laboral

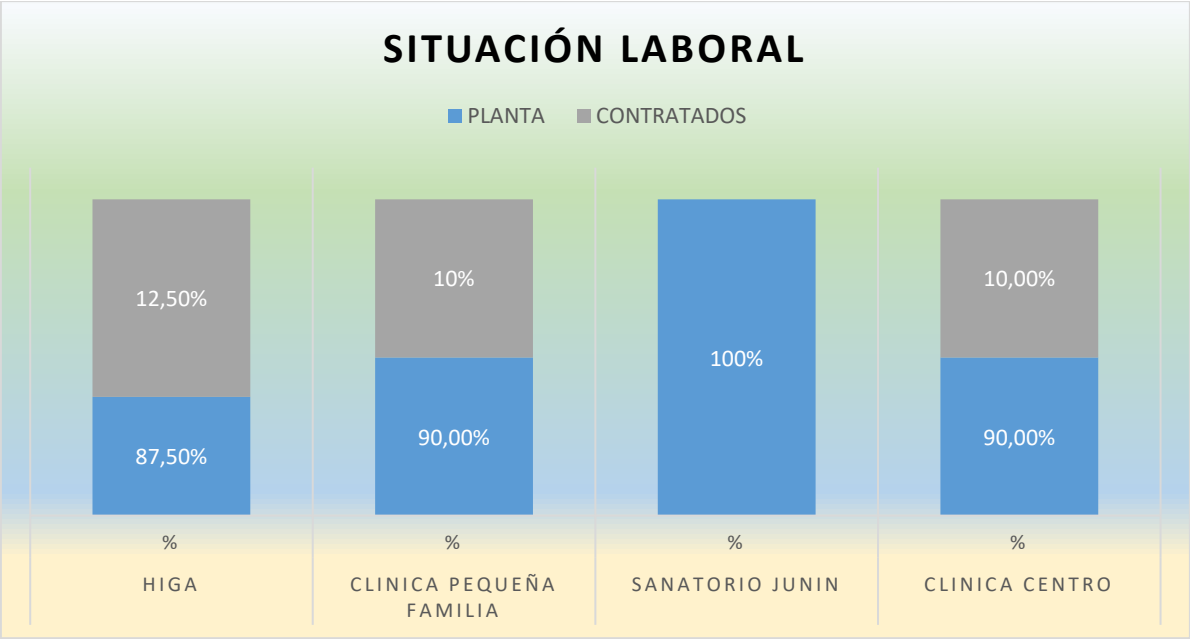


Ilustración 7: Personal de enfermería que trabaja en las UCIA, según organización de salud y situación laboral. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

Respecto a la situación laboral, 47 (90.38%) participantes del estudio, formaban parte de la planta permanente de las organizaciones, y 5 (9.62 %) eran contratos.

Respecto a las y los enfermeros que presentaron contratos, 2 se ubicaban trabajando en el HIGA, 2 en Clínica LPF y 1, en Clínica Centro.

Subvariable: Tiempo de experiencia en la profesión

Tabla 10: Análisis estadístico descriptivo. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según número de años de ejercicio en la profesión. Ciudad de Junín, noviembre - diciembre de 2023.

Nº DE AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	GENERAL	CLINICA CENTRO	CLINICA LPF	SANATORIO J	HIGA
N	52	10	20	6	16
Media	14.15	13,9	14,85	15,667	12,875
Mediana	13	10	15	15	12
Desviación estándar	6.72	8,075	6,62	8,687	5,524
Mínimo	4	5	6	4	5
Máximo	30	28	28	30	25

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En el análisis estadístico descriptivo de la variable N° de años de ejercicio profesional, se obtuvieron los siguientes resultados: media general de 14,15 años de ejercicio de la profesión, siendo la mediana 13 años y la moda o valor que más se repite 10 años; con un rango mínimo de 4 y máximo de 30. Según organización donde trabajaban: Clínica Centro, media de 13.9, rango mínimo de 5, y máximo

de 28 años. Clínica LPF, media de 14.85, rango mínimo de 6 y máximo de 28 años de ejercicio profesional. Sanatorio Junín, media de 15.66, rango mínimo de 4 y máximo de 30 años. HIGA, media de 12.87, rango mínimo de 4 y máximo de 25 años de ejercicio de la profesional.

Subvariable: Tiempo que lleva en el mismo centro de salud

Tabla 11: Análisis estadístico descriptivo: años de antigüedad en la misma organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	
Media	11,0384615
Error típico	0,86535529
Mediana	9
Moda	4
Desviación estándar	6,24016572
Varianza de la muestra	38,9396682
Curtosis	-0,45660693
Coeficiente de asimetría	0,77450188
Rango	22
Mínimo	4
Máximo	26
Suma	574
Cuenta	52
Nivel de confianza(95,0%)	1,73727323

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La media de años que llevaba el personal de enfermería trabajando en el mismo centro de salud fue de 11.03 años; con una mediana de 9 años y una moda de 4. Desvió estándar de 6.24. Rango mínimo de 4 y máximo de 26.

Subvariable: Cargo

Tabla 12: Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA, según organización de salud y cargo que desempeñaban. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	CARGO			
ORGANIZACIÓN	COORDINADOR/ /A	JEFA/E DE UNIDAD	ENFERMERA/O	TOTAL
CLINICA CENTRO	0	0	10	10
	0,00	0,00	100,00	100,00
	0,00	0,00	21,28	19,23
	0,00	0,00	19,23	19,23
	1	0	19	20

CLINICA LPF	5,00	0,00	95,00	100,00
	25,00	0,00	40,43	38,46
	1,92	0,00	36,54	38,46
HIGA	3	0	13	16
	18,75	0,00	81,25	100,00
	75,00	0,00	27,66	30,77
	5,77	0,00	25,00	30,77
SANATORIO J	0	1	5	6
	0,00	16,67	83,33	100,00
	0,00	100,00	10,64	11,54
	0,00	1,92	9,62	11,54
TOTAL	4	1	47	52
	7,69	1,92	90,38	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	7,69	1,92	90,38	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla de contingencia muestra, la distribución del personal de enfermería, según cargo en las organizaciones de salud. De las y los 52 encuestados, 47(90.38%) presentaron cargo de enfermera/o, 4 (7.69%) de coordinador/a y 1 (1.92%) jefe de unidad. De las personas que ocupaban el cargo de coordinador/a, 3 se desempeñaban en el HIGA, y uno Clínica LPF. Respecto al cargo de jefe/a de unidad, corresponde a una persona que se desempeñaba en Sanatorio Junín.

Subvariable: Actividad que desempeña.

Tabla 13: Actividad que desempeñaban las y los profesionales de enfermería en las UCIA, según organización de salud. Ciudad e Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	ACTIVIDAD			
ORG.	AMBOS	ASISTENCIA	GESTIÓN	TOTAL
CLÍNICA CENTRO	0	10	0	10
	0,00	100,00	0,00	100,00
	0,00	22,73	0,00	19,23
	0,00	19,23	0,00	19,23
CLINICA LPF	0	18	2	20
	0,00	90,00	10,00	100,00
	0,00	40,91	50,00	38,46
	0,00	34,62	3,85	38,46
HIGA	2	12	2	16
	12,50	75,00	12,50	100,00
	50,00	27,27	50,00	30,77
	3,85	23,08	3,85	30,77

SANATORIO J	2	4	0	6
	33,33	66,67	0,00	100,00
	50,00	9,09	0,00	11,54
	3,85	7,69	0,00	11,54
TOTAL	4	44	4	52
	7,69	84,62	7,69	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	7,69	84,62	7,69	100,00

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

El 100 % (10) de las y los encuestados que trabajaban en la UCIA de Clínica Centro, cumplían funciones de asistencia. Respecto a la Clínica LPF, 18 (90%) realizaba actividades asistenciales y 2 (10%) de gestión. En el HIGA, 12 (75%) realizaba actividades de asistencia, 2 (12.5%) de gestión, y 2 (12.5%) cumple ambas funciones. Por último 4 (66.67%) enfermeras/os de UCIA del Sanatorio Junín, realizaban actividades asistenciales y 2 (33.33%) cumplían actividades de asistencia y gestión simultáneamente.

Subvariable: Cargo

Tabla 14: Actividad que desempeñaban las unidades de análisis, según cargo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

CARGO	ACTIVIDAD			
	AMBOS	ASISTENCIA	GESTIÓN	TOTAL
COORDINADOR/A	1	0	3	4
	25,00	0,00	75,00	100,00
	25,00	0,00	75,00	7,69
	1,92	0,00	5,77	7,69
ENFERMERA/O	2	44	1	47
	4,26	93,62	2,13	100,00
	50,00	100,00	25,00	90,38
	3,85	84,62	1,92	90,38
JEFA/E DE UNIDAD	1	0	0	1
	100,00	0,00	0,00	100,00
	25,00	0,00	0,00	1,92
	1,92	0,00	0,00	1,92
TOTAL	4	44	4	52
	7,69	84,62	7,69	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	7,69	84,62	7,69	100,00

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Como puede observarse en la tabla de contingencia, 47 de las y los encuestados presentaron cargo de enfermera/o. De estos, 44 (93.62%) cumplían funciones asistenciales, 2 (4.26%) de gestión y asistencia representados en la categoría “ambos”; y 1 (2.13%) desarrollaba actividades de gestión

exclusivamente.

4 (7.69%) de las y los enfermeros encuestados refirió presentar cargo de coordinador/a. De este grupo, 3 (75%) desempeñaba actividades de gestión exclusivamente y 1 (25%) desarrollaba ambas funciones: gestión y asistencia.

1 (1.92%) enfermera/o presentó cargo de jefa/e de unidad y cumplía ambas funciones.

Finalmente puede concluirse que 8 (7.69%) de las y los encuestados cumplía funciones de gestión.

Subvariable: Tiempo que lleva en el mismo cargo

Tabla 15: Análisis estadístico descriptivo, sobre el tiempo que llevan las unidades de análisis en el mismo cargo, según organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023.

Nº AÑOS EN EL CARGO	GENERAL	CLINICA CENTRO	CLINICA LPF	HIGA	SANATORIO J
n	52	10	20	16	6
Media	8.75	10,6	8,7	6,812	7,833
Mediana	7	6,5	7,5	4	7
Desviación estándar	5,57	9,22	4,13	5,67	5,03
Varianza	31,132	85,156	17,063	32,163	25,367
Mínimo	4	1	3	2	3
Máximo	23	23	16	23	16

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

Las y los enfermeros, presentaron una media de 8.75 años en el mismo cargo. Rango de 19 años, con un mínimo de 4 años y un máximo de 23 años.

La media de cada organización de salud, fue la siguiente: Clínica Centro, media de 10.6 años de permanecía en el mismo cargo. Clínica LPF, media de 8.7 años; HIGA, 6.81 años y Sanatorio Junín de 7.83 años de permanencia en el mismo cargo.

Subvariable: Tipo de Jornada

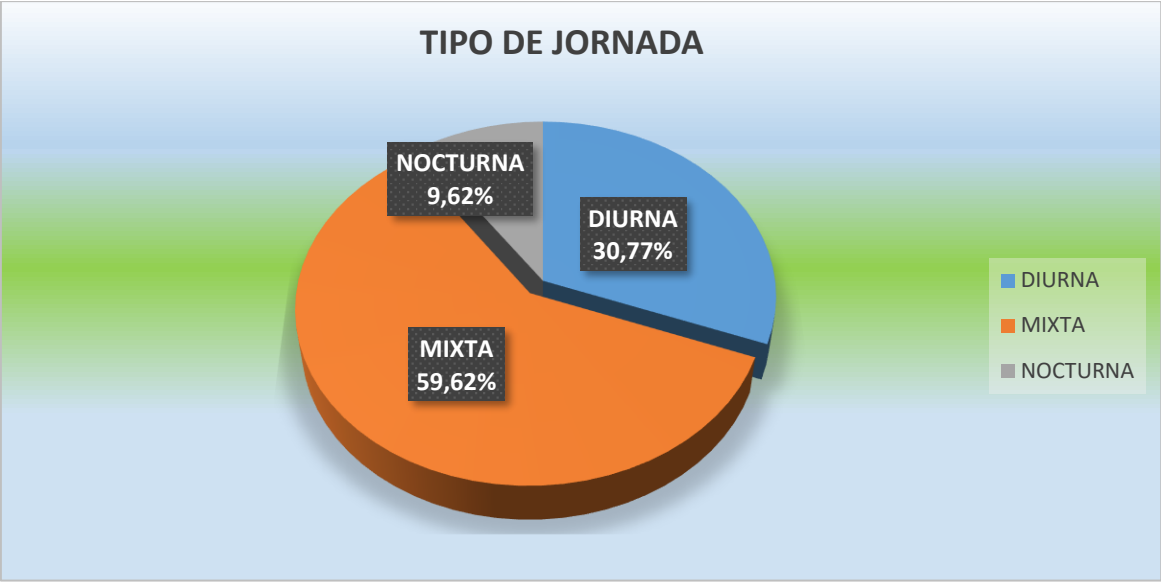


Ilustración 8: Distribución de las y los profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA, según tipo de jornada. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

De las y los enfermeros encuestados, 31 (59.62%) refirieron cumplir jornadas mixtas. 16 (30.77%), trabajaba en horario diurno, y 5 (9.62%), en horario nocturno.

Tabla 16: Distribución de las y los profesionales que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín según tipo de jornada y organización de salud. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023

VALORES	TIPO DE JORNADA			
ORG.	DIURNA	MIXTA	NOCTURNA	TOTAL
CLÍN. CTRO	0	9	1	10
	0,00	90,00	10,00	100,00
	0,00	29,03	20,00	19,23
	0,00	17,31	1,92	19,23
CLINICA LPF	12	4	4	20
	60,00	20,00	20,00	100,00
	75,00	12,90	80,00	38,46
	23,08	7,69	7,69	38,46
HIGA	2	14	0	16
	12,50	87,50	0,00	100,00
	12,50	45,16	0,00	30,77
	3,85	26,92	0,00	30,77
SANATORIO J	2	4	0	6
	33,33	66,67	0,00	100,00
	12,50	12,90	0,00	11,54
	3,85	7,69	0,00	11,54
TOTAL	16	31	5	52
	30,77	59,62	9,62	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	30,77	59,62	9,62	100,00

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

El tipo de jornada que predominó en cada organización de salud fue el siguiente: Clínica Centro, el 90% (9) cumplía jornada mixta; Clínica LPF el 60% (12) realizaban jornadas diurnas. HIGA, el 87.50% (14) cumplían jornadas mixtas. Sanatorio Junín, el 66,67%(4) de las y los profesionales realizaban jornada mixta.

Subvariable: Horas semanales de trabajo

Tabla 17: Profesionales de enfermería que desempeñaban en las UCIA, según organización de salud y horas semanales de trabajo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	HORAS SEMANALES DE TRABAJO				
ORG. DE SALUD	36HS	48HS	76HS	MÁS HORAS	TOTAL
CLÍNICA CENTRO	4	1	4	1	10
	40,00	10,00	40,00	10,00	100,00
	13,79	12,50	33,33	33,33	19,23
	7,69	1,92	7,69	1,92	19,23
CLINICA LPF	8	5	6	1	20
	40,00	25,00	30,00	5,00	100,00
	27,59	62,50	50,00	33,33	38,46
	15,38	9,62	11,54	1,92	38,46
HIGA	14	0	2	0	16
	87,50	0,00	12,50	0,00	100,00
	48,28	0,00	16,67	0,00	30,77
	26,92	0,00	3,85	0,00	30,77
SANATORIO J	3	2	0	1	6
	50,00	33,33	0,00	16,67	100,00
	10,34	25,00	0,00	33,33	11,54
	5,77	3,85	0,00	1,92	11,54
TOTAL	29	8	12	3	52
	55,77	15,38	23,08	5,77	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	55,77	15,38	23,08	5,77	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Del total de enfermeras y enfermeros que conformaron la población, 29 (55.77%) trabajaban 36 hs semanales; 12 (23.08%) 76 hs, 8 (15.38%) 48hs y 3 (5.77%) más de 76 hs semanales. En el análisis de los datos de cada organización de salud se observó: Clínica Centro, predominó enfermeras/os que trabajaban jornadas de 36 hs y 76hs con el 40% respectivamente. Clínica LPF (40%), HIGA (87.50%), y Sanatorio Junín (50%) presentaron mayoritariamente jornadas de 36hs semanales.

Subvariable: Horas diarias de trabajo

Tabla 18: Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según organización de salud y horas diarias de trabajo. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	HORAS DIARIAS DE TRABAJO		
ORGANIZACIÓN	DOBLE JORNADA	ORDINARIA	TOTAL
CLÍNICA CENTRO	5	5	10
	50,00	50,00	100,00
	33,33	13,51	19,23
	9,62	9,62	19,23
CLINICA LPF	6	14	20
	30,00	70,00	100,00
	40,00	37,84	38,46
	11,54	26,92	38,46
HIGA	3	13	16
	18,75	81,25	100,00
	20,00	35,14	30,77
	5,77	25,00	30,77
SANATORIO J	1	5	6
	16,67	83,33	100,00
	6,67	13,51	11,54
	1,92	9,62	11,54
TOTAL	15	37	52
	28,85	71,15	100,00
	100,00	100,00	100,00
	28,85	71,15	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

37 (71,15%) de las y los 52 encuestadas/os, refirieron cumplir jornada ordinaria, entre 6 y 8 horas de trabajo. Mientras que 15 (28.85%) realizaban jornadas dobles de entre 12 y 16 horas.

Si se analiza cada grupo considerando la organización en la que se desempeñaban, Clínica Centro, el 50% (5) presentaron doble jornada y el otro 50% jornada ordinaria; Tanto Clínica LPF, como el HIGA y Sanatorio Junín predominó jornada ordinaria con el 70%, 81,25%(13), y 83.33% (5) respectivamente.

Subvariable: Pluriempleo

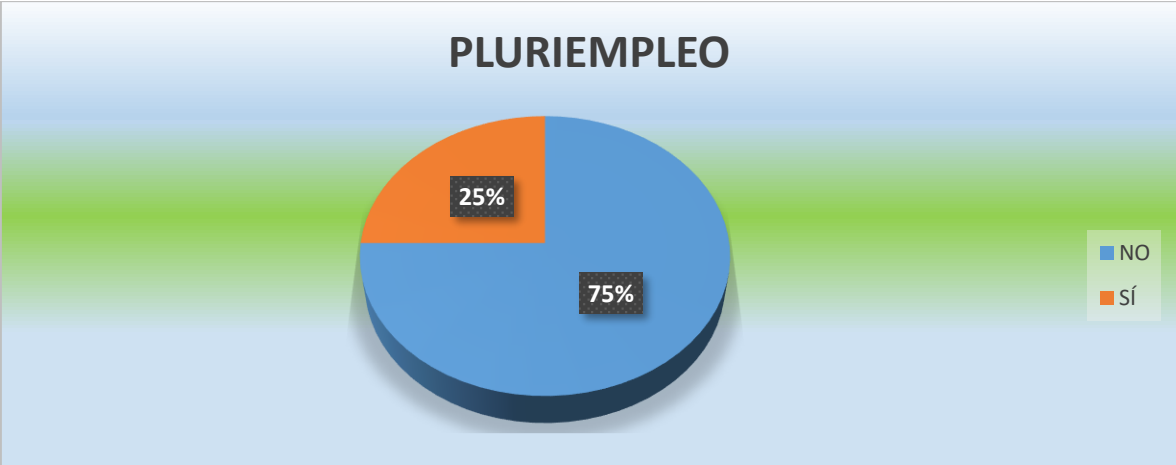


Ilustración 9: Personal de enfermería que trabajaba en las UCIA, según pluriempleo. Ciudad de Junín, noviembre de 2023

Del total de encuestados (n=52), 13 (25%) profesionales de la enfermería refirieron trabajar en más de una organización de salud simultáneamente.

Tabla 19: Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, según organización y pluriempleo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

ORGANIZACIÓN	PLURIEMPLEO		TOTAL
	NO	SÍ	
CLÍNICA CENTRO	5	5	10
	50,00	50,00	100,00
	12,82	38,46	19,23
	9,62	9,62	19,23
CLINICA LPF	15	5	20
	75,00	25,00	100,00
	38,46	38,46	38,46
	28,85	9,62	38,46
HIGA	14	2	16
	87,50	12,50	100,00
	35,90	15,38	30,77
	26,92	3,85	30,77
SANATORIO J.	5	1	6
	83,33	16,67	100,00
	12,82	7,69	11,54
	9,62	1,92	11,54
TOTAL	39	13	52
	75,00	25,00	100,00
	100,00	100,00	100,00
	75,00	25,00	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

De las 13 personas que trabajaban en más de una organización de salud, el 5 (38,6%) correspondían a Clínica Centro, 5 (38,6%) a Clínica LPF, 2 (15.38 %) a HIGA, y 1 (7.69%) al Sanatorio Junín.

Subvariable: Personas que atiende diariamente

Tabla 20: Análisis estadístico descriptivo: número de personas que atienden a diario las y los profesionales de enfermería en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

Nº DE PERSONAS QUE ATIENDE A DIARIO	GENERAL	CLINICA CENTRO	CLINICA LPF	HIGA	SANATORIO J
N	52	10	20	16	6
Media	3,808	3,9	3,15	4,25	4,667
Mediana	4	4	3	4	5
Moda	4	{4}	{3}	{4}	{5}
Desviación estándar	1,442	0,316	1,565	1,653	0,516
Varianza	2,08	0,1	2,45	2,733	0,267
Mínimo	0	3	0	0	4
Máximo	8	4	5	8	5

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La población en estudio atendía diariamente en cada jornada laboral, una media de 3.8 personas; mediana y modo de 4, rango mínimo de 0 y máximo de 8 pacientes. Es importante destacar, que rango mínimo (valor 0), corresponde a las y los enfermeros que cumplían exclusivamente funciones de gestión; en esta situación se identificaron 4 (7.69%) profesionales. 25 (48.08%) de las y los encuestados proporcionaban cuidados a 4 pacientes por jornada; 11 (21.15%) a 3 pacientes, 9 (17.31%) a 5, 2 (3.85%) a 6 pacientes, y uno (1.92%) refirió proporcionar cuidados a 8 pacientes por jornada.

Agrupadas/os según organización de salud en la que trabajaban las unidades de análisis, se obtuvo los siguientes resultados: Clínica Centro: media de 3.9 pacientes diarios. Clínica LPF, media de 3.15. HIGA: media de 4.25 y Sanatorio Junín, media de 4.66 pacientes diarios.

Subvariable: Interacción diaria con el sujeto de cuidado

Tabla 21: Interacción diaria con el sujeto de cuidado, según organización. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	INTERACCION DIRECTA CON EL SUJETO DE CUIDADO				TOTAL
ORG. DE SALUD	< del 30%	50%	> del 75%	AUSENTE	
CLÍNICA CENTRO	1	1	8	0	10
	10,00	10,00	80,00	0,00	100,00
	25,00	8,33	25,00	0,00	19,23
	1,92	1,92	15,38	0,00	19,23
	0	6	11	3	20

CLINICA LPF	0,00	30,00	55,00	15,00	100,00
	0,00	50,00	34,38	75,00	38,46
	0,00	11,54	21,15	5,77	38,46
HIGA	2	4	9	1	16
	12,50	25,00	56,25	6,25	100,00
	50,00	33,33	28,12	25,00	30,77
	3,85	7,69	17,31	1,92	30,77
SANATORIO J	1	1	4	0	6
	16,67	16,67	66,67	0,00	100,00
	25,00	8,33	12,50	0,00	11,54
	1,92	1,92	7,69	0,00	11,54
TOTAL	4	12	32	4	52
	7,69	23,08	61,54	7,69	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	7,69	23,08	61,54	7,69	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

De las y los 52 enfermeros/as que constituyen la población del presente estudio, 32 (61.54%) refirieron que, durante la jornada diaria, interaccionaban con la/el sujeto de cuidado más del 75% del tiempo; 12 (23.08%), interaccionan el 50% del tiempo, y 4 (7.69%) menos del 30% del tiempo. Los restantes 4 (7.69%), no respondieron la pregunta. Estos últimos corresponden a profesionales que cumplen funciones de gestión.

El análisis del tiempo de interacción diaria del personal de enfermería con el sujeto de atención según organización, mostró lo siguiente: Clínica Centro, el 80%(8) de las y los encuestados interactúan más del 75% del tiempo de su jornada con sus pacientes. De manera similar, en Clínica LPF el 55%(11) reportó el mismo nivel de interacción. HIGA, esta proporción fue de 56.25%(9), y Sanatorio Junín 66.67%(4).

Subvariable: Teletrabajo

Tabla 22: Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA, según función y teletrabajo. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023

VALORES	TRABAJO EN CASA		TOTAL
FUNCIÓN	NO	SÍ	
AMBOS	1	3	4
	25,00	75,00	100,00
	2,17	50,00	7,69
	1,92	5,77	7,69

ASISTENCIA	44	0	44
	100,00	0,00	100,00
	95,65	0,00	84,62
	84,62	0,00	84,62
GESTIÓN	1	3	4
	25,00	75,00	100,00
	2,17	50,00	7,69
	1,92	5,77	7,69
TOTAL	46	6	52
	88,46	11,54	100,00
	100,00	100,00	100,00
	88,46	11,54	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

46 (88.46%) profesionales indicaron al momento de la encuesta no realizar tareas laborales en su domicilio, mientras que 6 (11.54%) mencionaron realizar actividades relacionadas con su trabajo en el hogar. De este último grupo, se observó que 3 (50%) cumplían funciones de gestión en las UCIA, y 3 (50%) ambas funciones.

Tabla 23: Frecuencia de teletrabajo según organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023

VALORES	TELETRABAJO		TOTAL
ORG. DE SALUD	NO	SI	
CLINICA CENTRO	10	0	10
	100,00	0,00	100,00
	21,74	0,00	19,23
	19,23	0,00	19,23
CLINICA LPF	19	1	20
	95,00	5,00	100,00
	41,30	16,67	38,46
	36,54	1,92	38,46
HIGA	13	3	16
	81,25	18,75	100,00
	28,26	50,00	30,77
	25,00	5,77	30,77
SANATORIO J	4	2	6
	66,67	33,33	100,00
	8,70	33,33	11,54

	7,69	3,85	11,54
TOTAL	46	6	52
	88,46	11,54	100,00
	100,00	100,00	100,00
	88,46	11,54	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

Respecto a las y los profesionales que realizaban labores del trabajo en su casa, 3 se desempeñaban en el HGA, 2 en el Sanatorio Junín y 1 trabajaba en la UCIA de la Clínica LPF.

Tabla 24: Variables demográficas y laborales según organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VARIABLES	ORGANIZACIÓN DE SALUD				GENERAL
	CLINICA CENTRO	CLINICA LPF	HIGA	SANATORIO J	
EDAS	M 43,3	M 41,8	M 41,18	M 44,66	M 42,23
SEXO: FEMENINO	8 (80%)	16 (80%)	15 (93,75%)	4 (66,67%)	43 (82,69%)
RELACIONES PERSONAS: PAREJA HABITUAL.	6 (60%)	12 (60%)	14 (87,50%)	5 (83,33%)	37(71,15%)
NÚMERO DE HIJOS/AS	M 2,3	M 2	M 1,688	M 1,667	M 1,923
FORMACIÓN PREGRADO: TÉCNICA/ UNIVERSITARIA	8 (80%)	13 (65%)	12 (75%)	4 (66,67%)	37 (71,15%)
ORGANIZACIÓN DE SALUD	10 (19,23%)	20 (38,46%)	16 (30,77%)	6 (11,54%)	52 (100%)
CONDICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN: PRIVADA	10 (19,23%)	20 (38,46%)	0,00%	6 (11,54%)	36 (69,23%)
SITUACIÓN LABORAL: PLANTA	9 (90%)	18 (90%)	14 (87,50%)	6 (100%)	47 (90,38%)
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN (N° AÑOS).	M 13,9	M 14,85	M 12,875	M 15,667	M 14,153
CARGO: ENFERMERÍA ASISTENCIAL	10 (100%)	19 (95%)	13 (81,25%)	5 (83,33%)	47 (90,38%)
ACTIVIDAD: ASISTENCIAL	10 (100%)	18 (90%)	12 (75%)	4 (66,67%)	(84,62%)

TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO (N° DE AÑOS)	M 10,6	M 8,7	M 6,8	M 7,8	M 8,75
TIPO DE JORNADA: MIXTA	9 (90%)	4 (20%)	14 (87,50%)	4(66,67%)	31 (59,62%)
HORAS SEMANALES DE TRABAJO: 36 HS	4 (40%)	8 (40%)	14 (87,50%)	3 (50%)	29 (55,77%)
HORAS DIARIAS DE TRABAJO: ORDINARIA	5 (50%)	14 (70%)	13 (81,25%)	5 (83,33%)	37(71,15%)
PLURIEMPLEO: SI	5 (50%)	5 (25%)	2 (12,5%)	1 (16,67)	13 (25%)
PERSONAS QUE ATIENDE DIARIAMENTE	M 3.9	M 3.15	M 4.25	M 4.66	M 3,8
MÁS DEL 75% DE INTERACCIÓN DIARIA CON EL SUJETO DE CUIDADO	8 (80%)	11 (55%)	9 (56,25%)	4 (66,67%)	32 (61,54%)
TELETRABAJO: SI	0%	1 (5%)	3 (18,75%)	2 (33,33%)	6 (11,54%)

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

La tabla de contingencia permite realizar una lectura general y comparativa de los resultados de las variables demográficas y laborales, según las organizaciones de salud en la que trabajaban las y los enfermeros sujetos de estudio de la presente investigación.

Cuestionario Breve de Bernardo Moreno Jiménez (CBB)

Tabla 25: Análisis integrado de variables y subvariables de SBO, en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023

VARIABLES	SUBVARIABLES	M	DS
FACTORES CAUSANTES Y ANTECEDENTES	CARACTERÍSTICAS DE LA TAREA	6.07	1.80
	ORGANIZACIÓN	5.42	1.63
	TEDIO	6,75	2,38
SÍNDROME DE BURNOUT	CANSANCIO EMOCIONAL	5,34	2,36
	DESPERSONALIZACIÓN	8,25	2,33
	REALIZACIÓN PERSONAL	6,73	2,21
CONSECUENCIAS	FÍSICAS	3,19	1,1
	PSICOLÓGICAS	2,03	1,1
	SOCIALES	2,01	0,91

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En la tabla se observan las frecuencias de las medias y desvíos estándar obtenidas por las y los enfermeros que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín, en las diferentes variables y subvariables que constituyen el Cuestionario Breve de Bernardo Moreno Jiménez.

Respecto a la variable “Factores Causantes y Antecedentes”, las subvariables se comportaron de la siguiente manera: “Característica de la Tarea” media de 6.07 y un desvío estándar de 1.63. En “Organización”, una media de 5.42 y desvío estándar de 1.63. “Tedio”: media de 6.75 y desvío estándar de 2.38 puntos.

Respecto a la variable “Síndrome de Burnout”, la población obtuvo en la subvariable “Cansancio Emocional” una media de 5.34 y desvío estándar de 2.36. “Despersonalización”, media de 8.25 y desvío estándar de 2.33 puntos. “Realización Personal”, media de 6.73 y desvío estándar de 6.21 puntos.

En cuanto a la variable “Consecuencias”, en la subvariable “Físicas”, resultó media de 3.19 y desvío

estándar de 1.1. “Psicológicas” media de 2.03 y desvío estándar de 1.1, y finalmente subvariable “Sociales” la población presentó una media de 2.01 y desvío estándar de 0.91 puntos.

Variable: Factores Causantes y Antecedentes del SBO

Tabla 26: Análisis descriptivo de los “Factores causantes y antecedentes del SBO”. Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

FACTORES CAUSANTES Y ANTECEDENTES DE SBO	
N	52
Media	18.25
Mediana	17
Moda	{16 & 17}
Desviación estándar	3,725
Varianza	13.877
Mínimo	12
Máximo	26

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La población en estudio en la variable “Factores Causantes y Antecedentes” presentó una media de 18.25 puntos.

Resultados de las Subvariables

Subvariable: Característica de la Tarea

Tabla 27: Análisis descriptivo de la subvariable “Características de la Tarea”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA, ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CARACTERÍSTICA DE LA TAREA	
N	52
Media	6.077
Mediana	6
Moda	5
Desviación estándar	1,802
Mínimo	3
Máximo	9

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Para la subvariable “Característica de la Tarea”, las y los enfermeras /os encuestados, presentaron una media de 6.077 puntos.

Tabla 28: Frecuencias de las respuestas, subvariables “Características de la Tarea”. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023.

CARACTERÍSTICAS DE LA TAREA			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 2- SE SIENTE IDENTIFICADO CON SU TRABAJO			
Algunas veces	8	15,38	15,38
Frecuentemente	14	26,92	42,31
Mayoría de las veces	30	57,69	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 10- NO RECONOZCO BIEN LOS RESULTADOS Y ALCANCE DE MI TRABAJO			
Ninguna ocasión	11	21,15	21,15
Raramente	15	28,85	50,00
Algunas veces	8	15,38	65,38
Frecuentemente	7	13,46	78,85
Mayoría de las veces	11	21,15	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 16- ME GUSTA EL AMBIENTE Y CLIMA DE MI TRABAJO			
Algunas veces	6	11,54	11,54
Frecuentemente	22	42,31	53,85
Mayoría de las veces	24	46,15	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla muestra la frecuencia de puntajes para cada pregunta que integra la subvariable característica de la Tarea:

Pregunta 2, “Se siente identificado con su trabajo”, 30 (57.67%) profesionales indicaron la mayoría de las veces y 14 (26.92%) frecuentemente. No se registraron respuestas negativas.

Pregunta 10, “No reconozco bien los resultados y alcance de mi trabajo”, 15 (28.85%) profesionales puntuaron raramente, 11 (21.15%) puntuaron en ninguna ocasión, y 11 (21.15%) puntuaron la mayoría de las veces. 8 (15.38%) algunas veces y 7 (13.46%) frecuentemente.

Pregunta 16, “Me gusta el ambiente y clima de mi trabajo”, 24 (46.15%) señalaron la mayoría de las veces y 22 (42.31%) frecuentemente. 6 (11.54%) respondieron algunas veces. No se registraron respuestas negativas como ninguna ocasión o raramente en esta escala.

Subvariable: Organización (OR)

Tabla 29: Análisis descriptivo de la subvariable “Organización”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023

ORGANIZACIÓN	
N	52
Media	5.42
Mediana	5
Moda	6
Desviación estándar	1,637
Máximo	3
Mínimo	11

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En la variable “Organización”, la media de la población presentó 5.42 puntos.

Tabla 30: Frecuencia de las respuestas, subvariable “Organización”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

ORGANIZACIÓN			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 4: MI SUPERVISORA ME APOYA EN LAS DECISIONES QUE TOMO			
Algunas veces	5	9,62	11,54
Frecuentemente	20	38,46	50,00
Mayoría de las veces	26	50,00	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 8: MIS COMPAÑERAS ME APOYAN EN MI TRABAJO			
Ninguna ocasión	1	1,92	1,92
Raramente	2	3,85	5,77
Algunas veces	1	1,92	7,69
Frecuentemente	26	50,00	57,69
Mayoría de las veces	22	42,31	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 9: LAS RELACIONES QUE ESTABLEZCO EN EL TRABAJO SON GRATIFICANTES			
Raramente	1	1,92	1,92
Algunas veces	14	26,92	28,85
Frecuentemente	24	46,15	75,00
Mayoría de las veces	13	25,00	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

La tabla refiere a la frecuencia de puntajes para cada pregunta que integra la subvariable Organización:

Pregunta 4 “Mi supervisora me apoya en las decisiones que tomo”, 26 (50%) indicaron la mayoría de las veces, 20 (38.46%) frecuentemente, 5 (9.62%) algunas veces. No se registraron respuestas negativas.

Pregunta 8 “Mis compañeras me apoyan en mi trabajo”, 26 (50%) señalaron frecuentemente, 22 (42.31%) la mayoría de las veces y 2 (3.85%) raramente. Mientras, algunas veces y en ninguna ocasión, se señalaron solo una vez, con 1.92% respectivamente.

Pregunta 9 “Las relaciones que establezco en el trabajo son gratificantes”, 24 (46.15%) indicaron frecuentemente, 14 (26.92%) algunas veces, 13 (25%) la mayoría de las veces y 1 (1.92%) raramente.

Subvariable: Tedio (TE)

Tabla 31: Análisis descriptivo de la subvariable “Tedio”. Profesionales de enfermería que trabajaban en la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

TEDIO	
N	52
Media	6,75
Mediana	6
Moda	6
Desviación estándar	2,384
Mínimo	3
Máximo	14

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En la subvariable “Tedio” la población presentó una media de 6,75 puntos.

Tabla 32: Frecuencia de la respuestas de la subvariable “Tedio”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

TEDIO			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 6: MI TRABAJO ACTUAL CARECE DE INTERÉS			
Ninguna ocasión	25	48,08	48,08
Raramente	16	30,77	78,85
Algunas veces	5	9,62	88,46
Frecuentemente	1	1,92	90,38
Mayoría de las veces	5	9,62	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 14: MI TRABAJO ES REPETITIVO			
Ninguna ocasión	2	3,85	3,85
Raramente	11	21,15	25,00
Algunas veces	15	28,85	53,85
Frecuentemente	17	32,69	86,54

Mayoría de las veces	7	13,46	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 20: MI TRABAJO ME RESULTA ABURRIDO			
Ninguna ocasión	35	67,31	67,31
Raramente	11	21,15	88,46
Algunas veces	4	7,69	96,15
Frecuentemente	1	1,92	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla muestra la frecuencia de puntajes obtenidos en cada pregunta de subvariable “Tedio”:

Pregunta 6, “Mi trabajo actual carece de interés”, 25 (48.08%) señalaron en ninguna ocasión, y 16 (30.77%) raramente, constituyéndose entre ambas escalas una frecuencia acumulada de 78.85%.

Pregunta 14, “Mi trabajo es repetitivo”. 17 (32.69%) profesionales indicaron frecuentemente, seguidos por 15(28.85%) quienes respondieron algunas veces.

Pregunta 20, “Mi trabajo me resulta aburrido”, 35 (67.31%) seleccionaron en la escala de Likert en ninguna ocasión, y 11 (21.15%), raramente. Es decir, estas dos escalas constituyen una frecuencia acumulada de 88.46%.



Ilustración 10: Frecuencia de Factores Causantes y Antecedentes según niveles. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

Los resultados de la variable “Factores Causantes y Antecedentes del SBO”, exhiben que el total de la población obtuvo puntuaciones superiores a 9. 36(69.23%) enfermeras/os obtuvieron puntajes entre 9 a 19 (criterio bajo para SBO); y 16 (30.77%) obtuvieron entre 19 y 29 puntos (criterio medio).

Tabla 33: Frecuencia de "Factores causantes y antecedentes", según niveles y organización de salud. Profesionales de enfermería que se desempeñan en las UCIA. Noviembre- diciembre de 2023.

VALORES	CLÍNICA CENTRO	CLÍNICA LPF	HIGA JUNÍN	SANATORIO J	TOTAL
---------	----------------	-------------	------------	-------------	-------

BAJO 9 - 19 PTS	6	15	11	4	36
	16,67	41,67	30,56	11,11	100,00
	60,00	75,00	68,75	66,67	69,23
	11,54	28,85	21,15	7,69	69,23
MEDIO >19 - 29 PTOS	4	5	5	2	16
	25,00	31,25	31,25	12,50	100,00
	40,00	25,00	31,25	33,33	30,77
	7,69	9,62	9,62	3,85	30,77
TOTAL	10	20	16	6	52
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En relación a la organización de salud, las y los enfermeros presentaron los siguientes criterios diagnóstico: Clínica Centro (n=10), 6 (60%) criterio bajo, y 4 (40%) criterio medio. Clínica LPF (n=20), 15(75%) criterio bajo, y 5(25%) criterio medio; HIGA (n=16), 11 (68.75%) criterio bajo, y 5 (31.25%) criterio medio, y Sanatorio Junín (n=6), 4 (66.67%) presentaron criterio bajo, y 2 (33.33%) criterio medio para SBO.

Si se analizan particularmente cada nivel o criterio diagnóstico, la población del criterio bajo se integró por 15 (41.67%) trabajadores de Clínica LPF, 11 (30.56%) de HIGA, 6 (16.67%) de Clínica Centro y 4 (11.11%) Sanatorio Junín. Respecto al criterio medio (> 19 a 29 puntos), 5 (31.25%) correspondieron a profesionales que se desempeñaban en Clínica LPF y 5 (31.25%) en HIGA; 4 (25%) trabajaban en Clínica Centro y 2 (12.50%) en Sanatorio Junín.

Resultados de la variable “Factores Causantes y Antecedentes”, según variables Sociodemográficas y Laborales

Tabla 34: Criterios de “Factores Causantes y Antecedentes” según variables sociodemográficas y laborales. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

VARIABLES	FACTORES Y ANTECEDENETES	
CRITERIOS	BAJO	MEDIO
N	36	16
EDAD	M 42.41	M 41.81
SEXO	31 (86.11%)- Femenino	12 (75%)- Femenino
RELACIONES PERSONAS	23(63.89%)- Con pareja habitual.	14 (87.50%)- Con pareja habitual
NÚMERO DE HIJOS/AS	M 1.86	M2.06

FORMACIÓN	23 (63.89%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o	14 (87.5%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o
ORGANIZACIÓN DE SALUD	15(41.67%)- Clínica LPF	5(31.25%)- HIGA; 5(31.25%) Clínica LPF
CONDICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	25 (69.44%) - Privada	11(68.75%) - Privado
SITUACIÓN LABORAL	33(91.67%)- Planta	14 (87,50 %)- Planta
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN (N° AÑOS).	M 14.86	M 12,56
CARGO	32 (88.89%)- Enfermería	15 (93.75%)- Enfermería
ACTIVIDAD, FUNCIÓN	29 (80.56%)- Asistencial	15 (93.75%)- Asistencial
TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO (N° DE AÑOS)	M 7	M 9.18
TIPO DE JORNADA	20 (55.56%)- Mixta	11 (68,75%)- Mixta
HORAS SEMANALES DE TRABAJO	22(61.11%)- 36hs	7 (43.75%)- 36hs
HORAS DIARIAS DE TRABAJO	26 (72.22%)- Ordinaria	11 (68.75%)- Ordinaria
PLURIEMPLEO	9(25%)- SI	4 (25%)- SI
PERSONAS QUE ATIENDE DIARIAMENTE	M 4	M 3,62
INTERACCIÓN DIARIA CON EL SUJETO DE CUIDADO	24 (66.67%)- >75% del tiempo	8 (50%)- >75% del tiempo
TELETRABAJO	31(86.11%)- No	15(5%)- No

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Las y los enfermeros que obtuvieron criterio bajo para SBO (n=36), en la variable “Factores Causantes y Antecedentes”, presentaron las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad de 42.41años; 31 (86.11%) se identificaron con el género femenino; 23(63.89%) presentaban pareja estable. Media de 1.86 hijas/os. 23 (63.89%) eran enfermeras/os técnico y/o universitario. Una media de 14.86 años de experiencia en la profesión. 25 (69.44%) se desempeñaban en el ámbito privado. 15 (41.61%) trabajaba en la Clínica LPF. 33 (91.67%) presentaban situación laboral estable. 32 (88.89%) disponían cargo de enfermería. 29 (80.56%) desarrollaba funciones de asistenciales. 20 (55.56%) respondieron cumplir jornadas mixtas, 26 (72.22%)trabajaban entre 6hs a 8hs diarias. 9 (25%) informaron pluriempleo. La media de pacientes

que atendían diariamente fue de 4. Por último, 24 (66.67%) indicaron que interactuaban con los sujetos de cuidado más del 75% del tiempo. Mientras 31 (86.11%) no realizaba teletrabajo.

En cuanto a las y los enfermeros que obtuvieron criterio medio para el SBO (n=16) en la variable de “Factores Causantes y Antecedentes”, se observó las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad de 41.81 años; con predominio de sexo femenino (75%). De las y los participantes 14 (87.50%) informaron pareja estable. Media de 2.06 hijas/os. Respecto a formación, 14 (87.50%) indicaron haber obtenido el título de técnica/o. La media de años de experiencia en la profesión fue de 12.56 años. El 68.75% (11) se desempeñaba en el sector privado. 5 (31.25%) trabajaban en el HIGA y 5 (31.25%) en Clínica LPF; 14 (87.50%) tenían situación laboral estable. 15 (93.75%) ocupaban cargo de enfermera/o, con una media de antigüedad en el mismo cargo de 9.18 años. 15 (93.75%) cumplían funciones asistenciales exclusivamente. 11 (68.75%) cumplían jornadas mixtas; de igual modo, 11 (68.75%) trabajaban jornadas ordinarias de entre 6 y 8hs. 7 (43.75%) trabajaban 36 horas semanales. 4 (25 %) informaron pluriempleo. La media de pacientes atendidos diariamente fue de 3.62. 8 (50%) indicaron que interactuaban con los pacientes más del 75% del tiempo. Una persona indicó realizar actividades laborales en su domicilio.

Variable: Síndrome de Burnout

Tabla 35: Análisis de la variable “Síndrome de Burnout”. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre, 2023.

SÍNDROME DE BURNOUT	
n	52
Media	20,327
Mediana	20
Moda	25
Desviación estándar	4,793
Varianza	22,969
Coeficiente de variación	0,236
Mínimo	12
Máximo	32
Recorrido intercuartílico	8,75
Asimetría	0,098
Curtosis	-0,826

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Respecto a la variable “SBO”, la población encuestada, presentó una media de 20.32 puntos.

Resultados de la Subvariables

Subvariable: Cansancio Emocional

Tabla 36: Análisis de la subvariable “Cansancio Emocional”. Profesionales de enfermería que trabajaban de las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CANSANCIO EMOCIONAL	
N	52
Media	5,346
Mediana	5
Moda	4
Desviación estándar	2,367

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La subvariable Cansancio Emocional, presentó una media 5,34 puntos.

Tabla 37: Frecuencia de respuestas de la subvariable “Cansancio Emocional”. Profesionales de la enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CANSANCIO/AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
VALOR	FRECUENCIA	%	%ACUMULADO
Pregunta 1 : EN GENERAL ESTOY BIEN HARTA/O DE MI TRABAJO			
Ninguna ocasión	31	59,62	59,62
Raramente	14	26,92	86,54
Algunas veces	4	7,69	94,23
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 7: CUANDO ESTOY EN MI TRABAJO ME SIENTO DE MALHUMOR			
Ninguna ocasión	22	42,31	42,31
Raramente	20	38,46	80,77
Algunas veces	9	17,31	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 15: ESTOY QUEMADO POR MI TRABAJO			
Ninguna ocasión	24	46,15	46,15
Raramente	12	23,08	69,23
Algunas veces	13	25,00	94,23
Frecuentemente	2	3,85	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Respecto a la pregunta 1, “En general estoy bien harta/o de mi trabajo”, 31 (59.62%) profesionales respondieron en ninguna ocasión y 14 (26.92%) raramente. Estas dos puntuaciones de la escala Likert representan una frecuencia acumulada de 86.54%.

Pregunta 7, “Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor”, 22 (42.15%) respondieron en ninguna ocasión y 20(38.46%) raramente. 9 (17.31%) algunas veces y 1 (1.92%) la mayoría de las veces.

Pregunta 15, “Estoy quemado por mi trabajo”: 24 (46.15%) respondieron en ninguna ocasión y 12 (23.08%) raramente. Estas dos puntuaciones representan una frecuencia acumulada de 69.23%. Por otro lado 13 (25%) indicaron estar quemados por su trabajo algunas veces y 1 la mayoría de las veces.

Subvariable: Despersonalización

Tabla 38: Análisis descriptivo de la variable "Despersonalización". Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

DESPERSONALIZACIÓN	
N	52
Media	8,25
Mediana	8
Moda	{8 & 9}
Desviación estándar	2,334

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Para la subvariable “Despersonalización”, correspondió una media de 8,25.

Tabla 39: Frecuencia de respuestas de la subvariable "Despersonalización". Profesionales de Enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

DESPERSONALIZACIÓN			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 3 : LOS USUARIOS DE MI TRABAJO TIENEN EXIGENCIAS EXCESIVAS Y COMPORTAMIENTOS IRRITANTES			
Ninguna ocasión	4	7,69	7,69
Raramente	17	32,69	40,38
Algunas veces	22	42,31	82,69
Frecuentemente	8	15,38	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 11: LAS PERSONAS QUE TENGO QUE ATENDER RECONOCEN MUY POCO LOS ESFUERZOS QUE SE HACEN POR ELLOS			
Ninguna ocasión	4	7,69	7,69
Raramente	19	36,54	44,23
Algunas veces	20	38,46	82,69
Frecuentemente	6	11,54	94,23
Mayoría de las veces	3	5,77	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 18: PROCURO DESPERSONALIZAR LAS RELACIONES CON LAS Y LOS USUARIOS DE MI TRABAJO			
Ninguna ocasión	12	23,08	23,08
Raramente	11	21,15	44,23
Algunas veces	13	25,00	69,23

Frecuentemente	6	11,54	80,77
Mayoría de las veces	10	19,23	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla muestra la frecuencia de puntajes obtenidos en cada pregunta de subvariable “Despersonalización”:

Pregunta 3, “Los usuarios de mi trabajo tienen exigencias excesivas y comportamientos irritantes”, 22 (42.31%) respondieron algunas veces, 17 (32.69%) raramente y 8 (15.38%) frecuentemente, en ninguna ocasión 4 (7.69%) y 1(1.92%) la mayoría de las veces.

Pregunta 11, “Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos”: 20 (38.46%) indicaron algunas veces, 19 (36.54%) raramente, 6 (frecuentemente, 4 (7.69%) en ninguna ocasión y 3 (5.77%) la mayoría de las veces.

Pregunta 18, “Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo”, 13 (25%) indicaron algunas veces, 12 (23.08%) en ninguna ocasión, 11 (21.15%) raramente, 10 (19.23%) la mayoría de las veces., y 6 (11.54%) frecuentemente.

Subvariable: Realización Personal

Tabla 40: Análisis descriptivo de la subvariable "Realización Personal". Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

REALIZACIÓN PERSONAL	
N	52
Media	6,731
Mediana	7
Moda	{5 & 6 & 7}
Desviación estándar	2,215

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Para la variable “Realización Personal”, los resultados arrojaron una media de 6,73 puntos.

Tabla 41: Frecuencia de respuestas de la subvariable "Realización Personal". Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023

REALIZACIÓN PERSONAL			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 5 : MI TRABAJO PREFESIONAL ME OFRECE ACTUALMENTE ESCASOS RETOS PERSONALES			
Ninguna ocasión	11	21,15	21,15
Raramente	9	17,31	38,46
Algunas veces	22	42,31	80,77
Frecuentemente	8	15,38	96,15

Mayoría de las veces	2	3,85	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 12: MI INTERES POR EL DESARROLLO PROFESIONAL ES ACTUALMENTE MUY ESCASO			
Ninguna ocasión	20	38,46	38,46
Raramente	15	28,85	67,31
Algunas veces	13	25,00	92,31
Frecuentemente	4	7,69	100,00
TOTAL	52	100,00	
Pregunta 19: EL TRABAJO QUE HAGO DISTA DE SER LO QUE YO HUBIERA QUERIDO			
Ninguna ocasión	28	53,85	53,85
Raramente	8	15,38	69,23
Algunas veces	6	11,54	80,77
Frecuentemente	4	7,69	88,46
Mayoría de las veces	6	11,54	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla muestra la frecuencia de respuestas obtenidas en cada pregunta de la subvariable “RP”:

Pregunta 5, “Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales”, 22 (42.31%) profesionales respondieron algunas veces, 11 (21.15%), en ninguna ocasión, 9 (17.31%) raramente, 8 (15.38%) frecuentemente y 2 (3.85%) la mayoría de las veces.

Pregunta 12, Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente escaso”, 20 (38.46%) respondieron en ninguna ocasión, 15 (28.85%) raramente, 13 (25%) algunas veces, y 4 (7.69%) frecuentemente.

Pregunta 19, “El trabajo que hago dista de ser lo que yo hubiera querido”, 28 (53.85%) de las y los profesionales respondieron en ninguna ocasión, 8 (15.38%) raramente, 6 (11.54%) algunas veces y la mayoría de las veces respectivamente, y 4 (7.69%) frecuentemente.

Resultados de la variable “Síndrome de Burnout”, según criterios de diagnósticos, Cuestionario Breve de Bernardo Moreno Jiménez

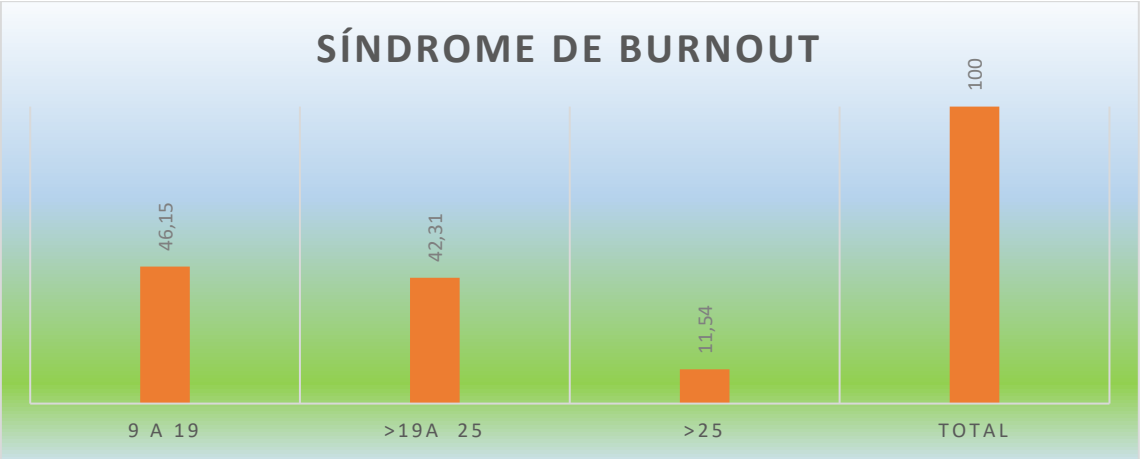


Ilustración 11: Frecuencia del SBO según criterio diagnóstico. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

Los resultados de la variable SBO, exhiben que el total de la población en estudio obtuvo puntuaciones superiores a 9.

24 (46.15%) enfermeras/os obtuvieron puntajes entre 12 y 19 (criterio bajo); 22 (42.31%) obtuvieron entre 19 y 25 puntos (criterio medio), y 6 (11.54%) obtuvieron puntajes superiores a 25 puntos (criterio alto para SB).

Tabla 42: SBO según niveles y organización de salud en la que se desempeñaban la sy los profesionales de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

NIVELES	CLÍNICA. CENTRO	CLÍNICA LPF	HIGA	SANATORIO J	TOTAL
BAJO 9 - 19 PTS	5	11	5	3	24
	20,83	45,83	20,83	12,50	100,00
	50,00	55,00	31,25	50,00	46,15
	9,62	21,15	9,62	5,77	46,15
MEDIO >19 - 25 PTS	5	7	7	3	22
	22,73	31,82	31,82	13,64	100,00
	50,00	35,00	43,75	50,00	42,31
	9,62	13,46	13,46	5,77	42,31
ALTO > 25	0	2	4	0	6
	0,00	33,33	66,67	0,00	100,00
	0,00	10,00	25,00	0,00	11,54
	0,00	3,85	7,69	0,00	11,54
TOTAL	10	20	16	6	52
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En relación a la organización de salud, se puede observar que:

Clínica Centro: de 10 enfermeras/os encuestadas, 5 (50%) presentaron criterio bajo, y 5 (50%) criterio medio para SBO. Clínica LPF: de 20 enfermeras/os encuestados, 11 (55%) presentaron criterios bajo, 7(35%) criterio medio y 2 (10%) criterio alto para SBO. HIGA, de 16 enfermeras/os encuestados, 7 (43.75%) presentaron criterio medio, 5 (31.25%) criterio bajo y 4 (25%) criterio alto para SB, y Sanatorio Junín, de 6 enfermeras/os encuestadas, 3 (50%) presentaron criterio bajo para SB, y 3 (50%) criterio medio.

Considerando cada nivel, otro análisis posible es el siguiente:

Se observa que el mayor porcentaje de profesionales con un bajo criterio de afectación corresponde a las enfermeras y enfermeros de la Clínica LPF (45.83%), seguidos por Clínica Centro y el HIGA, con un 20.83% cada uno, y por las y los profesionales de Sanatorio Junín, con un 12.5%

Respecto al criterio medio, el mayor porcentaje corresponde a Clínica LPF e HIGA con el 31.82% cada uno, Clínica Centro con 22.73%, y Sanatorio Junín con 13,64%. Finalmente, con criterio alto de afectación, el mayor porcentaje se registró en profesionales de enfermería que trabajan en la UCIA del HIGA con el 66.67%, seguidos por Clínica LPF, con el 33.33%.

Resultados de la variable SBO, según variables Sociodemográficas y Laborales

Tabla 43: Criterios de diagnóstico para SBO, según variables sociodemográficas y labores. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

VARIABLES	DIAGNÓSTICO DE SBO		
	BAJO	MEDIO	ALTO
N	24	22	6
EDAD	M 41,37	M 43,86	M 39.66
SEXO	18(75%) Femenino	20(90,91%)- Femenino	5(83,33%)- Femenino
RELACIONES PERSONAS	17 (70,83%) Pareja habitual.	15(68,18%)- Pareja habitual	5(83,33%)- Pareja habitual
NÚMERO DE HIJOS/AS	M 2,08	M 1,72	M 2
FORMACIÓN	16(66.67%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o	15 (68,18%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o	6 (100%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o
ORGANIZACIÓN DE SALUD	11 (45,83%) Clínica LPF	7(31,82%)- Clinica LPF 7 (31,82%)- HIGA	4(66,67%)- HIGA
CONDICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	19(79,17%) - Privada	15 (68,18%) - Privado	4 (66,67%)- Pública
SITUACIÓN LABORAL	21(87,5%)- Planta	20 (90,91%)- Planta	6(100%)- Planta

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN	M14,29	M 14,09	M 13,83
CARGO	22 (91,67%)- Enfermera/o	20(90,91%)- Enfermera/o	5(83,33%)- Enfermera/o
ACTIVIDAD: ASISTENCIAL	21(87,50%)- Asistencial	19(86,36%)- Asistencial	4(66,67%)- Asistencial
TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO	M 9,66	M 8,9	M 4,33
TIPO DE JORNADA	12 (50%)- Mixta	16(72,73%)- Mixta	3(50%)- Mixta. 3(50%)- Diurna
HORAS SEMANALES DE TRABAJO	11(45,83%)- 36hs	14(63,64%)- 36hs	4(66,67%)- 36hs
HORAS DIARIAS DE TRABAJO	15 (62,5%)- Ordinaria	16 (72,73%)- Ordinaria	6 (100%)- Ordinaria
PLURIEMPLEO	15(62,50%)- NO	18(81,82%)- NO	5 (83,33%)- NO
PERSONAS QUE ATIENDE DIARIAMENTE	M 4,20	M 3,27	M 4,16
INTERACCIÓN DIARIA CON EL SUJETO DE CUIDADO	16 (66,67%) Más del 75% del tiempo	14 (63,64%)- Más del 75% del tiempo	3(50%)- 50% del tiempo
TELETRABAJO	22 (91,67%)- No	19(86,36%)- No	5(83,33%)- No

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Las y los enfermeros que obtuvieron criterio bajo (n=24) en la variable SBO, presentaron las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad 41.37 años; 18 (75%) eran mujeres; 17 (70.83%) presentaban pareja estable. Media de 2.08 hijas/os. 16 (66.67%) eran enfermeras/os técnicas/os y/o universitarias/os. La media de años de experiencia en la profesión, fue de 14.29. 19 (79.17%) se desempeñaban en el ámbito privado. 11(45.83%) trabajaban en la Clínica LPF. 21 (87.5%) presentaron situación laboral estable, y 22 (91.67%) disponían cargo de enfermería. La antigüedad en el mismo cargo presentó una media de 9.66 años, El 87.50% (21) cumplía funciones de asistenciales. 12 (50%) trabajaba jornadas mixtas, y 15 (62.5%) cumplían jornadas ordinarias. 11 (45.83%) indicaron cumplir 36 horas. 9 (37.5%) informaron pluriempleo. La media de pacientes que atendían diariamente fue de 4.20. 16 (66.67%) indicaron que interactuaban con los sujetos de atención más del 75% del tiempo. Finalmente 2 (8.33%) respondieron realizar actividades laborales en su domicilio.

Las y los enfermeros que obtuvieron criterio medio (n22) en la variable SBO, presentaron las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad 43.86 años; 20 (90.91%) se

identificaron con el género femenino; 15 (68.18 %) presentaban pareja estable, y una media de 1.72 hijas/os. 15 (68.18 %) eran enfermeras/os técnicas/os y/o universitarias/os. Respecto a la experiencia en la profesión, la media correspondió a 14.09 años. 15 (68.18 %) se desempeñaban en el ámbito privado. 7 (31.82%) trabajaban en la Clínica LPF y 7 (31.82%) en HIGA. 20 (90.91%) presentaron situación laboral estable (planta), y 20 (90.91%) disponían cargo de enfermería, con una antigüedad media de 8.9 años en el mismo cargo; desarrollando funciones de asistenciales 19 (86.36%). 16 (72.73%) respondieron cumplir jornadas mixtas. 16 (72.73%) realizaban jornadas ordinarias. Respecto a las horas semanales de trabajo, 14 (63.64%) profesionales de la población de este grupo trabajaban 36 horas. 4(18.18%) informaron que trabajaban en más de una organización de salud. La media de pacientes que atendían diariamente fue de 3.27. 14 (63.64%) indicaron que interactuaban con las y los pacientes más del 75% del tiempo. Finalmente 3 (13.64%) respondieron realizar actividades laborales en su domicilio.

Las y los 6 profesionales que obtuvieron criterio de diagnóstico alto, presentaron las siguientes características sociodemográficas y laborales: edad media 39.66; 5 (83.33%) se identificaron con el sexo femenino. 5 (83.33%) informaron presentar pareja habitual. Se calculó una media de 2 hijas/os. En cuanto al nivel de formación las 6 (100%) eran enfermeras/os técnicas/os / universitarias/os, con una media de 13.83 años de experiencia en la profesión. 4 (66.67%) se desempeñaban en la UCIA del HIGA. 5 (83.33%) presentaron cargo de enfermera/o, sin embargo, solo 4 (66.67%) cumplían funciones asistenciales exclusivamente. Respecto al tiempo en el mismo cargo, este grupo presentó una media de 4.33 años, lo que demuestra que ingresaron a trabajar a la UCIA al inicio de la Pandemia de la COVID-19. Respecto al tipo de jornada, 3 (50%) indicaron trabajar jornadas mixtas, y 3 (50%) jornadas diurnas. 4 (66.67%) trabajaban 36 horas semanales. 6 (100%) realizaban jornadas ordinarias. Solo 1 profesional informó pluriempleo. Finalmente 3 (83.33%) refirieron que permanecían el 50% del tiempo en contacto directo con el sujeto de cuidado.

Variable: Consecuencias del SBO

Tabla 44: Análisis estadístico descriptivo de la variable "Consecuencias del SBO", en profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

CONSECUENCIAS	
N	52
Media	7.25
Mediana	7
Moda	5
Desviación estándar	2.456
Varianza	6.034
Coeficiente de variación	0.339
Mínimo	3
Máximo	13

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La población en estudio, en la variable “Consecuencias del SBO”, presentó una media de 7.25 puntos.

Resultados de las Subvariables

Subvariable: Consecuencias Físicas

***Tabla 45:** Análisis descriptivo de la variable "Consecuencias físicas del SBO" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.*

CONSECUENCIA FÍSICAS	
N	52
Media	3,192
Mediana	3
Moda	{3}
Desviación estándar	1,103
Mínimo	1
Máximo	5

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Respecto a la subvariable “Consecuencias Físicas”, la población en estudio, presentó una media de 3.19 puntos.

***Tabla 46:** Frecuencia de respuesta de la subvariable "Consecuencias físicas" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.*

CONSECUENCIAS FÍSICAS			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 13: CONSIDERA QUE EL TRABAJO QUE REALIZA REPERCUTE EN SU SALUD PERSONAL			
Ninguna ocasión	4	7,69	7,69
Raramente	8	15,38	23,08
Algunas veces	21	40,38	63,46
Frecuentemente	12	23,08	86,54
Mayoría de las veces	7	13,46	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023

La tabla muestra la frecuencia de respuestas obtenidas en la pregunta 13, “Considera que el trabajo que realiza repercute en su salud personal”, 21 (40.38%) profesionales respondieron algunas veces, 12 (23.08%) frecuentemente, 8 (15.38%) raramente, 7 (13.46%) la mayoría de las veces, 4 (7.69%) en ninguna ocasión.

Subvariable: Consecuencias Psicológicas

Tabla 47: Análisis descriptivo de la subvariable "Consecuencias psicológicas del SBO" en las y los profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	
N	52
Media	2,038
Mediana	2
Moda	1
Desviación estándar	1,102
Mínimo	1
Máximo	5

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Las y los encuestados, presentaron una media de 2.03 puntos, en la variable “consecuencias psicológicas”.

Tabla 48: Frecuencia de respuesta de la subvariable Consecuencias Psicológicas. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre 2023

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 17: EL TRABAJO ESTA AFECTANDO MIS RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES			
Ninguna ocasión	22	42,31	42,31
Raramente	13	25,00	67,31
Algunas veces	11	21,15	88,46
Frecuentemente	5	9,62	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

La tabla muestra la frecuencia de respuestas obtenidas en la pregunta 17, “El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales”. Se observó que 22 (42.31%) profesionales respondieron algunas veces, 11 (21.15%) en ninguna ocasión, 9 (17.31%) raramente, 8 (15.38%) frecuentemente y 2 (3.85%) la mayoría de las veces.

Subvariable: Consecuencias Sociales

Tabla 49: Análisis estadístico descriptivo de la subvariable "Consecuencias sociales" en las y los profesionales de

enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CONSECUENCIAS SOCIALES	
N	52
Media	2,019
Mediana	2
Moda	{2}
Desviación estándar	0,918
Mínimo	1
Máximo	5

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín, 2023.

En la subvariable “Consecuencias Sociales”, la población en estudio presentó una media de 2.01 puntos.

Tabla 50: Frecuencia de respuesta de la subvariable "Consecuencias sociales del SBO" en profesionales de enfermería que trabajaban en UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

CONSECUENCIAS SOCIALES			
VALOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Pregunta 21: LOS PROBLEMAS DE MI TRABAJO HACEN QUE MI RENDIMIENTO SEA MENOR			
Ninguna ocasión	16	30,77	30,77
Raramente	23	44,23	75,00
Algunas veces	10	19,23	94,23
Frecuentemente	2	3,85	98,08
Mayoría de las veces	1	1,92	100,00
TOTAL	52	100,00	

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín, 2023.

La tabla muestra la frecuencia de respuesta a la pregunta 21, “Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor”. 23 (44.23%) profesionales respondieron raramente, 16 (30.77%) en ninguna ocasión, 10 (19.23%) algunas veces, 2 (3.85%) frecuentemente y 1 (1.92%) la mayoría de las veces.

Resultados de la variable Consecuencias, según criterios diagnósticos Cuestionario Breve de Bernardo Moreno Jiménez



Ilustración 12: Frecuencia de las Consecuencias del SBO según niveles. Profesionales de enfermería que trabajaban en las UCIA de las organizaciones de salud. Ciudad de Junín, noviembre- diciembre de 2023.

Los resultados de la variable “Consecuencias de SBO”, exhiben que 24 (46.15%) de las y los encuestados obtuvieron puntajes entre 3 y 6 (criterio bajo de afectación), 16 (30.77%) enfermeras/os obtuvieron puntajes superiores a 8 (criterio alto), y 12 (23.08%) puntuaron entre > 6 y 8 (criterio medio).

Tabla 51: Consecuencias del SBO según niveles y organización de salud. Profesionales de enfermería que trabajan en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre- diciembre de 2023.

NIVELES	CLÍNICA CENTRO	CLINICA LPF	HIGA	SANATORIO J	TOTAL
BAJO 3-6	4	13	5	2	24
	16,67	54,17	20,83	8,33	100,00
	40,00	65,00	31,25	33,33	46,15
	7,69	25,00	9,62	3,85	46,15
MEDIO >6-8	4	3	4	1	12
	33,33	25,00	33,33	8,33	100,00
	40,00	15,00	25,00	16,67	23,08
	7,69	5,77	7,69	1,92	23,08
ALTO >8	2	4	7	3	16
	12,50	25,00	43,75	18,75	100,00
	20,00	20,00	43,75	50,00	30,77
	3,85	7,69	13,46	5,77	30,77
TOTAL	10	20	16	6	52
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	19,23	38,46	30,77	11,54	100,00

Fuente: Encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

En relación a la organización de salud, se observó que el comportamiento de la variable “Consecuencia del SBO”, fue el siguiente:

Clínica Centro: de 10 enfermeras/os encuestadas, 4(40%) presentaron criterio bajo, 4 (40%) criterio medio y, 2(20%) criterio alto. Clínica LPF: de 20 enfermeras/os encuestados, 13(65%) criterio bajo y 4 (20%) presentaron criterios alto, 3 (15%) criterio medio. HIGA, de 16 enfermeras/os encuestados, 7 (43.75%) criterio alto, 5 (31.25%) presentaron criterio medio, 4 (20%) criterio bajo.

Sanatorio Junín, de 6 enfermeras/os encuestadas, 3 (50%) presentaron criterio alto, 2 (%) criterio bajo, 1 (%) presentó criterio bajo para SB.

Si se analizan particularmente cada nivel o criterio diagnóstico de la variable “Consecuencias”, el grupo afectado con nivel bajo (n=24), se constituyó por 13 (54,17%) profesionales de Clínica LPF, 5 (20,83%) de HIGA, 4 (16,67%) de Clínica Centro, y el restante 8,33% de Sanatorio Junín.

Quienes presentaron criterio medio, fueron 4 (33.33%) profesionales tanto de la Clínica Centro como del HIGA, 3 (25%) de Clínica LPF, y 1 (8.33%) profesional del Sanatorio Junín.

Quienes presentaron nivel alto de consecuencias, 7 (43.75%) trabajaban en HIGA, 4(25%) en Clínica LPF, 3(18.75%) en Sanatorio Junín, y 2 (12.50%) en Clínica Centro.

Resultados de la variable CSBO, según variables Sociodemográficas y Laborales

Tabla 52: Criterios diagnóstico: Consecuencias SBO, según variables sociodemográficas y laborales. Profesionales de enfermería que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín. Noviembre - diciembre de 2023.

VARIABLES	CONSECUENCIAS DEL SBO		
	BAJO	MEDIO	ALTO
N	24	12	16
EDAD	M 41,75	M 39,91	44,68
SEXO	19 (79,17%)- Femenino	10 (83,33%)- Femenino	14 (87,50%)- Femenino
RELACIONES PERSONAS	17(70,83%)- Con pareja habitual.	9 (75%)- Con pareja habitual	11 (68,75%)- Con pareja estable
NÚMERO DE HIJOS/AS	M 1,66	M 2,41	M 1,93
FORMACIÓN	15 (62,50%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o	11 (92,16%)- Enfermera/o universitario- Técnica/o	10 (68,75 %)- Enfermera/o universitario- Técnica/o
ORGANIZACIÓN DE SALUD	13 (54,17%)- Clínica LPF	4 (33,33%)- Clínica LPF; 4 (33,33%)- HIGA	7(43,75%)- HIGA
CONDICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	19 (79,17%) - Privada	8 (66,67%) - Privado	9(56,25%)- Privado
SITUACIÓN LABORAL	21 (87,5%)- Planta	11 (91,67%)- Planta	15 (93.75%)- Planta

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN LA PROFESIÓN (N° AÑOS).	M 14,16	M 13,58	M14,56
CARGO	23 (95,83%)- Enfermería	10 (83,33%)- Enfermería	14(87,5%)- Enfermería
ACTIVIDAD, FUNCIÓN	21 (87,5%)- Asistencial	10 (83,33%)- Asistencial	13(81,25%)- Asistencial
TIEMPO QUE LLEVA EN EL MISMO CARGO (N° DE AÑOS)	M 7,7	M8,75	M 10,31
TIPO DE JORNADA	13 (54,17%)- Mixta	6 (50%)- Mixta	12 (75%)- Mixta
HORAS SEMANALES DE TRABAJO	14 (58,33%)- 36 hs	4(33,33%)- 36hs; 4(33,33%)-48hs; 4(33,33%)-76hs	11 (68,75%)- 36 Hs
HORAS DIARIAS DE TRABAJO	17 (70,83%)- Ordinaria	8 (66,67%)- Ordinaria	12 (75%)- Ordinaria
PLURIEMPLEO	19 (79,17%)- NO	8 (66,67%)- No	12 (75%)- No
PERSONAS QUE ATIENDE DIARIAMENTE	M 3,79	M 4	M 3,68
INTERACCIÓN DIARIA CON EL SUJETO DE CUIDADO	16 (66,67%)- >75% del tiempo	8 (66,67%)- >75% del tiempo	12 (75%)>75% del tiempo
TELETRABAJO	22 (91,67%)- No	8 (66,67%)- No	14(87,5%)- No

Fuente: encuesta. Personal de enfermería de las UCIA. Ciudad de Junín. 2023.

Las y los 24 profesionales que obtuvieron criterio bajo en la variable “Consecuencias” de SBO, presentan las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad de 41.75 años, 19 (79.17%) se identificaron con el sexo femenino, 17 (70.83%) presentaron pareja habitual, con una media de 1.66 hijas/os. Sobre su formación 15 (62.50%) señalaron nivel técnico, con una media de 14.16 años de antigüedad en la profesión. 19 (79.17%) se desempeñaban en organizaciones de administración privada, 13 (54.17%) indicaron trabajar en la UCIA de Clínica LPF; 21 (87.5%) refirieron sobre la situación contractual, planta permanente. 23 (95.83%) presentaron cargo de enfermera/o, con una media de 7.7 años antigüedad en el mismo cargo. 21(87.5%) cumplían funciones de asistencia exclusivamente, brindando cuidados a una media de 3.79 personas por turno. 16 (66.67%) de las y los enfermeros refirieron permanecer en interacción diaria con el sujeto de cuidado más del 75% de su tiempo. 13(54.17%) trabajaban jornadas mixtas y sobre las horas diarias de trabajo, 17 (70.83%) refirieron cumplir jornadas ordinarias. 14 (58.33%) de las y los encuestados refirieron trabajar 36hs semanas. 5 (20.83%) informaron presentar más de dos trabajos, y solo 2 (8.33%) realizaban actividades del trabajo en su casa.

El grupo con criterio alto (n 16), para “Consecuencias de SBO”, se caracterizó por presentar: media

de edad de 44.68 años, 14 (87.50%) se identificaron con el sexo femenino, 11(68.75%) presentaron pareja habitual, con una media de 1.93 hijas/os. Sobre su formación 10 (68.75%) señalaron nivel técnico, con una media de experiencia en la profesión de 14.56 años.

9 (56.25%) se desempeñaban en organizaciones de administración privada, 7 (43.75%) indicaron trabajar en la UCIA de HIGA Junín; 15 (93.75%) refirieron sobre la situación contractual, planta permanente. 14 (87.5%) presentaron cargo de enfermera/o, con una media de 10.31 años antigüedad en el mismo cargo. 13 (81.25%) cumplían funciones de asistencia exclusivamente, brindando cuidados a una media de 3.68 personas por turno. 12 (75%) de las y los enfermeros refirieron permanecer en interacción diaria con el sujeto de cuidado más del 75% de su tiempo. 12 (75%) trabajaban jornadas mixtas y sobre las horas diarias de trabajo, 12 (75%) refirieron cumplir jornadas ordinarias. 11 (68.75 %) de las y los encuestados refirieron trabajar 36hs semanas. 2 (25%) informaron presentar más de dos trabajos, y solo 2 (25%) realizaban actividades del trabajo en su casa.

Las y los enfermeros que obtuvieron criterio medio (n=12) para SBO en la variable Consecuencias, presentaron las siguientes características sociodemográficas y laborales: media de edad 39.91 años; 10 (83.33%) se identificaron con el género femenino; 9 (75%) presentaban pareja estable, y una media de 2.41 hijas/os. 11 (92.16%) eran enfermeras/os técnico y/o universitario. Respecto a la experiencia en la profesión, la media correspondió a 13.58 años. 8 (66.67%) se desempeñaban en el ámbito privado. 4 (33.33%) trabajaba en la Clínica LPF y 4 (33.33%) en HIGA. 11(91.67%) presentaron situación laboral estable (planta), y 12 (83.33%) disponían cargo de enfermería, con una antigüedad media de 8.75 años en el mismo cargo; desarrollando funciones de asistenciales 10 (83.33%). 6 (50%) respondió cumplir jornadas mixtas, mientras el restante 50% lo compartían quienes cumplían jornadas diurnas y nocturnas. 8 (66.67 %) realizaba jornadas ordinarias. Respecto a las horas semanales de trabajo, la población de este grupo se distribuyó de manera equitativa con el 33% (4) en 36 horas, 48 horas, y 76 horas de trabajo semanales respectivamente. 4 (33.33%) informaron que trabajaban en más de una organización de salud. La media de pacientes que atendían diariamente fue de 4. 8 (66.67%) indicaron que interactuaban con los pacientes más del 75% del tiempo. Finalmente 4 (33.33%) respondió realizar actividades laborales en su domicilio.

DISCUSION

En el estudio participaron 52 profesionales de enfermería que presentaban como antecedente principal haber trabajado en las UCIA de la ciudad de Junín durante la pandemia de la COVID-19, y que aún continuaban haciéndolo en el momento de la encuesta. El total de participantes representan el 88.13% de las y los trabajadores de enfermería que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Ello permitió describir de manera representativa las características sociodemográficas, los factores psicosociales de riesgo laboral y la presencia de SBO.

De esta población, 36 (69,23%) trabajaban en UCIA del subsector privado; distribuidos de la siguiente manera: 20 (38,46%) trabajaban en Clínica LPF, 10 (19,23%) en Clínica Centro, y 6 (11,54%) en el Sanatorio Junín. Los restantes 16 (30,77%) trabajaban en el HIGA, subsector público de atención.

De las y los encuestados, 27 (52,92%), presentaban edades medias comprendidas entre 40 y 49 años de edad. La media correspondió a 42,23 años. La desviación estándar de 7,45, muestra una dispersión importante en las edades. Ello se confirma en el rango de 31; con edades máximas de 58 años y mínimas 27 años. Considerando los grupos constituidos en base a las organizaciones de salud en las cuales laboran, la variable edad arroja los siguientes resultados: Sanatorio Junín: media de 44,6, Clínica Centro: media de 43,3, HIGA: media de 41,1, y Clínica LPF: media de 41,8 años de edad.

El sexo femenino predominó en la población en estudio, puesto que 43 profesionales (82,69%) se identificaron con este género. La prevalencia del sexo femenino se observó en las cuatro unidades de cuidados críticos de las organizaciones de salud de la ciudad de Junín. Ello es un espejo de lo que acontece históricamente a nivel global, si se considera que el CIE (191), expresa "la enfermería es una profesión femenina en un 90%". Respecto a la relación SBO y sexo, Patlán Pérez (114) manifiesta que las mujeres presentan un mayor agotamiento emocional derivado del cumplimiento de demandas provenientes tanto del trabajo como del hogar, es decir como consecuencia de la doble carga de trabajo. En este mismo sentido, la OIT (120), señala que el género femenino está asociado a un mayor riesgo de sufrir SBO debido a diversos factores psicosociales: doble rol que las mujeres suelen desempeñar en el hogar y en el trabajo, los roles de género impuestos por la sociedad, las altas expectativas sociales, las mayores exigencias laborales, y el riesgo adicional de acoso sexual en el entorno laboral, así como la exposición a la violencia doméstica. Si bien, los resultados obtenidos en las mediciones de las variables de edad y sexo en términos generales, al compararlos con los hallazgos de otros estudios y afirmaciones de reconocidos especialistas (23,106,143,163,165) le permiten a la autora inferir que esta población es particularmente vulnerable a desarrollar SBO, aunque no ha sido posible determinar cuánto más probable es la presencia de SBO en mujeres en comparación a los hombres, debido al número reducido de varones en la población.

Respecto a la situación socio familiar, particularmente sus relaciones personales, 37 (71,15%) profesionales informaron presentar pareja habitual y 14 (26,92%) respondieron no presentar al momento de la encuesta. Esta distribución se refleja de manera similar en cada grupo de enfermeras y enfermeros hacia el interior de las UCIA de cada organización de salud. La media de la población presentó 1,92 hijas/os. Respecto al número de hijos/as según organización, las y los profesionales de Clínica Centro y Clínica LPF presentaron una media superior a la general, con 2,3 y 2 hijos/as respectivamente. Mientras las y los enfermeros de la UCIA del HIGA presentaron una media de 1,6, y Sanatorio Junín, de 1,6 hijas/os.

Si bien no se encontraron datos certeros y homogéneos sobre la influencia de la relación de pareja, así como la presencia y número de hijos en el desarrollo de SBO, la literatura pre pandémica indica que presentar pareja habitual, constituye un factor de protección y estabilidad emocional, puesto que

ello aparenta un verdadero sistema de apoyo fuera del entorno laboral, así lo mencionan en sus artículos Moss et al. (25) y García Castro et al. (140). No obstante, la autora infiere que presentar hijas/os a cargo, estar casada/o, o en pareja durante la pandemia de la COVID-19, sumó complejidad y preocupación. En ese mismo sentido, algunos autores (172,176) mencionan que la crisis sanitaria por COVID-19, y las medidas para controlarla como el aislamiento social obligatorio, en especial para las y los trabajadores de la salud, significó reducir sus contactos e interacciones sociales, no poder ver a sus familiares por períodos prolongados, mantenerse reclusos por temor a contagiarlos, presentar horarios de trabajo irregulares y largas jornadas de trabajo. Ello elevó la tensión y los niveles de estrés en las y los profesionales de primera línea que podrían persistir aún en el presente. En la variable "nivel de formación", 37 (71.15%) de las y los enfermeros contaban con título de pregrado. De este grupo, 27 (72.97%) reportaron ser enfermeras/os universitarios, mientras que 10 (27.03%) informaron haber recibido formación técnica no universitaria. Solo 15 profesionales (28.85%) habían obtenido el título de grado en enfermería. No se registraron auxiliares de enfermería, tampoco niveles de formación superior al grado. Varios autores (14,17,166), consideran que el cuidado crítico requiere mayores niveles de estudio y/o formación especializada. Es importante remarcar que, en Argentina, el Ministerio de Educación, mediante la Resolución Ministerial N°2721/15 (192), establece los estándares de calidad para la formación de grado en enfermería. Los contenidos teórico prácticos relacionados con el cuidado crítico se aborda en el II Ciclo de las Carreras de Licenciatura en Enfermería; y se profundizan, luego en las especialidades de posgrado. Esto busca garantizar que las y los futuros profesionales estén adecuadamente preparados para afrontar escenarios complejos en entornos como unidades de cuidados intensivos, emergencias, y otras áreas donde se requiera atención especializada. Fernández et al (138), por otra parte explican que la sobrecarga laboral también puede ser cualitativa, cuando es excesiva la demanda en relación a las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador o un gran nivel de responsabilidad en la toma de decisiones. La autora infiere que el nivel básico de formación profesional (técnica/o y universitaria/o) y la ausencia de formación posgrado en las y los enfermeros que trabajan en las UCIA de la ciudad de Junín, constituyen un factor psicosocial de riesgo laboral capaz de contribuir a desarrollar SBO, puesto que la inadecuada o insuficiente preparación académica, son potenciales desencadenantes del estrés laboral según lo indica la literatura consultada. (17,18,74,100,133,138,166,169).

En cuanto a la situación laboral, 47 (90.38%) de las y los participantes del estudio, presentaron planta permanente, y 5 (9.62 %) contratos. Ello indica que la mayoría de las y los profesionales presenta estabilidad laboral. Sin embargo, una de las limitaciones del presente estudio es la imposibilidad de evaluar aspectos relacionados con los salarios percibidos por las y los enfermeros y sus niveles de satisfacción entorno a ello. La OIT (120), refiere que el bajo nivel socioeconómico especialmente en las mujeres se relaciona directamente con el SBO. Por lo tanto, la autora, sugiere que las variables económicas deberían considerarse e incluirse en investigaciones futuras, ya que influyen

directamente en la calidad de vida laboral y en las condiciones de vida de las y los profesionales, influyendo directamente en su bienestar general, su motivación en el trabajo, y su capacidad para cubrir sus necesidades.

En el análisis de la variable “años de experiencia en el ejercicio de la profesión”, la población estudiada presentó una media de 14,15 años. Según organización se obtuvo: Clínica Centro: media de 13.9; Clínica LPF: media de 14.85; Sanatorio Junín, media de 15.66 e HIGA con una media de 12.87 años de ejercicio profesional. En términos generales se observó una dispersión notable en los años de experiencia, lo cual queda registrado en el rango mínimo de 4 y máximo de 30 años. En el análisis por organización, Clínica Centro y Sanatorio Junín presentó desvío estándar superior al general, lo que también quedó demostrado en la variación de los valores de los rangos mínimos y máximos.

Respecto a los años que lleva el personal de enfermería en la misma organización de salud, se obtuvo una media de 11.03 años. En la variable “antigüedad en el mismo cargo y/o servicio”, las y los enfermeros, presentaron una media general de 8.75 años. Las y los enfermeros que trabajaban en las UCIA de Clínica LPF presentaron una media de 8.7 años, HIGA 6.81 años y Sanatorio Junín una media de 7.83 años de permanencia en el mismo cargo, valores por debajo de la media general. Mientras Clínica Centro, presentaron una media de 10.6 años de permanencia en el mismo cargo, por encima del valor de la media general. Algunos autores (162), respecto a la variable antigüedad refieren que el SBO se sitúa con mayor frecuencia entre las y los profesionales que presentan entre 5 y 10 años en el mismo cargo.

Los valores del desvío estándares, y rango mínimo de 4, en las variables “Tiempo de experiencia en la profesión”, “Tiempo que lleva en el mismo centro”, y “Tiempo que lleva en el mismo cargo”, indican la presencia de enfermeras/os que iniciaron su ejercicio profesional durante la Pandemia de la COVID-19, se incorporaron a la institución y a la UCIA en ese mismo momento, o trabajaban en otros servicios y fueron convocados a trabajar en cuidados críticos al inicio de la emergencia sanitaria. Respecto a ello, Blanco et al. (18) afirma que durante la pandemia del coronavirus, varios profesionales habían sido llamados a actuar sobre el terreno con menos experiencia y sin la experticia adecuada, lo que significó para el personal sin preparación grandes desafíos en termino de capacidad para manejar situaciones críticas, exacerbando los niveles de estrés, y afectaron la calidad de los cuidados. Por lo tanto, la autora deduce que las y los enfermeros que se iniciaron laboralmente o llegaron a la UCIA durante la pandemia, podrían estar expuestos a mayores niveles de estrés y por consiguiente a SBO, que aquellos que ya contaban con experiencia en la profesión, o trabajan con anterioridad en ese sector.

Del total de encuestados, 47(90.38%) contaban con cargo de enfermera/o, 4 (7.69%) de coordinador/a y 1 (1.92%) jefe de unidad. Se analizó la relación entre el cargo y la función desarrollada por el personal de enfermería de las UCIA según organización. Los resultados obtenidos indican: Clínica Centro, el total (10) de las y los profesionales encuestados presentaban cargo de

enfermera/o y desempeñaban funciones exclusivamente de asistencia. Respecto a la Clínica LPF Familia, 19 (95%) presentaban cargo de enfermería y 1 de coordinación. Sin embargo 18 cumplían funciones asistenciales y 2 de gestión. En el HIGA Junín, 13 personas presentaban cargo de enfermería, y 3 de coordinador/a. Sin embargo 12 (75%) realizaban actividades de asistencia, 2 (12.5%) de gestión, y otros 2 (12.5%) cumplían ambas funciones. Sanatorio Junín: 5 (83,33) presentaban cargo de enfermería, 1(16,67) de jefe de unidad. Cuando se les ha consultado sobre la actividad que desarrollan en las UCIA, 4 (66.67%) enfermeras/os brindaban asistencia y 2 (33.33%) cumplían actividades de asistencia y gestión simultáneamente. Si bien los resultados demuestran que la mayoría de las y los enfermeros en las UCIA realizaban actividades de acuerdo a su cargo, se observó un grupo minoritario, representado por aquellas/os profesionales que cumplían más de dos funciones. Este grupo particularmente podría estar experimentando conflictos de rol, y/o sobrecarga de rol.

Ello adquiere relevancia si se considerara que varios autores (18,23,77,78,108,122,162,163,164,165,177) afirman que los factores psicosociales de riesgo laboral como la falta de delimitación de funciones o la sobrecarga del rol influyen negativamente en el bienestar de las y los profesionales, elevando los niveles de estrés y las posibilidades con desarrollar SBO, como así también impactan negativamente en la calidad de la atención que brindan.

Sobre la variable “tipo de jornada”, 16 (30.77%) encuestados refirieron trabajar en horario diurno; mientras 31 (59.62%) informaron cumplir jornadas mixtas, y 5 (9.62%) jornadas nocturnas. Si se considera la distribución de la variable hacia el interior de las organizaciones, Clínica Centro (90%), HIGA (87.50%), y Sanatorio Junín (66,67%) presentaron mayor proporción de enfermeras y enfermeros con jornada mixta. Mientras en Clínica LPF, la mayoría, representada por 12 (60%) profesionales presentaron jornadas diurnas. La jornada mixta, junto a jornada nocturna, se encontraron presentes en el 69.24% de la población en estudio. La bibliografía consultada (74,77,78,162,176) señala que los horarios rotativos, cambiantes, inestables y la nocturnidad constituyen un factor importante en la vida de las y los profesionales; estas personas con frecuencia experimentan dificultades para mantener buenas relaciones sociales y familiares, genera impedimentos para el esparcimiento y limita la posibilidad de capacitación y/o actualización profesional. Además, es importante resaltar los problemas de insomnio, fatiga y alteraciones del ritmo circadiano, lo que afecta de manera directa su calidad de vida laboral. Ello durante el período de la pandemia de la COVID 19, se vio acentuado. Greenberg et al (176), manifiestan que las y los trabajadores de primera línea, no podían ver a sus parejas e hijas/os debido a las largas jornadas laborales, y a los turnos difíciles de conciliar con la vida personal. Por lo tanto, la investigadora concluye que esta condición laboral constituye en un factor psicosocial de riesgo laboral para las y los enfermeros que se desempeñan en las UCIA de la ciudad de Junín, confirmando lo que expresa la literatura.

Respecto a las horas diarias de trabajo, 37 (71,15%) de las y los 52 encuestadas/os, refirieron cumplir

jornada ordinaria, de entre 6 y 8 horas de trabajo. Mientras que 15 (28.85%) realizaba jornadas dobles de entre 12 y 16hs.

En cuanto a las horas semanales de trabajo, 29 (55.77%) indicaron trabajar 36 horas semanales; 12 (23.08%) 76 horas, 8 (15.38%) 48 horas y 3 (5.77%) más de 76 horas semanales. Si se segmenta la población en grupos según las organizaciones de salud en las que trabajaban, y se analizan las horas semanales de trabajo en las unidades de cuidados intensivos adultos, se observan los siguientes resultados: Clínica Centro: 4 (40%) cumplían 36 horas y 4 (40%) 76 horas semanales de trabajo; Clínica LPF: 8 (40%) trabajaban 36hs semanales, 6 (30%) trabajaban 76 horas semanales, 5 (25%) 48 horas semanales, y 1 (5%) trabajaba más de 76 horas semanales; HIGA, 14 (87.50%) trabajaban 36 horas semanales, y 2 (16.67%) 76 horas; Sanatorio Junín, 3 (50%) trabajaban 36 horas semanales, 2 (33.33%) 48hs semanales y 1 (16.67%) más de 76hs. Por lo tanto, se puede afirmar que 23 (44.23%) de las y los profesiones que se desempeñaban en las UCIA de la ciudad de Junín, trabajaban en la profesión más de las horas semanales que establece la normativa vigente. La Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería 24.004/91 (193), en su Capítulo VIII, referente a disposiciones varias, establece en su artículo 24 que las actividades de enfermería realizadas en unidades de cuidados intensivos se considerarán insalubres y, para resguardar la salud física y psíquica de este personal, se aplicarán regímenes especiales como la reducción horaria. El régimen horario para las jornadas insalubres según el Régimen de Contrato de Trabajo Ley N° 20.744 (194), en su Capítulo I: Jornada de Trabajo, artículo 200 sobre Trabajo nocturno e insalubre, expresa “no debe exceder 6 horas diarias y 36 semanales”. Sin embargo, según la maestranda, estas disposiciones no se cumplen adecuadamente, ya que un número considerable de enfermeras y enfermeros en el presente estudio trabaja jornadas prolongadas superando las 36hs semanales. Esta situación podría deberse a diferentes motivos, tanto personales como organizacionales, por lo cual la autora sugiere abordar en futuros estudios dicha problemática. Por otro lado, la autora afirma que la sobrecarga laboral constituye en un factor psicosocial de riesgo laboral, que impacta negativamente en la calidad de vida de los profesionales, afectando no solo su salud mental y bienestar laboral, sino también su vida social y familiar, y, en consecuencia, la calidad del cuidado de enfermería que proporcionan en las UCIA, como lo mencionan varios autores (3,17,23,77,95,108,130,176,195,196).

Otro dato relevado, asociado a lo anterior es el fenómeno del pluriempleo: 13 (25%) profesionales trabajaban en más de una organización de salud. Ello sugiere que, si bien la mayoría de la población del estudio presentaba un solo empleo, una parte significativa optaba por el trabajo múltiple para hacer frente a las demandas económicas. Los elementos económicos como el bajo salario que lleva a las y los profesionales a tomar la decisión de un segundo empleo, presentan una relación negativa con la satisfacción personal y con el compromiso con la organización (134). El pluriempleo según los especialistas no solo incrementa las horas de trabajo, sino también el estrés laboral, por la presión constante de cumplir con múltiples responsabilidades. Todo ello impacta negativamente en la salud integral de las y los trabajadores. La sobrecarga de trabajo, según varios autores (74,77,129,138,178)

conlleva a agotamiento emocional y físico, afectando también sus relaciones sociales. Reduce las posibilidades de interacción familiar, esparcimiento, descanso, tiempo para dedicar a sus estudios, además de impactar negativamente en la organización, en la medida que afecta a su rendimiento, incrementa el número de errores, eleva las tasas de infecciones intrahospitalarias, disminuye la calidad del cuidado que brindan en los servicios. Por lo tanto, el pluriempleo según la autora, es un componente complejo, multidimensional, que impacta doblemente, en las organizaciones, y en la salud de las y los profesionales de enfermería, incrementando el riesgo a desarrollar SBO en distintos grados de intensidad.

En lo que refiere a la cantidad de personas atendidas diariamente en cada jornada laboral, la población en estudio, presentó una media de 3.8. Mediana y modo de 4. Desvió estándar de 1.44. Agrupados las y los encuestados según organización de salud en la que trabajaban se obtuvo los siguientes resultados: Clínica LPF, media de 3.15; Clínica Centro: media de 3.9; HIGA: media de 4.25 y Sanatorio Junín, media de 4.66. Se debe mencionar aquí que la bibliografía consultada respecto a la relación enfermera/o paciente por turno en una unidad de cuidados críticos, recomienda 1 enfermera/o por cada 2 pacientes críticos (161) (198). Por lo tanto, la investigadora concluye que la asignación inadecuada de enfermería en las unidades de cuidados críticos y la consecuente sobrecarga de trabajo son factores psicosociales de riesgo laboral presente en las y los enfermeros de las UCIA de la ciudad de Junín. Fundamenta esto en la literatura consultada (17,77,78,74,95,129,130,138,162,172,178,188,198), que afirma, como ya se viene mencionando al respecto, que la sobrecarga de trabajo puede generar consecuencias negativas tanto para la organización/servicio como en el personal. Para la organización en termino de costes, seguridad paciente y calidad de los cuidados elevando el riesgo en las y los usuarios de sufrir lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte. Y para la propia salud del personal de enfermería en tanto aumenta el riesgo de padecer alteraciones de la salud física, emocional y social, desarrollar estrés laboral. Sosteniendo esta situación en el tiempo, podría desarrollar o incrementar los niveles de SBO. Otro factor psicosocial de riesgo laboral presente en la población en estudio, relacionado por un lado con las características propias de la profesión que suponen un alto involucramiento emocional, y por otro con variables de la calidad de vida laboral en las UCIA, es la proporción del tiempo de la jornada laboral diaria que pasa en interacción directa enfermería con las y los beneficiarios de su trabajo. Sobre esta subvariable, 32 (61.54%) enfermeras/os refirieron que, durante la jornada diaria interaccionaban con la/el sujeto de cuidado más del 75% del tiempo; 12 (23.08%) interaccionaban el 50% del tiempo, y 4 (7.69%) menos del 30% del tiempo, mientras que los restantes 4 (7.69%), no respondieron la pregunta. Los resultados según organización de salud, obtuvo Clínica Centro: 8 (80%) encuestados interactuaban más del 75% del tiempo; Clínica LPF: 11 (55%) interactuaban más del 75%, HIGA, 9 (56.25%) interactuaban más del 75% del tiempo; Sanatorio Junín, 4 (66.67%) de las y los enfermeros que trabajaban en la UCIA interactuaban más del 75% del tiempo. La alta

demanda de cuidados complejos, la atención directa y constante a pacientes en estado crítico y sus familias, se le suma las necesarias y complejas relaciones interprofesionales que las y los enfermeros en las UCIA deben establecer dentro del equipo de trabajo (129) (169). Ruiz y López Ríos (162), describen este fenómeno como exceso de estimulación aversiva: enfrentamiento constante al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados; contacto continuo con personas enfermas que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Todo ello requiere un esfuerzo físico, emocional y social, que puede tornarse agotador aumentando el riesgo a desarrollar problemas conductuales como SBO y otros problemas de salud psicológicos (17,23,95,108,161,169,170,175).

Si bien el teletrabajo cobró importancia durante la pandemia de la COVID-19, al momento de la encuesta en este grupo de profesionales no adquiere relevancia. Sólo 6 (11.54%) afirmaron realizar actividades relacionadas con su trabajo en el domicilio. Como es de esperar, por las características propias del cargo quienes realizaban esta modalidad cumplían funciones de gestión.

El análisis de los datos de la segunda parte del instrumento, correspondientes al CCB propiamente dicho, indica que la población en estudio al momento del relevamiento de datos experimentaba diferentes grados de intensidad de SBO. En el análisis de la variable Factores Causantes y Antecedentes, la población presentó una media de 18.25 puntos. Respecto a sus subvariables, Característica de la Tarea presentó una media de 6.07 puntos; Organización, una media de 5.42, y la subvariable Tedio resultó una media de 6.75 puntos. La pregunta que recibió mayor puntuación en la subvariable Tarea, correspondió a la pregunta 2, “Se siente identificado con su trabajo”. En este ítem, 30 (57.67%) profesionales de la población en estudio indicaron la mayoría de las veces. En la subvariable Organización, dos ítems obtuvieron 26 (50%) puntos. Particularmente el ítem 4 “Mi supervisora me apoya en las decisiones que tomo”, 26 (50%) profesionales indicaron la mayoría de las veces, y la pregunta 8 “Mis compañeras me apoyan en mi trabajo”, 26 indicaron frecuentemente. Respecto a la subvariable Tedio, la pregunta que más puntuó fue la 6, “Mi trabajo actual carece de interés”, 25 (48.08%) señalaron, en ninguna ocasión.

Sobre la frecuencia y criterios diagnóstico, la variable Factores Causantes y Antecedentes del SBO, exhiben que el total de las y los enfermeros que trabajaban en las UCIA, alcanzaron puntajes superiores a 9. En particular, 36 (69.23%) enfermeras/os obtuvieron puntajes entre 9 y 19 (criterio bajo para SB), y 16 (30.77%) obtuvieron entre 19 y 29 puntos (criterio medio). Es decir, que el 100% de la población presentó criterio bajo o medio para SBO respecto a factores psicosociales de riesgo laboral presentes en sus entornos laborales.

En relación a la organización en la que trabajaban las unidades de análisis, la variable “Factores Causales y Antecedentes” se comportó de la siguiente manera: Clínica Centro: de 10 enfermeras/os encuestadas, 6 (60%) presentaron criterio bajo para SBO, y 4 (40%) criterio medio. Clínica LPF: de 20 enfermeras/os encuestados, 15 (75%) presentaron criterios bajo, 5 (25%) criterio medio para SBO.

HIGA, de 16 enfermeras/os encuestados, 11 (68.75%) presentaron criterio bajo, 5 (31.25%) criterio medio para SBO.

Según la autora, los resultados de las subvariables “Factores causales y antecedentes” muestran que las y los enfermeros que trabajaban en las UCIA de la ciudad de Junín presentan criterio diagnóstico bajo y medio para SBO de acuerdo a como percibían y experimentaban su exposición a factores psicosociales de riesgo laboral relacionados con el funcionamiento de las UCIA, el clima laboral, las características propias de las tareas que desempeñan a diario en este servicio altamente tensinógeno, y la relación con el equipo de salud.

El hecho de no detectar criterio alto en la variable “Factores causales y antecedentes”, podría deberse a que las y los profesionales perciben que sus superiores las y los apoyaban en sus decisiones la mayoría de las veces (50%), o frecuentemente (38.46%). De igual manera ese apoyo se identifica en relación a sus colegas; sobre este último ítem, el 50% de la población señaló que sus compañeras/os de trabajo las y los apoyaban frecuentemente (50%) y mayoría de las veces (42.31%). Otro aspecto positivo identificado es la calidad de las relaciones laborales

El 46.15% de las y los encuestados indicó que frecuentemente las relaciones que establecían en el trabajo era gratificantes, mientras que el 25% señaló que lo era la mayoría de las veces. En este sentido, Ortega Ruiz y López Ríos (162) refieren que cuanto más positivo es el clima laboral y mejores son las relaciones que establecen en el trabajo las y los trabajadores, menor es el estrés que perciben. Es decir que el apoyo social y la cohesión entre compañeras/os mantendría en este caso un efecto amortiguador del estrés. En ese sentido, la autora confirma lo que la bibliografía expresa, el SBO se trata de un fenómeno relacionado con el laboral, que claramente debe evaluarse en ese contexto social. Resalta también la importancia que tienen la cohesión y las buenas relaciones interpersonales en el trabajo, en especial con la supervisión y con las y los colegas para la prevención y manejo adecuado del estrés. Además, sugiere que los resultados en cada subvariable e ítems de los “Factores causales y antecedentes del SBO”, deben ser considerados por la gestión institucional, para la implementación y sostenimiento de medidas tendientes a la prevención del SBO.

Respecto a la variable “Factores de SBO”, la población obtuvo una media de 20.32 puntos. En relación a las subvariables la media se comportó de la siguiente manera: “Despersonalización”: media de 8.25, “Realización Personal” media de 6.73 y “Cansancio Emocional”, media de 5.34 puntos.

Las preguntas que mayor puntuación en la subvariable “Cansancio o agotamiento emocional” fueron: la pregunta 1, “En general estoy bien harta/o de mi trabajo”, 31 (59.62%) profesionales respondieron en ninguna ocasión. Seguida por Pregunta 7, “Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor”, 22 (42.15%) respondieron en ninguna ocasión y 20(38.46%) raramente.

La frecuencia de puntajes obtenidos en la subvariable “Despersonalización”, indica que las preguntas con mayor puntaje fueron: Pregunta 5, “Los usuarios de mi trabajo tienen exigencias excesivas y comportamientos irritantes”: 22 (42.31%) respondieron algunas veces; y la pregunta 12, “Las

personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos”: 20 (38.46%) indicaron algunas veces y 19 (36.54%) raramente.

En el caso de la subvariable “Realización personal”, el mayor puntaje lo obtuvo la Pregunta 9, “El trabajo que hago dista de ser lo que yo hubiera querido”: 28 (53.85%) de las y los profesionales respondieron ninguna ocasión; seguido por la Pregunta 5, “Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales” en la cual 22 (42.31%) profesionales respondieron algunas veces y la Pregunta 1, “Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente escaso”, 20 (38.46%) respondieron en ninguna ocasión

Como puede observarse, la media de los puntajes resultantes de las subvariables “Cansancio emocional” y “Realización personal” son inferiores a la media obtenida en “Despersonalización”; es decir que la estrategia de afrontamiento empleada inicialmente por las y los enfermeros en las UCIA para afrontar el estrés fue la “Despersonalización”. Este resultado encuentra similitud con los de otros estudios que señalan que las y los trabajadores de la salud de primera línea durante la pandemia experimentaron niveles más altos de despersonalización en comparación con profesionales que no estuvieron directamente expuestos a pacientes infectados por coronavirus (29) y (34).

No obstante, este hallazgo en el comportamiento de patrón de afrontamiento del estrés en la población en estudio, requiere a futuro un estudio más exhaustivo ya que difiere al descripto por Gil Monte (108) y Gil Monte et al (177), el cual establece que en la profesión de enfermería, particularmente, la “Despersonalización” sería la última estrategia de afrontamiento en aparecer, debido a que el rol laboral y la fuerte impronta ético moral de la disciplina prescribe no adoptar actitudes cínicas, deshumanizadas, de indiferencia o impersonales hacia las personas que cuida. Según los autores, la despersonalización como primera manifestación, solo se explicaría cuando se trata de una población expuesta a estresores que se perpetuaron en el tiempo, es decir a un estrés crónico.

Por lo tanto, la maestranda se pregunta ¿por qué las y los enfermeros de las UCIA, presentaron un incremento leve de despersonalización en comparación a las otras dimensiones?; ¿se debe a la cronicidad de la exposición a factores estresantes, cómo indica Gil Monte? o ¿a qué el nivel de estrés durante la pandemia de la COVID-19 fue tan intenso que debieron recurrir tempranamente a la despersonalización como mecanismo para sobrellevar la situación?, como mencionan Dos Santos (2022) y Zhang et al. (2020) en sus estudios.

Esta cuestión debe ser motivo de nuevas investigaciones, que aborden el tema desde un enfoque cualitativo, que permitan conocer con mayor profundidad las percepciones, experiencias y vivencias de las y los enfermeros, para comprender mejor el proceso de desarrollo de la despersonalización. La despersonalización, sin lugar a dudas cobra importancia, debido a que la calidad de los cuidados proporcionados por las y los enfermeros en las UCIA podría verse afectada negativamente. Este fenómeno impacta directamente en la calidad de las relaciones interpersonales, enfermera/o-pacientes, tornándose deshumanizadas, mecánicas y poco empáticas en respuesta a las excesivas demandas de los usuarios y al poco reconocimiento percibido por la actividad que desarrollan.

En cuanto a la frecuencia y criterios diagnósticos, el total de la población en la variable “Síndrome de Burnout” presentó puntuaciones superiores a 9. De las y los encuestados, 46 (88.46%) evidenciaron criterio bajo y medio para SBO. Particularmente, 24 (46.15%) enfermeras/os obtuvieron puntajes entre 12 y 19 puntos, considerado criterio bajo; y 22 (42.31%) obtuvieron entre 19 y 25 puntos, criterio medio para SBO. Mientras 6 (11.54%) profesionales, superaron los 25 puntos, considerado este valor el punto de corte para criterio diagnóstico alto

Este último grupo presentó las siguientes características sociodemográficas y laborales: edad media 39.66; 5 (83.33%) se identificaron con el sexo femenino. 5 (83.33%) informaron presentar pareja habitual. Se calculó una media de 2 hijas/os. En cuanto al nivel de formación las 6 (100%) eran enfermeras/os técnicas/os / universitaria/o, con una media de 13.83 años de experiencia en la profesión. 4 (66.67%) se desempeñaban en la UCIA del HIGA Junín. 5 (83.33%) presentaron cargo de enfermera/o, de los cuales 4 (66.67%) cumplían funciones asistenciales exclusivamente. Respecto al tiempo en el mismo cargo, este grupo presentó una media de 4.33 años, lo que demuestra que ingresaron a trabajar a la UCIA al inicio de la Pandemia de la COVID-19. Respecto al tipo de jornada, 3 (50%) indicaron trabajar jornadas mixtas, y 3 (50%) jornadas diurnas. 4 (66.67%) trabajaban 36 horas semanales. 6 (100%) realizaban jornadas ordinarias. Solo 1 profesional informó pluriempleo. Finalmente 3 (83.33%) refirieron permanecer el 50% del tiempo en contacto directo con pacientes. En 2022, en Pilar, Paraguay se llevó a cabo un estudio de similares características, sobre 121 enfermeras/os. De igual modo, se empleó el CBB como instrumento de medición (34). Comparándolos, en ambos estudios, la mayoría de las y los enfermeros encuestados mostraron niveles bajos o medios de afectación por SBO. En este estudio el 65% de los profesionales evidenciaron un nivel bajo de afectación, mientras que, en el presente estudio, el 46.15% obtuvo resultados en ese rango. Asimismo, en ambos estudios, la proporción de enfermeros con niveles altos de afectación fue menor, aunque en el estudio actual (11.54%) es menor comparado con el de Paraguay (18%). Estas diferencias pueden indicar que, aunque el fenómeno del SBO está presente en ambas muestras, la gravedad varía ligeramente, lo que sugiere que factores contextuales o laborales específicos pueden influir en la intensidad del SBO en cada región.

En relación a la organización en la que trabaja la unidad de análisis, la variable SBO se comportó de la siguiente manera: Clínica Centro: de 10 enfermeras/os encuestadas, 5 (50%) presentaron criterio bajo para SBO, y 5 (50%) criterio medio; Clínica LPF: de 20 enfermeras/os encuestados, 11 (55%) presentaron criterios bajo, 7(35%) criterio medio y 2 (10%) criterio alto para SB; HIGA, de 16 enfermeras/os encuestados, 7 (43.75%) presentaron criterio medio, 5 (31.25%) criterio bajo y 4 (25%) criterio alto para SB. Sanatorio Junín, de 6 enfermeras/os encuestadas, 3 (50%) presentaron criterio bajo para SB, y 3 (50%) criterio medio.

En la variable “Síndrome de Burnout”, el punto de corte para que una persona se encuentre críticamente afectada es de >25 puntos (1). Como se ha mencionado previamente, la autora ha identificado a 6 profesionales de enfermería que se encontraban en una situación crítica de SBO, 4

laboraban en el sector público y 2 en el privado, por lo que considera que este grupo requiere asistencia especializada. No obstante, advierte que el resto de la población en estudio también presenta grados de afectación, con criterios diagnóstico de bajo y medio riesgo. Por ello, recomienda un abordaje integral que incluya no solo a los casos más graves, sino a todo el grupo, con el fin de prevenir el desarrollo de un SBO severo. Este enfoque proactivo contribuiría a mejorar el bienestar general de las y los enfermeros que trabajan en las UCIA, evitando la progresión de los síntomas en aquellos que aún no han alcanzado un nivel crítico, a la vez impactaría positivamente en la calidad de los cuidados.

Consecuencias. Respecto a esta variable, según Moreno Jiménez et al. (101) una población o persona que presenta puntuaciones iguales o superiores a 3, debe considerarse que se encuentra en el punto de partida para criterio diagnóstico bajo, y esta críticamente afectada por las consecuencias del SBO cuando alcanza una puntuación > 8 . En este caso la población obtuvo una media de 7.25, mediana de 7, moda de 5 puntos; con un rango mínimo de 3 y máximo de 13. Es decir, el total de la población en la variable “Consecuencias”, se encuentra afectada en diferente nivel o grado de intensidad. Particularmente, 24 (46.15%) enfermeras/os obtuvieron puntajes entre 3 y 6, criterio bajo; 16 (30.77%) obtuvieron puntuaciones mayores a 8 puntos, criterio alto; mientras 12 (23.08%) obtuvieron puntajes >6 a 8 puntos, criterio medio para SBO.

En relación a la organización de salud, se puede observar que el comportamiento de la variable “Consecuencia del SBO” fue el siguiente: Clínica Centro: de 10 enfermeras/os encuestadas, 4(40%) presentaron criterio bajo, 4 (40%) criterio medio y, 2(20%) criterio alto. Clínica LPF: de 20 enfermeras/os encuestados, 13(65%) criterio bajo y 4 (20%) presentaron criterios alto, 3 (15%) criterio medio. HIGA, de 16 enfermeras/os encuestados, 7 (43.75%) criterio alto, 5 (31.25%) presentaron criterio medio, 4 (20%) criterio bajo. Sanatorio Junín, de 6 enfermeras/os encuestadas, 3 (50%) presentaron criterio alto, 2 (%) criterio bajo, 1 (%) presentó criterio bajo para SBO.

En el análisis de las subvariables, “Consecuencias Físicas”, resultó una media de 3.19; “Consecuencias Psicológicas”, una media de 2.03, y finalmente subvariable “Consecuencias Sociales”, la población presentó una media de 2.01 puntos.

En el análisis de la frecuencia de respuestas del CBB, en la subvariable “Consecuencias Físicas”, en la Pregunta 13 “Considera que el trabajo que realiza repercute en su salud personal” 21 (40.38%) profesionales respondieron algunas veces; 12 (23.08%) frecuentemente, 8 (15.38%) raramente, 7 (13.46%) la mayoría de las veces, 4 (7.69%) en ninguna ocasión. En la subvariable “Consecuencias Psicológicas”, Pregunta 17: “El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales”, se observa que 22 (42.31%) profesionales respondieron algunas veces, 11 (21.15%) ninguna ocasión, 9 (17.31%) raramente, 8 (15.38%) frecuentemente y 2 (3.85%) la mayoría de las veces. Por último, en la subvariable “Consecuencias Sociales”, Pregunta 21, “Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor”, 23 (44.23%) profesionales respondieron raramente, 16 (30.77%) ninguna ocasión, 10 (19.23%) algunas veces, 2 (3.85%) frecuentemente y 1 (1.92%) la mayoría de

las veces. Por lo tanto, puede inferirse que, en las y los participantes del estudio, las afecciones físicas son las más percibidas y reportadas.

Si bien, los resultados de la variable “Consecuencias”, ofrecen un panorama general del grado de afectación, la autora identifica limitaciones en el cuestionario para detectar morbilidades graves consecuencias del SBO, como las descriptas en el período de la pandemia de la COVID-19 o pos pandemia por varios autores (3,4,5,10,17,28). Como lo expresa Moreno Jiménez et al (101), el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del SBO deben evaluarse complementariamente con otro tipo de instrumento más específico. Por ello, la maestranda sugiere continuar investigando en esta línea a futuro, con el propósito de profundizar y ampliar la clasificación y sus categorías, ordenando consecuencias para las y los trabajadores en general y consecuencias para las organizaciones, como lo sugiere la literatura (25,31,97,102,111,146,179). En ese sentido, podrían utilizarse los criterios de ordenamientos establecidos por Gil Monte y Peiró (23) y Gil Monte (108). Los autores identifican cuatro categorías de consecuencias para la persona: emocionales, actitudinales, conductuales y somáticas. En cuanto a las repercusiones para la organización, destacan deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, alto nivel de absentismo, tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, disminución del interés y esfuerzo en las tareas laborales, aumento de conflictos interpersonales con colegas, usuarios y supervisores, y, por último, la reducción de la calidad de vida laboral de las y los profesionales. Estas categorizaciones permiten orientar de manera más efectiva las estrategias de prevención y promover un abordaje integral e intersectorial del problema.

CONCLUSIONES

El SBO, es un fenómeno ocupacional, resultado del estrés crónico, que sufren las y los profesionales que brindan cuidados/servicios a otras personas de forma prolongada, próxima y continua. Su origen está directamente relacionado con la filosofía humanística de la profesión, y la calidad de vida laboral, el entorno psicosocial del trabajo y la tensión generada por la interacción conflictiva; en este caso, entre las y los enfermeros y su trabajo en las UCIA. Las variables implicadas en este proceso trascienden el plano individual y personal. Los factores psicosociales de riesgo laboral abarcan dimensiones sociales, organizativas y ambientales que influyen tanto en la salud física y mental como en las relaciones interpersonales dentro y fuera del ámbito laboral, impactando directamente en la calidad de los cuidados que proporcionan a las y los usuarios.

Investigar el SBO en las y los profesionales de la enfermería, constituye para la investigadora, no solo un acto moral, sino también un deber y compromiso con el derecho a la protección de la salud integral que gozan las y los trabajadores declarado por organismos internacionales como así también por la Constitución Nacional Argentina y demás leyes vigentes en el país.

La pandemia de la COVID-19 no sólo exacerbó los problemas preexistentes en las condiciones laborales de las UCIA, sino que además incrementó los desafíos físicos, emocionales y sociales que afrontan a diario las y los enfermeros de ese servicio.

Estas/os profesionales desempeñan un papel crucial, brindando atención directa, próxima e íntima a personas gravemente enfermas o inestables debido a lesiones, cirugías o enfermedades potencialmente mortales, como así también apoyar y acompañar a las personas de su entorno, como familiares y amigos. Su labor es continua, las 24 horas, los 365 días del año. Por ello el ejercicio de la profesión en las UCIA se torna altamente demandante, exponiendo a las y los enfermeros con mayor frecuencia a dificultades humanas cercanas al sufrimiento, la pérdida y la muerte; necesidades de cuidados complejos, problemas éticos de difícil resolución, dinámicas interprofesionales complejas y capacidades que requieren alto grado de conocimiento y especialización para realizar adecuadamente sus funciones; lo que implica a diario altos niveles de estrés laboral.

Cuando ese estrés laboral es crónico, y fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplean las y los profesionales para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación), las personas desarrollan SBO. Desde la perspectiva psicosocial, sobre la cual la autora se ha posicionado, el SBO se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización).

La presente investigación, según la maestranda, logró cumplir con los objetivos. No solo posibilitó caracterizar en términos sociodemográficos y laborales al colectivo de enfermería que trabajó en primera línea durante la pandemia en las cuatro UCIA de la ciudad de Junín, y que continúa desempeñándose en esos mismos servicios, sino que además permitió comparar los grupos, identificando diferencias poco significativas entre ellos.

Por otro lado, se logró comprobar la hipótesis de investigación; puesto que toda la población en estudio desarrolló SBO en diferentes grados de intensidad.

Un hallazgo relevante en esta investigación fue la identificación de la despersonalización como un mecanismo inicial de afrontamiento frente al estrés, lo cual difiere de la secuencia clásica propuesta por la literatura y sugiere la necesidad de profundizar su estudio en este colectivo. Este resultado permitió comprobar que el desarrollo del SBO no sigue un curso lineal ni uniforme, sino que sus dimensiones pueden manifestarse de manera variable según las condiciones contextuales, las características de las y los profesionales y las experiencias situadas del grupo analizado.

Entre los factores psicosociales de riesgo laboral identificados en la población estudiada, en diferentes proporciones, se evidenció: sobrecarga de trabajo, exceso de pacientes, largas jornadas, jornadas mixtas y nocturnas, alto involucramiento debido a que la mayoría del personal interactúa más del 75% del tiempo con los usuarios, pluriempleo que indirectamente demuestra la existencia de problemas económicos, entre otros. Estos factores contribuyen significativamente al incremento de los niveles de SBO detectados, si no se implementan acciones sobre ellos. Por lo tanto, mejorar la

calidad de vida laboral es un elemento esencial para promover la salud integral, el bienestar y la dignidad de los profesionales de enfermería, así como un requisito fundamental e indispensable para optimizar los cuidados en las organizaciones de salud.

La información reunida constituye un importante punto de partida para las organizaciones sanitarias y los servicios de enfermería a nivel local. Abordar la problemática del SBO debe ser el paso siguiente. Tomar medidas preventivas para evitar el agotamiento extremo del personal, implementando estrategias que promueven la salud integral de las y los enfermeros, reduciendo los factores psicosociales de riesgo laboral que garanticen un ambiente de trabajo saludable y sostenible, y fortalecer las habilidades de las y los trabajadores para gestionar el estrés de manera efectiva, aprendiendo de las experiencias como ha sido la pandemia de la COVID-19 para crecer no solo a nivel personal y profesional y sino como grupo o comunidad.

RECOMENDACIONES

El SBO debe entenderse como un problema de salud pública, cuyo abordaje requiere el compromiso conjunto de todos los sectores involucrados. La salud de las y los profesionales de la enfermería debe ser estudiada y comprendida en todas sus dimensiones y abordada de manera individual y colectiva, considerando el contexto social y organizacional. Un análisis integral permitirá identificar las influencias externas que afectan la salud y bienestar de las y los profesionales, y, en consecuencia, desarrollar estrategias más efectivas tendientes a mejorar la calidad de vida laboral, la cultura organizacional, promover la salud mental, evitar el desarrollo del SBO, o reducir su avance.

Entre las acciones para su prevención, la autora considera fundamental el fortalecimiento y/o inclusión de conocimientos científicos en los planes de estudio de enfermería, sobre cuestiones relacionadas con el trabajo decente, la salud y seguridad. Es esencial que las y los futuros enfermeros reciban las herramientas y recursos para comprender el complejo entorno del trabajo, que les permita identificar y controlar los factores de riesgo del SBO, manejar el estrés, desarrollar la resiliencia como estrategia efectiva para prevenir o mitigar el SBO, promoviendo desde la etapa formativa la construcción de la cultura del cuidado. De esta manera se podría contribuir a mejorar la salud integral y bienestar del personal de enfermería, y por consiguiente a la calidad de los cuidados.

En el mismo sentido, es importante que las organizaciones de salud prioricen la formación de quienes ocupan puestos de gestión como dirección y supervisión, para que estos desarrollen la capacidad para proporcionar apoyo a la salud mental, identificar los factores psicosociales de riesgo laboral e implementen programas de educación continua que incluya a todos sus miembros, sobre seguridad y salud en el trabajo, sensibilizando y proporcionando herramientas al personal para el manejo de determinadas situaciones estresantes, prevenir problemas de salud física, psíquica y social, en especial el SBO, orientar y acompañar en el tratamiento y/o rehabilitación a las y los trabajadores afectados, evitando es estigmatización.

Participar activamente y fortalecer los comités de seguridad en el trabajo de acuerdo a la legislación vigente, en pos de mejorar el ambiente y clima laboral, tomando decisiones e implementando medidas que impacten positivamente sobre las condiciones laborales que contribuyan a minimizar la problemática del colectivo de enfermería.

Constituir grupos interdisciplinarios que tengan por objetivo el intercambio y la reflexión de la naturaleza y práctica profesional de la enfermería, la identificación de los factores estresores y protectores. Ello, les permitiría contar con una verdadera red de apoyo activo en la búsqueda de estrategias de afrontamiento colectivo.

La participación externa, y activa en asociaciones profesionales y sindicales es esencial para fortalecer los derechos y condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud. Estas organizaciones desempeñan un rol crucial en la defensa de derechos laborales; promoción de políticas públicas; apoyo profesional; visibilizarían de problemáticas y el liderazgo y empoderamiento.

La investigación desde un enfoque cualicuantitativo debe ser considerada una actividad sustantiva y sostenida en el tiempo que aporte información funcional y útil sobre lo que acontece en los servicios de enfermería, y en la organización en general. La vigilancia, y análisis constante de los factores psicosociales de riesgo laboral, que condicionan el contexto laboral en las UCIA, la salud de las y los enfermeros y la calidad de los cuidados, debe incluir factores estresantes del entorno físico, demandas del propio trabajo, las características de las tareas, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales y grupales, el desarrollo de la carrera profesional, los diferentes aspectos relacionados con la incorporación de nuevas tecnologías, los componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes como una centralización muy excesiva o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización. Finalmente, los factores extra organizacionales derivados de la relación trabajo familia. La investigación, además, debe orientar la búsqueda de soluciones individuales, compartidas o colectivas según corresponda, que mejoren gradualmente las condiciones y medio ambiente de trabajo, y prioricen la salud integral de las y los enfermeros. Establecer vínculos entre la organización de salud y los equipos de investigación en salud de la universidad, podría contribuir enormemente al desarrollo de este tipo de investigaciones desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial, en el cual ambos serían benefactores.

BIBLIOGRAFIA

1. William R, Binagwaho A, Catton H, Davis S, Farmer P, Iro E, et al. Inversión rápida en enfermería para fortalecer la respuesta global al COVID-19. *Int J Nurs Stud*. 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. WHO.
3. Agüero Moreira , Pérez Fernández T, Troz Parra IP. Principales patologías psíquicas que generó el estrés laboral durante la pandemia de COVID -19, en el personal de salud. *Revista Medica Sinergia*. 2022; Vol. 7(4).
4. Jeff Huarcaya. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020; 37(2): p. 327- 334.
5. Fernández Sánchez A, Estrada Salvarrey MN, Arizmendi Jaime ER. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2019; 18(1): p. 29- 40.
6. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online]; 2020. Acceso 01 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
8. Argentina.gob.ar. Argentina.gob.ar. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais#:~:text=Se%20trata%20de%20una%20persona,tos%20y%20dolor%20de%20garganta>.
9. Decreto de Necesidad y Urgencia 2. Boletín Oficial de la República Argentina. [Online]; 2020.. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.
10. Scatularo C, Battioni L, Bellia S, Costa de Robert S, De las Nieve Gatti M, Racki M, et al. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. *Revista argentina de cardiología*. 2021; 89(3).
11. Decreto de Necesidad y Urgencia 7. Boletín Oficial de la Presidencia de la Nación. [Online]; 2020.. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235132/202009204>.
12. Naciones Unidas Argentina. Naciones Unidas Argentina. [Online]; 2020. Disponible en: <https://argentina.un.org/es/98852-hospitales-modulares-para-atenci%C3%B3n-de-pacientes-covid-19-en-argentina-se-encuentran>.
13. Lasalvia A, Amadeo F, Porru E, Carta. Niveles de agotamiento entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 y sus factores asociados: un estudio transversal en un hospital terciario de una zona altamente sobrecargada del noreste de Italia. *BMJ Open*. 2021.
14. Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit*. 2017; 31(3): p. 171- 173.
15. Jiang L, Broome M, Ning C. The performance and professionalism of nurses in the fight against the new outbreak of COVID-19 epidemic is laudable. *Int J Nurs Stud*. 2020.
16. Del Rio C, Melani P. COVID-19—new insights on a rapidly changing epidemic. *JAMA*. 2020.
17. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Compassion fatigue in critical care nurses. *Saudi Med J*. 2019; 40(11).
18. Blanco LM, Garrosa E, Moreno Jimenez J, Gálvez Herrer M, Moreno Jimenez B. Occupational psychosocial risks of health professionals in the face of the crisis produced by the COVID-19: From the identification of these risks to immediate action. *Int J Nurs Stud*

Adv. 2020.

19. Dimitriu M, Panteas A, Smaranda A, Nica A, Carap A, Constantin V, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020; 144.
20. Gonçalves Costa N, Figueredo WN, Silva Servo ML. COVID-19 y estrés ocupacional experimentados por profesionales de la salud en el contexto del hospital: revisión integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022; 75.
21. Maslach C&JSE. MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
22. Olivarez Faundez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia del Trabajo*. 2017; 19(58).
23. Gil Monte PPJ. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse Madrid: Sínteis; 1997.
24. Dos Santos Moura R, Carvalho Saraiva F, Da Silva Lima Rocha K, Dos Santos R, Rodrigues da Silv N, Duarte Melo Albuquerque W. Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2019;(54).
25. Moss , Good V, Gozal , Kle Gozal R, Kle. A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *Revista estadounidense de medicina respiratoria y de cuidados intensivos*. 2016; 194.
26. Vinueza Veloz AF, Aldaz Pachacama NR, Mera Segovia CM, Tapia Veloz EC, Vinueza Veloz MF. Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*. 2021; 25(2).
27. Organización Mundial de la Salud. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.
28. Ruiz Frutos C GSJ. Efectos de la Pandemia por COVID-19 en la Salud Mental de la Población Trabajadora. *APRL: Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2021; 24(1): p. 6- 11.
29. Zhang Y . Estrés, agotamiento y estrategias de afrontamiento de las enfermeras de primera línea durante la epidemia de COVID-19 en Wuhan y Shanghai, China. *Psiquiatría frontal*. 2020.
30. Dos Santos Moura , Carvalho Saraiva FJ, da Silva Lima Rocha KR, dos Santos RM, Rodrigues da Silva N, Melo Albuquerque WD. Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2019; 18(2).
31. Durán Rodríguez R, Gamez Toirac Y, Toirac Sánchez K, Toirac Fuentes J, Toirac Terrero D. Síndrome de burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad del paciente. *MEDISAN*. 2021; 25(2).
32. Liu X. El brote de COVID-19 puede cambiar el agotamiento laboral de los profesionales de la salud. *Psiquiatría frontal*. 2020.
33. Taghinezhad , Raiesifar , Taghinezhad Y, Mohammadi E. Calidad de vida profesional entre enfermeras clínicas iraníes a la vanguardia de la lucha contra el COVID-19: un estudio transversal multicéntrico. *Revista iraní de investigación en enfermería y partería*. 2024; 29(2): p. 187-193.
34. Dos Santos Antola W. Valoración del sufrimiento emocional en el trabajo: síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos de la ciudad de Pilar-Paraguay en el contexto de la pandemia covid-19. *Ciencia Latina, Revista Multidisciplinar*. 2022; 6(6).
35. Cervino C, Piovano C, Tripcevich M, Buccheri J, Escobar M, Trivic N, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista de Psicología de la Salud Journal of Health Psychology*. 2023; 11(1): p. 140.

36. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, 48° edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 29 junio 2014.
37. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. 2016; 10(2).
38. Valenzuela Contreras LM. La salud desde una perspectiva integral. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. 2016; 9(9): p. 50- 59.
39. Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria. tercera ed. Madrid: Diaz de Santos; 1990.
40. Stolkiner A, Ardila Gómez. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Rev. Arg. de Psiquiatría. 2021; XXIII: p. 57 - 67.
41. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians Ottawa: Minister of Supply and Services, Canadá; 1974.
42. Organización Mundial de la Salud ORpE. Promoción de la salud: documento de debate sobre el concepto y los principios: informe resumido del Grupo de Trabajo sobre Conceptos y Principios de Promoción de la Salud. Informe resumido. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa.; Oficina Regional para Eupora.
43. Hernána M, Fernández A, Ramos M. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de genero y clase social. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(4).
44. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Latino- Am - Enfermagem. 2010; 18(3).
45. Vergara MdC. Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2007; 12: p. 41- 50.
46. San Martín Fuentes H, Pastor V. Salud comunitaria : teoría y práctica. 2nd ed. Santos Dd, editor. Madrid; 1988.
47. Terris M. Tres sistemas mundialesde la atención médica. Cuadernos médico Sociales. 1980;(14).
48. Rodriguez Marin J. Psicología Social de la Salud. 1995.
49. Carrazana V. EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2003; 1(1).
50. Davini GdSR. Psicología General. Argentina: Kapelusz.; Kapelusz; 1978.
51. Bertolote JM. Raices del concepto de salud mental. Wordl Psychiatry. 2008; 6(2): p. 113-116.
52. Laurell AC. El estudio social del proceso salud enfermedad en America Latina..
53. Word Health Organization Expert Committe. Mental health: report on the sesond session of de Expert Committe. Report Technical N°31. Genova: OMS, Expert Committe Mental Health.
54. Organización Mundial de la Salud. Investir en Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
55. Stewart D, Naegle MA, Gade Rolland E, Hughes F, Ryan K. Directrices sobre enfermería en salud mental, 2024. Directrices. Ginebra , Suiza: Consejo Internacional de Enfermería (CIE).
56. Pichon Rivière E. "El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. 6th ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.
57. Pichón Rivière E. Diccionario de Psicología Social, Pichon Riviere..
58. Organizacion Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos, Panorama general. Ginebra.
59. Organización Mundial de la Salud. La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to->

[tackle-mental-health-issues-at-work.](#)

60. Cialzeta JR. "El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en. Tesis de Maestría. Corrientes: Universidad Nacional de Córdoba. 2013
61. Jacob A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socio- antro-po-histórica. Rev. Sociología del Trabajo. 1995; 4: p. 1- 14.
62. Giraudo E. Salud laboral. Jornada Preparatoria. Tribunal permanente por los derechos de las Mujeres a la Salud..
63. Neffa JC. Empleo, Reflexiones acerca del estado del arte en economía del trabajo y del. En Panaia M. Trabajo y Empleo. Coediciones Eudeba. Paite.Bs.As. Año 1996. Buenos Aires: Coediciones EUDEBA; 1996.
64. Cristancho Giraldo LA. El concepto de trabajo: perspectiva histórica. Secuencia. 2022;(112).
65. Organización Internacional del Trabajo O. Constitución d ela OIT, Declaración de Filadelfia. [Online].; 1944. Acceso 21 de junio de 2024. Disponible en: https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:62:0:NO:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907#declaration.
66. Organización Internacional de Trabajo, OIT. ¿Qué es el trabajo decente? [Online]; 2004. Acceso 21 de juniode 2024. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/news/que-es-el-trabajo-decente>.
67. Organización Internacional del Trabajo O. Trabajo decente y la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. [Online]; 2024. Acceso 21 de juniode 2024. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/temas/trabajo-decente-y-la-agenda-2030-de-desarrollo-sostenible>.
68. Organización Internacional del Trabajo OIT. Plan de implementación de la OIT - Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Plan de Implementación de la OIT. Agenda para el Desarrollo Sostenible..
69. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: 8 Trabajo decente y crecimiento económico. [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/economic-growth/>.
70. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción d ela Salud. Documento Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Canadá: OMS. 2008
71. Macedo de la Concha L, Nava Hernández , Valdés Sánchez B. El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo. Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo. 2001; 1(2): p. 93- 95.
72. Orgainzación Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe, resumen analítco. Ginebra: OMS, Comisión sobre los determinantes de la salud.
73. Yanes L. El trabajo como determinante de la salud. Salud de los Trabajadores. 2003; 11(1): p. 21- 43.
74. Granados I. CALIDAD DE VIDA LABORAL: historia, dimensiones y beneficios. IIPSI. 2011; 14(2).
75. Vela A, Jimenez Moreno B, Rodriguez Muñoz A, Olavarrieta S, Fernandez J, De la Cruz Troca JJ, et al. Insomnio y calidad del sueño entre médicos de atención primaria con niveles altos y bajos de burnout. Revista de investigación psicosomática. 2008; 64(4): p. 435-442.
76. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas Jj. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. s Revista de administración sanitaria. 2002; VI(23): p. 143- 161.
77. Rodriguez Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Revista de Calidad asistencial. 2010;; p. 318- 320.
78. Moreno Jiménez. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011; 57(1): p. 4- 19.
79. Organización Internacional del Trabajo. Fcatores psicosociales en el trabajo : naturaleza,

- incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT), OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO GINEBR.56.
80. Bravo MJ PJRI. Satisfacción Laboral. En Peiró JM, Prieto F. Tratado de Psicología del Trabajo. Madrid; 1996. p. 344-394.
 81. Chiavenato I. Comportamiento organizacional: la dinámica del éxito en las organizaciones. Segunda edición ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2009.
 82. Donawa Torres ZA. Percepción de la calidad de vida laboral en los empleados en las organizaciones. Ciencias Sociales Aplicadas. 2018; II(8): p. 43- 83.
 83. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo. Aprovechar 100 años de experiencia. Ginebra; Oficina internacional del trabajo.
 84. Organización Mundial de la salud. Salud ocupacional: los trabajadores de la salud. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>.
 85. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Argentina.gob.ar. [Online]; 2024. Disponible en: https://www.srt.gob.ar/estadisticas/acc_definiciones.php.
 86. InfoLEG Información Legislativa, Ministerio de justicia de la Nación. [Online].; 2024.. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225309/norma.htm>.
 87. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 658/96. Listado de Enfermedades Profesionales. [Online].; 1996.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/37572/actualizacion>.
 88. Kohen J. Los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en contexto pandémico y de reestructuración productiva en la Argentina, 2022. Voces en el Fenix. 2022;(87).
 89. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Argentina, Departamento de Estudios Estadísticos.
 90. Organización Mundial del Trabajo. Burn-out, un “fenómeno ocupacional”: Clasificación Internacional de Enfermedades. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
 91. Vega Ruíz ML. ¿El trabajo es salud? Arch Prev Riesgos Labor. 2020; 23(4).
 92. Aires MdSdlPdB. Salud Ocupacional. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/ocupacional>.
 93. Cabello Velez N, Santiago Hernández G. Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout. Archivos en Medicina Familiar. 2016; 18(3): p. 51- 53.
 94. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró Ó. Residentes, tutores y síndrome de burnout. Revista Clínica Española. 2010; 210(5): p. 209-215.
 95. Pérez Jáuregui I. Síndrome de Burnout, contexto social y subjetividad. Revista de Ciencias Empresariales y Sociales. 2018; 1(1): p. 1-30.
 96. Escardó V. Síndrome de Burnout. Cuidados de cuidadores. Dispositivos grupales y técnicas de intervención Rosario: Noveduc; 2016.
 97. Gutierrez Aceves GA, Celis López MÁ, Moreno Jimenez S, Farias Serratos F, Suárez Campos JdJ. Síndrome de burnout México; 2006.
 98. Maslach C. Diferentes perspectivas sobre el síndrome de burnout laboral. Psicología Crítica. 2004; 49(2).
 99. Gilberti E. Atención a niños y niñas víctimas: el efecto burn-out en los profesionales. En Lamberti S. Maltrato Infantil. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2003. p. 229- 246.
 100. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica. 2015; 32(1).

101. Moreno Jimenez B, Bustos R, Matallana A, Millares T. La evaluación del burnout, Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 1997; 13(2): p. 185- 207.
102. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderlo. Revista entorno. Universidad Tecnológica el Salvador. 2021;(70): p. 110- 120.
103. Juárez García A, Idrovo A, Camacho Avila A, Placencia Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Salud Mental. 2014; 37(2).
104. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. [Online]; 2024. Acceso 2 de juliode 2024. Disponible en: <http://id.who.int/icd/entity/129180281>.
105. Freudenberger, H.J.. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1972; 30(1): p. 159- 165.
106. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. MBI: Maslach Burnout Inventory Manual.: Third Edition; 1981.
107. Leiter M, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal Of Organizational Behavior. 1988; 9: p. 297-308.
108. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy. 2003;(1): p. 19- 33.
109. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Empleo, estrés y salud. 2001;; p. 59- 83.
110. Martinez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. I. Año 6, Nº 23- 45. 1997. Revista Chilena de Medicina Socia. 1997; I(23).
111. Gascón S, Olmedo M, Ciccotel H. La prevención del Burnout en las organizaciones, el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2003; 8(1): p. 55- 66.
112. Riesgo psicosociales, estres y violencia en el mundo del trabajo. Boletín Internacional de Investigación Sindical. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, Oficina Internacion del trabajo.
113. Dejours C. Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. En Wlosko , Ros C. El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo. primera edición ed. Lanús: UNLA; 2019. p. 50- 70.
114. Patlán Perez J. Estres laboral. Fundamentos teóricos, medición, investigación e intervención. Mexico: UNAM; 2021.
115. Selye H. The stress of life Nueva York: McGraw-Hill; 1956.
116. Kopp M, Skrabski A, Szekly A, Stauder , Williams. Estrés crónico y cambios sociales: Determinación socioeconómica del estrés crónico. The New York Academy of Sciences. 2007.
117. Hsu D, Lombardo KA, Arenque RJ, Roseboom PH, Kalin N. Distribución del ARN mensajero de la hormona liberadora de corticotropina y activación inducida por estrés en el tálamo. Neurociencia. 2001; 105(4): p. 911-921.
118. Duval F, González F, Rab. Neurobiología del estrés. Revista Chilena de neuro psiquiatria. 2010; 48(4).
119. Stavroula L. La Organizacion del trabajo y el estres. Ginebra: Orgaización Mundial de la Salud. 2004
120. Organización Internacional del Trabajo. Estres en el trabajo, un reto colectivo. Dia mundial de la seguridad y salud en el trabajo. 28 de abril de 2016. Ginebra: OIT.
121. Patlán Pérez. ¿Qué es el estres laboral y cómo medirlo? Revista Salud Uninorte. 2019; 35(1).
122. Halbesleben , Buckley. Burnout in Organizational Life. Ronald. 2004; 30(6): p. 859- 879.
123. Maslach C. Job burnout: New directions in research and intervention. Burnout laboral: nuevas direcciones en investigación e intervención. Curr Dir Psychol Sci. 2003;(12): p. 189-192.

124. Joffre Velázquez V, Saldívar González A, García Maldonado G. Síndrome de burnout y estrés laboral: Una revisión. Archivos en medicina familia. 2008; 10(2): p. 65-72.
125. JE F. Work stress and cardiovascular diseases. Ther Umsch. 2003;(60): p. 689-696.
126. JP B. Work related violence and threats and risk of depression and stress disorders. Occup Environ Med. 2006;(75): p. 177-182.
127. Mino Y TTYN. Can stress management at the workplace prevent depression ? Psychother psychosom. 2006;(75): p. 177-182.
128. Jerlock M GJFKKWC. Coping strategies, stress, physical activity and sleep in patients with unexplained chest pain. BCM Nurs. 2006;(31).
129. Peiro JM. El estrés: una perspectiva individual o colectiva. Investigación Administrativa. 2001; 30(88).
130. Gracia F PJRJ. Aspectos temporales del trabajo. En Peiró JM, Prieto F, editores. Tratado de la Psicología del trabajo. Madrid: Síntesis; 1996. p. 36-91.
131. Leon JM GADM. Estrés ocupacional en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud Social Aplicada. 1991;: p. 41- 50.
132. Sanchez Gonzales R, Alvarez Nido R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria de la Salud del área 10 de Madrid. Medifam. 2003; 13(4).
133. Bravo MJ ZRPMPGP. Un modelo sobre antecedentes y consecuencias del estrés de rol en profesionales. Revista de Psicología de la Salud. 1993; 5(1).
134. Perez E, Saavedra E, Saavedra M. Motivación y satisfacción. Políticas de insentivación. Curso Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Módulo 5. Desarrollo directivo y recursos humanos.
135. Gil Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome por quemarse en el trabajo. Anales de Psicología. 1999; 15(2): p. 261-268.
136. Padierna JA PJ. El estrés en las profesiones sanitarias. Gaceta Médica de Bilbao.
137. Peiró JM. Los desencadenantes del estrés laboral Madrid: Pirámide; 1999.
138. Fernández San Martín MI, Moinelo Camporro A, Villanueva Guerra , Andrade Rosa C, Rivera Teijido , Gómez Ocaña JM, et al. Satisfacción laboral de los trabajadores de atención primaria del área 10 de salud de Madrid. Revista Española de Salud Pública. 2000; 74(2).
139. Ramos López J, Peiró Silla JM, Ripio P. Condiciones de trabajo y clima laboral. En Peiró JM, Prieto F. Tratado de Psicología del Trabajo. Madrid; 1996. p. 36- 91.
140. Gil Monte P, Peiró, Gatica Barrientos ML, Cruz Sosa ER, Gatica KL, Vargas Hernández RdR, Hernández García J, et al. Factores que detonan el síndrome de burn-out. Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración. 2016; 5(9).
141. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en profesionales de la salud. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2006;(153).
142. Maslach , Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981; 2(2): p. 99- 113.
143. Gil Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones, teorías para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicologica Científica.com. 2001; 3(5).
144. Rivera Delgado AM. Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeira Disponible en <http://132.248.9.195/pdbis/249737/Index.html>. Tesis. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
145. Apiquian Guitart A. El síndrome del burnout en las empresas. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. 2007
146. Patlán Perez J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. Estudios

- gerenciales. 2013; 29(129): p. 445-455.
147. Consejo Internacional de Enfermería. CIE Consejo Internacional de Enfermería. [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>.
 148. Consejo Internacional de Enfermería. El papel de las enfermeras en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible. Día internacional de la enfermería, recursos y evidencias. Anual. Génova: Consejo Internacional de Enfermería.
 149. León Román. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2006; 22(4).
 150. Rodríguez Bustamante , Báez Hernández FJ. Epistemología de la Profesión Enfermera. Ene. 2021; 14(2).
 151. Salamanca Castro B. La enfermería como arte y sus implicaciones en nuestro. Nure Investigación. 2017; 14(90).
 152. Kim HS. The nature of theoretical thinking in nursing. , New York.: Springer Publishing Company; 2010.
 153. Bunge M. ¿Qué es la ciencia? En Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía.; 2012. p. 5-24.
 154. Trejo Martínez. Enfermería: del arte a la ciencia o de la ciencia al arte. Enf Neurol. 2013; 12(1): p. 95- 97.
 155. Fawcett J, Desanto Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia.: Davis Company,; 2013.
 156. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in nursing science. Patrones fundamentales del conocimiento en enfermería. Avances en la ciencia de enfermería. 1978;; p. 13- 24.
 157. Benner P,yWJ. Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness. Nurse Educator,; 1982.
 158. Young CE. Intuition and nursing process. Holistic Nursing Practice; 1987.
 159. Munhall PL. ‘Unknowing’: Toward another pattern of knowing in nursing. Nursing Outlook; 1993.
 160. Chinn PL,yKMK. Knowledge development in nursing. St. Louis.: Elsevier; 2015.
 161. Henderson V, Harmer. Textbook of the Principles and Practice of Nursing New York.: Macmillan; 1955.
 162. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4(1): p. 137- 160.
 163. Alluja A. Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. Boletín de Psicología. 1997; 55: p. 47- 61.
 164. Lazarus R FSS. Appraisal and coping EE.UU: Springer Publishing Company; 1984..
 165. Lozano A, Montalbán M. Algunos predictores psicosociales de burnout. Gestión Hospitalaria. 1997; 2: p. 66- 74.
 166. Rodríguez Téllez B, Franco Granillo. Historia de la medicina crítica- Historia y filosofía de la medicina. Anales médicos. 2015; 60(2).
 167. RG PC. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos.. Revista médica Hondureña. 1992; 60.
 168. Vera Carrasco. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. Revista Médica La Paz. 2015; 21(2).
 169. Torrea M, Santos Popper MC, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica). 2019; 30(3).
 170. Poncet MC, Toullic , Papazian , Kentish-Barnes , Timsit J, Pochard F, et al. Síndrome de

- burnout en personal de enfermería de cuidados críticos. *Respir Crit Care Med*. 2007.
171. Jiang , Deng L, Zhang , Xia Z. Revisión de las características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Médico Interno General J*. 2020; 35(5): p. 1545- 1549.
 172. Cai , Tu B, Ma J, Chen L, Fu. Impacto psicológico y estrategias de afrontamiento del personal médico de primera línea en Hunan entre enero y marzo de 2020 durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Hubei, China. *Monitoreo de ciencias médicas*. 2020; 20.
 173. Organización Panamericana de la Salud (OPS) OMS). El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>.
 174. Organización Mundial de la Salud. Muertes de trabajadores sanitarios y asistenciales durante la COVID-19. [Online]; 2021.
 175. Huang , Fuming X, Liu H. Respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento de enfermeras y estudiantes de enfermería durante el brote de COVID-19. *MedRxiv*. 2020.
 176. Greenberg N. DM,GS,WS. Cómo gestionar los problemas de salud mental que afrontan los trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *The Bmj*. 2020; 368.
 177. Gil Monte P, Peiró M, Valcárce P. A model of burnout development: an alternative from appraisal models of stress. *Comportamiento organizacional e gestión*. 1998; 4(1): p. 165- 179.
 178. Poghosyan L, Clarke S, Finlayson M, Aiken. El agotamiento profesional de las enfermeras y la calidad de la atención: investigación transnacional en seis países. *Res Nurs Health*. 2010; 33(4): p. 288–298.
 179. Mealer , Burnham , Goode C, O'Rothbaum. La prevalencia y el impacto del trastorno de estrés postraumático y el síndrome de burnout en enfermeras. *Depress Anxiety- Depresión y ansiedad*. 2009; 26 : p. 1118 – 1126.
 180. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Ética del CIE para enfermeras. Código de Ética. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, Consejo Internacional de Enfermeras.Actualización 2021.
 181. Consejo Internacional de Enfermeras. Carta para el cambio. Nuestras enfermeras, nuestro futuro. Día Internacional de la Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, Consejo Internacional de Enfermeras.
 182. Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional 24.557 de Riesgos de Trabajo, actualización. [Online].; 1995.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24557-27971/actualizacion>.
 183. Congreso de la Nación Argentina. Ley de Contrato de Trabajo (Ley N° 20.744). [Online].; 1974.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/25552/actualizacion>.
 184. Superintendencia de Riesgos Trabajo. Resolución 37 / 2010, Riesgos de Trabajo. [Online].; 2010.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-37-2010-163171>.
 185. Poder Ejecutivo Nacional. Ley Nacional de Seguridad e Higiene, N°19587. [Online].; 1972.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-19587-17612/texto%20actualizaciones>.
 186. Organización Internacional del Trabajo. Convenios fundamentales sobre seguridad y salud en el trabajo: núm. 155 y 187. [Online].; 2023.. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safe_work/documents/publication/wcms_874775.pdf.
 187. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley CABA N°2578. Prevención, detección precoz y rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico. [Online].; 2007.. Disponible en: http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_1.php?id=22&id2=84&id3=2061.

188. Maslach C, Leiter M. La verdad sobre el síndrome de burnout: cómo las organizaciones causan estrés personal y qué hacer al respecto. San Francisco. EEUU; 1997.
189. Salud OMD. Riesgos psicosociales y salud mental. [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/tools/occupational-hazards-in-health-sector/psycho-social-risks-mental-health>.
190. Censos INdEy. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. República Argentina.
191. Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/en-el-dia-internacional-de-la-mujer-el-cie-afirma-que-invertir-en-enfermeria-beneficiara>.
192. Ministerio de Educación de la Nación. Boletín Oficial de la República Argentina- Resolución 2721/2015. [Online]; 2015.. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/135700/20151109>.
193. ARGENTINA CDLN. Ley del Ejercicio de la Enfermería N°24.004. [Online]; 1991.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>.
194. Argentina HCdLN. Régimen de Contrato de Trabajo Ley N° 20.744. [Online]; 1976.. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/25552/actualizacion>.
195. Moreno Arroyo, MC, Jerez González, Cabrera Jaime, Estrada Masllorens, López Martín A. Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. Enfermería Intensiva. 2013;: p. 98-103.
196. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2022. Acceso 17 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
197. Intensiva CdGCyEdlSAdT. Recomendaciones para la preparación de las unidades de cuidados intensivos. Recomendaciones. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. 2020.
198. Solís Muñoz M. Asociación entre la ratio de enfermería y los desenlaces de los pacientes de UCI. Estudio multicéntrico. Enfermería Intensiva. 2016; 27(2): p. 81- 83.

ANEXOS

ANEXO N°1:
Instrumento de Recolección de Datos

Instrumento de Recolección de Datos

Participante, N° de serie (completa el investigador) _____

1- Edad: _____

2- Sexo (marque con una X la respuesta correcta)

a. Femenino _____

b. Masculino _____

3- Relación de pareja (marque con una X la respuesta correcta)

a. Sin pareja

b. Con pareja habitual

c. Sin pareja habitual

4- ¿Cuántas hijas/os _____

5- ¿Cuál es el máximo de formación en enfermería alcanzado? (marque con una X la respuesta correcta)

a. Auxiliar

b. Técnica/o

c. Enfermera/o universitario

d. Licenciada/o

e. Especialista

f. Magister

6- Organización de salud en la/ las que trabaja (marque con una X la respuesta correcta)

a. HIGA Junín

b. Clínica LPF S.A

c. Sanatorio Junín

d. Clínica Centro

7- Condición de la organización (marque con una X la respuesta correcta)

a. Público

b. Privado

8- ¿Cuál es su situación laboral? (marque con una X la respuesta correcta)

- a. Contrato
- b. Temporal
- c. Planta

9- ¿Cuántos años de ejercicio profesional presenta? _____

10- ¿Cuántos años de antigüedad presenta en la organización de salud? _____

11- ¿Qué cargo ocupa? (marque con una X la respuesta correcta)

- a. Jefa/e de unidad
- b. Coordinadora/or
- c. Enfermera/o

12- ¿Qué función cumple en la UCIA? (marque con una X la respuesta correcta)

- a. Gestión
- b. Asistencia
- c. Ambos

13- ¿Cuánto tiempo lleva en el mismo cargo? _____

14-Tipo de jornada (marque con una X la respuesta correcta)

- a. Diurna
- b. Mixta
- c. Nocturna

15- ¿Cuántas horas de trabajo efectivo tiene su jornada laboral diaria? (marque con una X la respuesta correcta)

- a. Ordinaria: 6 y 8 h
- b. Doble jornada: 12 y 16 h
- c. Jornada completa: 24h

16 ¿Cuántas horas trabaja cada semana? (marque con una X la respuesta correcta)

- a. 36 h
- b. 48 h

- c. 76 h
- d. más horas

17- ¿Trabaja en más de una organización de salud?

- a. SI
- b. NO

18-¿A cuántos pacientes de la UCIA proporciona cuidados diariamente? _____

19-¿Qué tiempo de su jornada laboral diaria pasa en interacción directa con los pacientes?

(marque con una X la respuesta correcta)

- a. Menos de 30%
- b. El 50%
- c. Más de 75%

20-¿Realiza labores del trabajo en su casa? (Marque con una X la respuesta correcta)

- a. SI
- b. NO

21- Me siento identificado con mi trabajo (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

22-Dada la responsabilidad de mi trabajo, no conozco bien los resultados y alcances del mismo.

(Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

23-Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

24-Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

25-Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

26- Mi trabajo actual carece de interés. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

27-Mi trabajo es repetitivo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

28-Mi trabajo me resulta muy aburrido. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

29-En general estoy más bien harto de mi trabajo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

30- Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

32- Estoy quemado por mi trabajo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

33- Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

34- Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen

por ellos. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

35- Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

36- Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

37- Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: La mayoría de las veces

38- El trabajo que hago dista de ser lo que yo hubiera querido. (Marque con una X la respuesta correcta)

- 1: Ninguna ocasión
- 2: Raramente
- 3: Algunas veces

4: Frecuentemente

5: La mayoría de las veces

39- Considera Ud. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.). (Marque con una X la respuesta correcta)

1: Ninguna ocasión

2: Raramente

3: Algunas veces

4: Frecuentemente

5: La mayoría de las veces

40- El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales. (Marque con una X la respuesta correcta)

1: Ninguna ocasión

2: Raramente

3: Algunas veces

4: Frecuentemente

5: La mayoría de las veces

41- Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor. (Marque con una X la respuesta correcta)

1: Ninguna ocasión

2: Raramente

3: Algunas veces

4: Frecuentemente

5: La mayoría de las veces

ANEXO N° 2:
Dictamen del Comité de Ética en la Investigación y en Uso de Animales
de Experimentación de la Universidad Nacional del Noroeste de la
Provincia de Buenos Aires. COENOBÁ



Dictamen Ético N° 009-2023

Pergamino, 7 de septiembre de 2023

VISTO:

El proyecto: ***“Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023.”*** presentado en su versión Nro. 1 en fecha 6 de julio de 2023, Expediente N° 2984/23 y la documentación y versiones que se fueron presentando que se detalla en el presente, presentado por María Mónica Lázzaro en su carácter de investigadora principal, a realizarse en Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “Abraham Félix Piñeyro”, Lavalle 1084, Junín (B); Clínica la Pequeña Familia S.A (LPF), Ruta 188 y Alberdi, Junín (B); Sanatorio Junín, Almafuerte 68, Junín (B) y Clínica Centro, Quintana 249, Junín (B).

Y CONSIDERANDO:

1. Que los objetivos de la investigación están claramente definidos:

Objetivo General

Describir el Síndrome de Burnout (SB) en el personal de enfermería que trabajó durante la pandemia del coronavirus, en unidades de cuidados intensivos del adulto (UCIA) de organizaciones de salud, en la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina. 2023.

Objetivos Específicos

- 1- Determinar las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería que se desempeñó en las UCIA de organizaciones de salud, de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023
- 2- Determinar la presencia de SB en el personal de enfermería que se desempeñó en las UCIA de organizaciones de salud, de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023
- 3- Establecer la intensidad del SB entre el personal de enfermería que se desempeñó en las UCIA de organizaciones de salud de la ciudad de Junín, (B), Argentina. 2023

2. Que realizarán una investigación de tipo descriptiva cuyo diseño será cuantitativo, observacional y transversal.

3. Que los estudios no incluyen ensayos clínicos farmacológicos y no se les administrará a los participantes ningún tipo de tratamiento.

4. Que los datos permitirán:

-conocer la situación local respecto a la presencia y grado de Síndrome de Burnout en las y los profesionales de enfermería que se desempeñaron en unidades de cuidados intensivos del adulto de organizaciones de salud pública y privada durante la Pandemia del Coronavirus en la ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el año 2023.

-aportar información funcional y útil para el sistema sanitario local y los servicios de enfermería, ofreciendo información oportuna que redunde en políticas de promoción de la salud mental, y prevención, detección precoz y asistencia a las personas afectadas de Síndrome de Burnout, contribuyendo a mejorar el ambiente laboral y la calidad de los cuidados.

-contribuir a enriquecer al sistema educativo, particularmente a la enseñanza universitaria de grado en enfermería, ámbito académico donde la investigadora principal desarrolla funciones de gestión y docencia; impactando directamente sobre las asignaturas relacionadas con la salud mental y autocuidado de las y los enfermeros.

5. Que por lo expuesto, la investigación se considera socialmente valiosa.

6. Que la metodología está adecuadamente descrita.

7. Que se incorporará: -personal de enfermería que se desempeñó en unidades de cuidados intensivos del adulto, durante la pandemia de la COVID- 19, de las siguientes organizaciones de salud de la ciudad de Junín (B): Hospital Interzonal General de Agudos, Lavalle 1084, Junín (B); Clínica la Pequeña Familia S.A (LPF), Ruta 188 y Alberdi, Junín (B); Sanatorio Junín, Almafuerte 68, Junín (B) y Clínica Centro, Quintana 249, Junín (B), de manera voluntaria y con firma previa de su consentimiento informado.

8. Que se utilizará como instrumento de recolección de datos una encuesta estructurada cuyo contenido se presenta en el protocolo. La misma contiene 20 preguntas sobre variables epidemiológicas y sociodemográficas y 21 preguntas acerca de variables relacionadas con el Síndrome de Burnout (SB): antecedentes, factores precursores y consecuencias del SB. Para ello se utilizará el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), de Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) en 1989.

9. Que, se describe la metodología mediante la cual se le informará al participante sobre la investigación propuesta. La misma se llevará a cabo de manera directa y se le solicitará su consentimiento para participar y completar la encuesta mencionada en el punto anterior.

10. Que en las consideraciones éticas determinan que los riesgos se consideran mínimos por las características de la investigación. Los datos serán preservados en el anonimato; los nombres de las y los participantes serán asociados a un número de serie. La información será resguardada y protegida mediante el empleo de claves digitales de acceso restringido, a las cuales solo tendrá acceso la investigadora.

11. Que declara cumplir con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

12. Que, en respuesta a lo solicitado por el COENOB en la Comunicación 1 con fecha 14 de julio de 2023, donde este Comité advierte que “podría existir un beneficio en conocer los resultados puede contemplarse la posibilidad a los participantes que manifiesten su voluntad de conocer los mismos. Más aún, teniendo en cuenta, el beneficio individual que podría implicar para los participantes si se detectara un riesgo inminente capaz de desencadenar un problema de salud que pudiera ser abordado por los profesionales correspondientes. En este caso, se le debería brindar al participante la posibilidad de conocer el hallazgo. Se sugiere considerar lo antedicho en el protocolo, hoja de información al paciente y consentimiento informado.”; **se incluye en la versión N°2, en el documento “Hoja de información para el participante y consentimiento informado”, apartado “beneficios de la investigación” el siguiente párrafo: “Beneficio individual: El acceso a los resultados será voluntario. No obstante, en el caso de detectarse, en una/un participante riesgo inminente que derive en problemas de salud, la autora informará a la persona el hallazgo, y las posibilidades de asistencia médica disponibles en el ámbito de la salud pública.”**

13. Que fue presentada la versión N° 2 del proyecto de fecha 25 /07/2023 con el agregado solicitado enunciado y resaltado en el punto 12 de este dictamen. Que se solicitó en la comunicación N°2 de fecha 04/08/2023 que el beneficio individual incorporado en el documento

“Hoja de información para el participante y consentimiento informado” también se incorpore en el protocolo de investigación, como había sido solicitado anteriormente en la comunicación N°1.

14. Que fue presentada la versión N°3 del proyecto de fecha 23/08/2023 con la incorporación solicitada en el punto 13. **En el protocolo se incorporó, en el apartado “Consideraciones éticas. Modo de resguardo de la información y confidencialidad de los datos personales.”, el siguiente párrafo: “En el caso particular de detectarse, en una/un participante riesgo inminente que derive en problemas de salud, la autora comunicará a la persona el hallazgo y/o resultado del cuestionario administrado, y las posibilidades de asistencia médica disponibles en el ámbito de la salud pública.”.** Además, también en el protocolo, apartado 5 denominado “Aportes de los resultados al incremento del conocimiento de las y los profesionales, las organizaciones de salud e instituciones educativas.” agrega lo siguiente: “A su vez, la investigación aporta a la identificación de profesionales en riesgo inminente que derive en problemas de salud. En este caso, la autora, personalmente, informará a la persona el hallazgo, y las posibilidades de asistencia médica disponibles en el ámbito de la salud pública a nivel local y regional.”

15. Que cuenta con bibliografía actualizada.

16. Que la investigadora María Mónica Lázzaro acredita antecedentes profesionales y experiencia en investigación. Esta información está declarada en su CV.

17. Que el proyecto se considera metodológicamente correcto y éticamente aceptable.

18. Que se acreditó ante este Comité institucional la autorización de las Instituciones involucradas, que se trata del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “Abraham Félix Piñeyro”, Lavalle 1084, Junín (B); Clínica la Pequeña Familia S.A (LPF), Ruta 188 y Alberdi, Junín (B); Sanatorio Junín, Almafuerte 68, Junín (B) y Clínica Centro, Quintana 249, Junín (B).

Que habiéndose evaluado la documentación presentada en EXPEDIENTE N° 2984/23, consistente en:

- Proyecto de investigación, versión 1, de fecha 27/06/2023 que fue presentada el 06/07/2023. Contiene la siguiente documentación:
 - Nota de elevación del protocolo dirigida a la Presidenta del COENOB firmada por María Mónica Lázzaro.
 - ANEXO I Nota para la presentación de proyectos de investigación en seres humanos. Proyecto de tesis-Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria de la UNNE. Versión N°1 en fecha mayo 2023. Fecha de envío 27/06/23.
 - Plan de tesis de la Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria titulado ***“Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023.”*** Se incluye en la misma, Hoja de información para el participante y consentimiento informado y la encuesta.
 - Resolución N° 834/23-C.D. de fecha 27 de marzo de 2023. En la misma se resuelve aprobar el plan de tesis de la maestría que se menciona en el punto anterior cuya maestranda es María Mónica Lázzaro bajo la dirección del Mg. Jorge Raúl Cialzeta.
 - Anexo IV la declaración jurada de respetar letra y espíritu de declaración Helsinki y el Código de Nuremberg, firmada por la investigadora Lázzaro, en fecha 27/06/2023.

- Anexo V autorización de la máxima autoridad del “Sanatorio Junín” de Junín, para llevar a cabo el proyecto en dicha institución, de fecha 13/05/2023.
 - Anexo V autorización de la máxima autoridad de la “Clínica la Pequeña Familia” de Junín, para llevar a cabo el proyecto en dicha institución.
 - Anexo V autorización de la máxima autoridad del HIGA “Abraham Félix Piñeyro” de Junín, para llevar a cabo el proyecto en dicha institución, de fecha 17/05/2023.
 - Anexo V autorización de la máxima autoridad de la “Clínica Centro” de Junín, para llevar a cabo el proyecto en dicha institución, de fecha 12/05/2023.
 - CV del Prof. Mgter Jorge Raúl Cialeto.
 - CV de la investigadora responsable María Mónica Lázzaro.
- La versión n° 2 del Proyecto de investigación, presentado en fecha 25/07/2023, donde agrega, los beneficios individuales para el participante en la hoja de información al participante y consentimiento informado. También se adjunta la documentación complementaria detallada para la versión n° 1.
 - Así como también, la versión n°3 del proyecto de investigación, presentado en fecha 23/8/23, donde agrega en el protocolo los párrafos detallados en el ítem 14 de este dictamen. Además, se adjunta la documentación complementaria detallada para la versión n°1, excepto que se reemplaza el ANEXO I y el ANEXO IV, cada uno por otro anexo I y IV respectivamente, de fecha 22/8/23.

Como resultado de la revisión de la documentación remitida por el investigador y como resultado de la en sesión ordinaria de fecha 07/09/2023 el COENOB dictamina:

1) Aprobar el Protocolo ***“Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023.”***, en su versión N° 3 de fecha de presentación 23/08/2023, que contiene incorporado el beneficio individual del participante tanto en el documento ***“Hoja de información al participante y consentimiento informado”*** como en el protocolo de investigación detallada en los considerandos 12 y 14 y la documentación complementaria.

2) Hacer saber a la investigadora que deberá informar fecha de inicio, informes parciales si los hubiere e informe final.

3) Hacer saber a la investigadora que queda sujeta a las previsiones de la Ley 11.044 y su Decreto reglamentario; Ley de protección de datos personales 25.326; consensos y principios éticos internacionales, entre ellos las pautas CIOMS 2016; normas pertinentes del Código Civil y Comercial de la Nación y Pautas generales para la obtención del consentimiento informado para participar de una investigación del Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación

4) Hacer saber que la presente aprobación tiene una vigencia de un año a partir de su fecha de emisión, que deberá solicitar evaluación del CEI en caso de modificaciones del material destinado a los participantes o el formulario de consentimiento informado, como así también las posibles modificaciones al protocolo, o, en el caso de no realizarlo en el período de vigencia del presente;

5) Hacer saber a la investigadora principal que queda obligada al cumplimiento de los POES de éste Comité.

6) Hacer saber a la investigadora principal que deberá garantizar la preservación de todo dato personal de los participantes en todo momento, es decir aún luego de la finalización y en su caso también en la publicación de los resultados.

7) Hacer saber a la investigadora principal que deberá presentar para registro en la Comisión Conjunta de Investigación en Salud/Comité de Ética Central- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires el protocolo, en su versión N° 3 aprobada, de fecha 23/08/23 con toda la documentación complementaria adjunta en dicha versión, conjuntamente con el presente dictamen y acreditar dicha circunstancia, **en forma previa al inicio**. En caso de ser necesario, el COENOB los guiará en dicho trámite.

8) Hacer saber a la investigadora principal que deberá utilizar el documento “Hoja de información para el participante y consentimiento informado” presentado en la versión N° 3 que deberá contener el sello del COENOB.



Dra. Laura Riera

Presidente

COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Y EN USO DE ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN DE LA UNNOBA

COENOB

ANEXO N°3:

**Registro del Protocolo en el Centro de Investigación e Investigador
Principal Participante en la Provincia de Buenos Aires**



G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S

2023 - Año de la democracia Argentina

Notificación de Registro de Protocolo - FC

Número:

Referencia: EX-2023-43557355-- -GDEBA-CCISMSALGP

Ref/Notificación Estudio Observacional

Patrocinador: NA

Título del protocolo : “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023”

Centro de Investigación e Investigador Principal participante en la Provincia de Buenos Aires:

Hospital Interzonal General de Agudos Abraham Piñeyro, Clínica Pequeña Familia, Sanatorio Junín y Clínica Centro de la ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Lic. María Mónica Lázzaro

Comité de Ética Institucional evaluador:

Comité de Ética en la Investigación y en Uso de Animales de Experimentación de la Universidad Nacional del Noroeste de La Provincia de Buenos Aires (COENOB)

Habiéndose realizado la evaluación de la documentación para el protocolo en cuestión referente a Estudio Observacional, en el día de la fecha se registra y notifica la documentación recibida el 19 de octubre de 2023 por la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS). Se tienen por cumplidos los requisitos regulatorios para el Registro del Estudio Observacional presentado, en los términos de la Ley 11044, y se eleva el presente al Director Provincial Escuela de Gobierno en Salud “ Floreal Ferrara” para la correspondiente firma.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.10.26 15:14:50 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.10.30 14:36:33 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.11.22 17:47:55 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.11.23 08:35:58 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.11.23 08:35:59 -03'00'

ANEXO N°4:

Hoja de Información para el Participante

Hoja de Información para el Participante y Consentimiento Informado

Durante este proceso se le informa, de manera directa, a cada participante sobre la investigación propuesta y se le solicita su consentimiento para participar. Se le comunica también la posibilidad, por una parte, sobre realizar preguntas, las que serán respondidas por la investigadora responsable; y por otra, de retirarse de la investigación, en éste caso no responder el cuestionario, en caso de no lo considerara apropiado.

Se le informa, además, sobre la posibilidad de acceder a los resultados si manifiestan voluntad de conocerlos; y en el caso de detectar cualquier riesgo en su salud, se le comunicará, particularmente, para brindarle la posibilidad de recibir oportunamente atención profesional especializada.

Hoja de información para el personal de enfermería

A partir del presente documento la investigadora:

- Invita a usted a participar del proyecto "Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023"
- Brinda información pertinente y oportuna para obtener su consentimiento voluntario, necesario para poder incluirlo como participante en el presente proyecto.

Título: Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023.

Responsable de la investigación: Licenciada en Enfermería María Mónica Lázzaro

Contacto del responsable de la investigación:

Correo electrónico: mlazzaro@unnoba.edu.ar

Celular: 20364513600

Lugar donde se realizará: Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos de organizaciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Junín:

- Hospital Interzonal General de Agudos, Lavalle 1084, Junín (B)
- Clínica la Pequeña Familia S.A. Ruta 188 y Alberdi, Junín (B)
- Sanatorio Junín. Almafuerte 68, Junín (B)
- Clínica Centro, Quintana 249, Junín (B).

¿Por qué se realizará este estudio?

El estudio se realizará para conocer la situación local respecto a la presencia y grado de Síndrome de Burnout en las y los profesionales de enfermería que se desempeñaron en unidades de cuidados intensivos del adulto de organizaciones de salud pública y privada durante la Pandemia del Coronavirus en la ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el año 2023.

Los resultados aportarán información funcional y útil a los dos sectores que involucran a la profesión. Por un lado, al sistema sanitario local y los servicios de enfermería, ofreciendo información oportuna que redunde en políticas de promoción de la salud mental, y prevención, detección precoz y asistencia a las personas afectadas de Síndrome de Burnout, contribuyendo a mejorar el ambiente laboral y la calidad de los cuidados. Por otro lado, contribuiría a enriquecer al sistema educativo, particularmente a la enseñanza universitaria de grado en enfermería, ámbito académico donde la autora desarrolla funciones de gestión y docencia; impactando directamente sobre las asignaturas relacionadas con la salud mental y autocuidado de las y los enfermeros.

Propósito del estudio y cómo se realizará

El propósito de la investigación es determinar las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería que se desempeña en las unidades de cuidados intensivos del adulto; como así también poder detectar la presencia e intensidad del Síndrome de Burnout. Para ello se aplicará una encuesta, que contiene una serie de preguntas estructuradas. Responder no te llevará más de 10 minutos.

Motivos para la elección de su participación: la responsable del proyecto convoca a enfermeras/os que se desempeñan en unidades de cuidados críticos de adulto durante la pandemia, por tratarse de una población vulnerable a desarrollar SB.

Participación: Su participación en la investigación es voluntaria, y anónima. Todos los datos son estrictamente confidenciales, desde su obtención hasta su publicación con

el objeto de preservar tu identidad y garantizar que la participación en el proyecto no afecte de ningún modo su relación de dependencia con la organización de salud.

Beneficios de la investigación: Participar en la investigación no le proporcionará ningún beneficio económico. **Beneficios para el colectivo de enfermería y sistema sanitario:** Participar en la investigación contribuirá al conocimiento de la realidad en torno a la problemática del Síndrome de Burnout y enfermería en las unidades de cuidados intensivos. La difusión de los resultados, beneficiará a la enfermería en su conjunto, pudiendo derivar en acciones de prevención y promoción de la salud mental de las y los trabajadores participantes y no participantes. **Beneficio individual:** El acceso a los resultados será voluntario. No obstante, en el caso de detectarse, en una/un participante riesgo inminente que derive en problemas de salud, la autora informará a la persona el hallazgo, y las posibilidades de asistencia médica disponibles en el ámbito de la salud pública.

Publicación de los datos: los resultados serán presentados en:

- Defensa de Tesis ante Tribunal Evaluador UNNE.
- Jornadas Científicas, Congresos de Enfermería y Ciencias de la Salud.
- Publicaciones en libros y revistas.

Aprobación del Comité de Ética: El proyecto ha sido aprobado por el Comité Ética en la Investigación con Seres Humanos y Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (COENOBÁ) de la UNNOBA. **Dictamen Ético N° 009-2023**

Contacto para comunicarse con COENOBÁ: comitebioetica@unnoba.edu.ar

ANEXO N°5:
Consentimiento Informado

Consentimiento Informado: Aspectos éticos y legales

Manifiesto que he sido invitada a participar y se me han informado los detalles de la investigación: **"Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023"**; que comprendo lo expresado arriba, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que han sido respondidas de manera satisfactoria.

Acepto participar en este estudio de investigación y me comprometo a responder las preguntas que se me realicen. Autorizo se utilicen de manera anónima los datos que brindó en publicaciones con fines científicos.

Firma de el/la participante.....

Aclaración

DNI.....

Firma del testigo.... ..

Aclaración.....

DNI.....

Firma del investigador.....

Aclaración.....

DNI.....



COENOBA

Comité Ética en Investigación y en
Uso de Animales de Experimentación
UNNOBA

ANEXO N°6:
Licencia de depósito y distribución del Repositorio Institucional
de la UNNE

POR MEDIO DE LA PRESENTE EL AUTOR¹ O AUTORES

Apellido y Nombre: Lázzaro María Mónica

DNI: 28.389.839

Domicilio: Niñas de Ayohuma 68. Junín, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: 2364513600

Correo electrónico: mlazzaro@unnoba.edu.ar

Facultad/Instituto/Departamento:

Facultad de Medicina

CEDE al RIUNNE, de forma gratuita y **no exclusiva**, por el máximo plazo legal y con ámbito universal, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de LA OBRA titulada:

"Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabajó durante la Pandemia de Coronavirus (COVID-19) en unidades de cuidados intensivos del adulto de la ciudad de Junín, Buenos Aires, Argentina, Año 2023".

y,

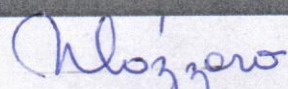
AUTORIZA a:

- ☒ Almacenar **LA OBRA** en servidores del RIUNNE de la Universidad Nacional del Nordeste a los efectos de seguridad y preservación a largo plazo.
- ☒ Publicar **LA OBRA** en el Portal Web del RIUNNE con la finalidad de difundir y permitir el acceso abierto de modo libre y gratuito a través de Internet.
- ☒ Transformar o adecuar **LA OBRA**, en la medida en que ello sea necesario, para permitir su preservación y accesibilidad en formatos electrónicos, así como para la incorporación de metadatos, elementos de seguridad y/o identificación de procedencia.
- ☒ Poner **LA OBRA** a disposición del público para que haga de ella un uso justo y respetuoso de los derechos de autor siendo requisito cumplir con las condiciones de la licencia de uso Creative Commons², "Atribucion-NoComercial-SinObraDerivada" (CC BY-NC-ND 2.5 ar).

Se hace manifiesto que el contenido académico, literario y la edición de LA OBRA son responsabilidad del AUTOR, por lo que se deslinda al RIUNNE, de cualquier violación a los derechos de autor y/o propiedad intelectual, así como cualquier responsabilidad relacionada con la misma frente a terceros.

Junín (B), noviembre de 2025

Lugar y fecha


LÁZZARO, MARÍA MÓNICA
Firma de los autores y aclaración

¹ Autor, Compilador, Intérprete, Productor, Editor o Tutor.

² Creative Commons: Instrumento para que los autores declaren qué condiciones de uso (permisos y restricciones) establecen para el público en general respecto de las obras que disponen en la Web.