



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín, (Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353571

Recibido: 01/06/2023
Aprobado: 21/10/2023
Publicado: 29/01/2024

Cita: Duarte-Arias D, Valencia-Basto D. Relación entre el síndrome de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad en Cúcuta. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e353571
doi: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353571

Relación entre el síndrome de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad en Cúcuta*

Dafne Angelina Duarte Arias¹, Diana Carolina Valencia Basto²

- 1 Magíster en Epidemiología. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia. dafneduartearias@gmail.com.
2 Magíster en Epidemiología. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia. dianacarolinavb@hotmail.com.

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre síndrome de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores del área de la salud de un hospital de alta complejidad de Cúcuta en el año 2022. Metodología: Estudio de corte, con 285 participantes, profesionales en medicina general, médicos especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y camilleros. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el inventario de Maslach de Burnout y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Resultados: El 72,2 % de los casos de ansiedad obtuvo puntaje alto en agotamiento emocional; el 33,3 %, en despersonalización, y el 27,8 % tuvo puntuación baja en realización personal. Para depresión, el 83,5 % de los participantes presentaron puntuaciones altas en agotamiento emocional y el 66,7 % en despersonalización y realización personal. Los factores que aumentaron el riesgo de ansiedad fueron el agotamiento emocional (OR = 5,64 IC = 3,45-9,17) y la baja realización personal (OR = 0,42, IC = 0,23-0,66), mientras que para la depresión fueron el agotamiento emocional (OR = 4,14, IC = 2,54-6,74) y la baja realización personal (OR = 0,53, IC = 0,30-0,94). Conclusión: El agotamiento emocional estuvo relacionado con el riesgo de ansiedad y de la depresión. La realización personal fue un factor protector contra los síntomas de los trastornos emocionales. Este estudio permitió identificar que los ambientes hospitalarios laborales exigentes pueden afectar la salud mental del trabajador, por lo que se hace necesario plantear estrategias para reducir el riesgo y prevenir la aparición de enfermedades mentales.

Palabras clave: ansiedad, burnout, depresión, personal de la salud, trabajadores de la salud.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

* Este artículo es producto de la investigación "Relación entre el síndrome de burnout, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad en Cúcuta". Fecha de inicio: junio de 2021; fecha de terminación: abril 2023.

Relationship between burnout syndrome, anxiety and depression in health workers of a high complexity hospital in Cúcuta

Abstract

Objective: Determine the relationship between burnout syndrome, anxiety and depression in health workers at a high-complexity hospital in Cúcuta in 2022. **Methodology:** Cross-sectional study, with 285 participants, general medicine professionals, doctors specialists, nurses, nursing assistants, physiotherapists and orderlies. A sociodemographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory and the hospital anxiety and depression scale were applied. **Results:** 72.2% of anxiety cases scored high in emotional exhaustion; 33.3%, in depersonalization, and 27.8% had a low score in personal accomplishment. For depression, 83.5% of participants had high scores for emotional exhaustion and 66.7% for depersonalization and personal accomplishment. The factors that increased the risk of anxiety were emotional exhaustion (or = 5.64, ic = 3.45-9.17) and low personal accomplishment (or = 0.42, ic = 0.23-0.66). , while for depression they were emotional exhaustion (or = 4.14, ic = 2.54-6.74) and low personal achievement (or = 0.53, ic = 0.30-0.94). **Conclusion:** Emotional exhaustion was related to the risk of anxiety and depression. Personal accomplishment was a protective factor against symptoms of emotional disorders. This study allowed us to identify that demanding hospital work environments can affect the mental health of the worker, making it necessary to propose strategies to reduce the risk and prevent the appearance of mental illnesses.

-----Keywords: anxiety, burnout, depression, health personnel, health workers.

Relação entre síndrome de burnout, ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de um hospital de alta complexidade em Cúcuta

Resumo

Objetivo: Determinar a relação entre síndrome de burnout, ansiedade e depressão em trabalhadores de saúde de um hospital de alta complexidade de Cúcuta em 2022. **Metodologia:** Estudo transversal, com 285 participantes, profissionais de medicina geral, médicos especialistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e ordenanças. Foram aplicados questionário sociodemográfico, Inventário de Burnout de Maslach e escala hospitalar de ansiedade e depressão. **Resultados:** 72,2% dos casos de ansiedade pontuaram alto em exaustão emocional; 33,3%, em despersonalização, e 27,8% tiveram pontuação baixa em realização pessoal. Para depressão, 83,5% dos participantes apresentaram pontuações altas para exaustão emocional e 66,7% para despersonalização e realização pessoal. Os fatores que aumentaram o risco de ansiedade foram exaustão emocional (ou = 5,64, ic = 3,45-9,17) e baixa realização pessoal (ou = 0,42, ic = 0,23-0,66). , enquanto para depressão foram exaustão emocional (ou = 4,14). , ic = 2,54-6,74) e baixa realização pessoal (ou = 0,53, ic = 0,30-0,94). **Conclusão:** A exaustão emocional esteve relacionada ao risco de ansiedade e depressão. A realização pessoal foi fator de proteção contra sintomas de transtornos emocionais. Este estudo permitiu identificar que ambientes de trabalho hospitalares exigentes podem afetar a saúde mental do trabalhador, tornando necessária a proposição de estratégias para reduzir o risco e prevenir o aparecimento de doenças mentais.

-----Palavras-chave: ansiedade, esgotamento, depressão, pessoal de saúde, profissionais de saúde.

Introducción

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger introdujo el término “*burnout*” para referirse a aquellos trabajadores que sentían desmotivación y falta de interés en el trabajo, hasta llegar al agotamiento. Este síndrome se acompaña de síntomas de ansiedad y de depresión. En 1976, Christina Maslach continuó estudiando el *burnout* en profesiones de ayuda a las personas e identificó que algunas tenían pérdida de responsabilidad y desinterés, y expresaban, además, agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal [1].

Por su parte, la *ansiedad* es una reacción a situaciones amenazantes, caracterizada por manifestar miedo y preocupación excesiva a lo largo de la vida ante circunstancias que no representan un peligro real para la persona que la padece [2]. Por otro lado, la *depresión* implica pérdida de placer o interés por actividades durante largos periodos de tiempo, acompañado de sentimientos de tristeza, irritabilidad y nerviosismo, que afecta diferentes esferas de la vida, incluyendo las familiares, sociales y laborales [3].

Los profesionales de la salud están expuestos constantemente a diversos estresores propios del estilo de trabajo, como altas cargas laborales, bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, liderazgo negativo y, en ocasiones, violencia laboral, falta de equipos y materiales, horarios y jornadas laborales prolongadas [4]. La llegada de la pandemia por COVID-19 constituyó un incremento de estos estresores; incluso, se sumaron algunos propios de esta situación: la preocupación por el contagio de los seres queridos, el contacto directo con pacientes con la enfermedad, tener compañeros que murieron por esta causa y afrontar conflictos familiares de pacientes con COVID-19 aumentaron el malestar psicológico [5].

Trabajar en áreas de alto riesgo, como urgencias o unidades de cuidado intensivo, representa un mayor riesgo de exhibir síntomas de afectación en salud mental, principalmente en aquellos que integraron la primera línea de atención o brindaron atención directa a pacientes [6]. Esta situación podría traducirse en efectos negativos para la salud física y mental de los trabajadores, lo que se refleja en altos niveles de presencia del síndrome de *burnout*, lo cual se encuentra significativamente relacionado con la ansiedad y la depresión [5-7]. Así mismo, los estudios han evidenciado que este síndrome también se relaciona con factores como la edad, el sexo, el rol dentro del equipo de cuidado, el área de trabajo y los años de práctica clínica, ya que cumplen un papel importante dentro del desarrollo de los síntomas [8,9].

A nivel mundial, se ha demostrado una importante afectación en la salud mental de los trabajadores de la salud a causa de la pandemia por COVID-19 en diversos países. En Francia, la prevalencia de los síntomas de ansiedad en esta población es del 60 %, la depresión

afecta al 36,1 % de los trabajadores y el síndrome de *burnout* se presenta en el 45,1 % [8]. Por otro lado, en países como China, el 78,1 % del personal de la salud sufre ansiedad severa; el 45,5 %, desorden depresivo, y el 40,3 % padece síndrome de *burnout* [10]. En el contexto latinoamericano, se ha evidenciado que el riesgo de desarrollar ansiedad en trabajadores del sector de la salud es de 42,3 %; la depresión, en un 32,8 %, y del síndrome de *burnout* es del 24,1 %. Estas cifras destacan la importancia de reconocer la vulnerabilidad del personal de salud y la necesidad de proporcionar apoyo psicológico adecuado [11].

En Colombia, antes de la pandemia, la prevalencia del trastorno de ansiedad en el personal de la salud era del 5,8 y del 9,4 % para el trastorno depresivo, cifras que se ubicaban por encima de los datos mundiales, que eran del 3,6 y 7,5 % para ansiedad y depresión, respectivamente [5]. Durante la pandemia, la prevalencia de ansiedad fue del 15,2 %, y de la depresión, de 18,3 %, que en un estudio se relacionó con padecer síndrome de *burnout* durante la atención de pacientes [12].

En consecuencia, este estudio buscó determinar la relación entre el síndrome de *burnout*, la ansiedad y la depresión en trabajadores de una institución de salud de alta complejidad en Cúcuta en el año 2022. Lo anterior debe llevar a replantear estrategias de cuidado para esta población de manera particular y colectiva, que sean tenidas en cuenta por los tomadores de decisiones, procurando generar ambientes y condiciones de trabajo más favorables para el personal de la salud.

Metodología

A continuación se describe el tipo de estudio, la población y muestra, y los instrumentos utilizados en la investigación.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 962 trabajadores asistenciales. Los cuestionarios fueron enviados entre agosto y octubre de 2022 a 903 trabajadores de la institución que cumplieron los criterios de inclusión (médico general, médico especialista, enfermera profesional, enfermera auxiliar, fisioterapeuta o camillero), que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron quienes tenían menos de seis meses en la institución, profesionales de la salud que no brindaban servicios asistenciales, trabajadores que reportaron en el cuestionario sociodemográfico antecedentes de enfermedad mental o psiquiátrica diagnosticada previamente, personas en incapacidad

médica o aislamiento preventivo mayor a cuatro días en el momento de realizar la encuesta, en licencia de maternidad, en licencia de trabajo o vacaciones.

Se realizó el cálculo muestral mediante el programa Epidat, versión 4.2®, de acceso libre, teniendo una proporción esperada para *burnout* del 32,8 %, con un nivel de confianza de 95 % y un efecto de diseño de 1. La muestra estimada fue de 274, con un porcentaje de pérdida de 4 % para un tamaño de muestra ajustado de 285 trabajadores.

Se recibieron 307 respuestas, de los cuales 2 personas no aceptaron participar, 7 declararon antecedentes de enfermedad mental, 2 registros tenían datos erróneos y 11 respuestas eran duplicadas, para un total de 285 participantes. La tasa de respuesta fue de 31,56 %.

Instrumentos

Se envió un formulario de Google vía correo electrónico con tres cuestionarios autoadministrados. El primero correspondió a la recopilación de los siguientes datos: sociodemográficos (edad, sexo, estado civil) y laborales (cargo, área de trabajo, trabajo por turnos rotativos). Se optó por no profundizar en los ingresos económicos, ya que no proporcionan una comprensión completa de la calidad de vida de los participantes. En lugar de ello, se exploraron otras variables relacionadas (horas de trabajo semanales, tener una actividad laboral extra y ser el soporte económico del hogar). Para este cuestionario se realizó una prueba piloto de validez de contenido, que mostró un porcentaje de claridad mayor que 82,4 %.

El segundo cuestionario fue el Maslach Burnout Inventory, que se conforma por 22 ítems de escala tipo Likert, que va de 1 (nunca) a 6 (siempre). El puntaje total de los ítems se suma teniendo los siguientes puntos de corte: para agotamiento emocional, bajo (0-18), medio (19-26) y alto (27-54); para despersonalización, bajo (0-5), medio (6-9) y alto (10-30), y para realización personal: bajo (0-31), medio (32-38) y alto (39-48). Se consideraron como casos de síndrome de *burnout* los participantes con niveles altos en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y niveles bajos en la subescala de realización personal [13]. El Maslach Burnout Inventory cuenta con una buena consistencia interna total (alfa de Cronbach $\alpha = 0,77$) y en cada una de sus subescalas: agotamiento emocional ($\alpha = 0,83$) y realización personal ($\alpha = 0,57$), y la dimensión despersonalización tiene la menor consistencia interna ($\alpha = 0,518$) [14].

Por último, se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Zigmond y Snaith, 1983), conformada por 14 ítems en total, con estructura tipo Likert, que va de 0 (nunca) a 3 (todos los días), y que consta de dos

subescalas: para ansiedad, los 7 ítems impares, y para depresión, los 7 ítems pares. La confiabilidad del test oscila entre aceptables y buenos para ambas subescalas, con valores α de Cronbach por encima de 0,70-0,80 independientemente de la muestra evaluada (enfermos físicos, psiquiátricos o personas sanas) [15].

Los puntos de corte para la ansiedad y para la depresión se establecieron según los siguientes criterios: puntuaciones inferiores o iguales a 7 = no caso, 8-10 = caso dudoso, e igual o superior a 11 = caso [16].

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados en el *software* estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26 [17], licencia de la Fundación Universitaria del Área Andina. Se efectuó un análisis para evaluar la distribución de los datos cuantitativos mediante el estadígrafo de Kolmogorov Smirnov. Las variables categóricas se expresaron por medio de frecuencias y porcentajes, y los datos que no siguieron distribución normal se expresaron con mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se calculó la prevalencia de síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión en la población de referencia.

Posteriormente, se determinaron las correlaciones entre las variables numéricas y ordinales de las escalas de ansiedad y depresión a través de la correlación de Spearman; se empleó prueba de Gamma (γ) para correlacionar las variables categóricas nominales con las ordinales de estas escalas.

Se llevó a cabo una regresión logística ordinal para determinar los factores de riesgo asociados con ansiedad y depresión, y se realizaron modelos explicativos de la relación entre el síndrome de *burnout*, la ansiedad y la depresión. El ajuste de los modelos se hizo aceptando el de menor valor del criterio de información de Akaike para la obtención de modelos estadísticos (AIC), el R^2 y R^2 con ajuste de Nagelkerke.

Finalmente, se ajustó por las variables de confusión y los resultados fueron expresados en *Odds ratio* (OR), intervalos de confianza (IC) de 95 % y el $p \leq 0,05$ como significancia estadística para la prueba de hipótesis.

La presente investigación basó sus principios éticos de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 [18]. La investigación se considera con riesgo mínimo, pues la naturaleza de las preguntas de los cuestionarios y los constructos que evalúan pueden herir susceptibilidades en los respondientes.

Este proyecto fue sometido a revisión y aprobación ante el Comité de Ética de la institución hospitalaria, con acta de aprobación de proyecto 30-2021. La entrega del consentimiento informado se realizó vía correo electrónico, junto con los formularios.

Resultados

De los participantes del estudio, 172 (60,35 %) fueron mujeres, representando el 66,7 % de los casos de ansiedad y de depresión. En el estudio, 113 participantes (39,65 %) fueron hombres. La mediana de edad para los casos de ansiedad fue de 36,5 años (RIQ 17) y para los casos de depresión fue de 36,5 años (RIQ 14). Con relación al estado civil, 116 (40,7 %) participantes eran solteros, y de estos, el 38,9 % se ubicaron en la categoría de ansiedad y el 66,7 % presentaron depresión.

Las enfermeras auxiliares constituyeron el cargo más numeroso (38,24 %) y, dentro de ellas, el 27,8 % manifestó ansiedad, y el 38,2 %, depresión. El área de hospitalización constituyó la mayor parte de los casos de ansiedad (27,8 %), y las zonas de expansión COVID-19, la mayor cantidad de casos de depresión (33,3 %). Quienes trabajaron entre 48 y 60 horas semanales representaron

el 44,4 % de los casos de ansiedad y los que trabajaron más de 60 horas semanales correspondieron al 50 % de casos de depresión.

Los participantes que trabajaban por turnos rotativos integraron la mayor parte de los casos de ansiedad y depresión: 77,8 y 100 %, respectivamente. La mayoría de los participantes que clasificaron como caso de ansiedad y depresión refirió no ser el soporte económico del hogar.

El tiempo de trabajo en la institución de los casos de ansiedad fue de 4 años (RIQ 12) y 6,33 años para los casos de depresión (RIQ 11,25). El tiempo de experiencia en el cargo fue de 8 años (RIQ 11,5) para quienes clasificaron como caso de ansiedad y 8 años (RIQ 9,56) para los casos de depresión. Quienes clasificaron como caso de ansiedad trabajaron 30,5 horas (RIQ 16), y quienes clasificaron como casos de depresión, 32 horas extra semanales (véase Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la salud

Variables		Ansiedad			Depresión		
		No caso	Caso dudoso	Caso	No caso	Caso dudoso	Caso
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
		247 (86,7)	20 (7)	18 (6,3)	250 (87,7)	29 (10,2)	6 (2,1)
Sexo	Mujeres	145 (58,7)	15 (75)	12 (66,7)	151 (60,4)	17 (58,6)	4 (66,7)
	Hombres	102 (41,3)	5 (25)	6 (33,3)	99 (39,6)	12 (41,4)	2 (33,3)
Estado civil	Soltero	101 (40,9)	8 (40)	7 (38,9)	100 (40)	12 (41,4)	4 (66,7)
	Divorciado	68 (27,5)	5 (25)	2 (11,1)	71 (28,4)	4 (13,8)	0
	Viudo	8 (3,2)	2 (10)	3 (16,7)	11 (4,4)	2 (6,9)	0
	Casado	67 (27,1)	5 (25)	6 (33,3)	65 (26)	11 (37,9)	2 (33,3)
	Unión libre	3 (1,2)	0	0	3 (1,2)	0	0
Cargo	Enfermero auxiliar	97 (39,3)	7 (35)	5 (27,8)	96 (38,4)	10 (34,5)	3 (38,2)
	Enfermero profesional	30 (12,1)	4 (20)	4 (22,2)	31 (12,4)	5 (17,2)	2 (33,3)
	Médico general	20 (8,1)	2 (10)	3 (16,7)	20 (8)	4 (13,8)	1 (16,7)
	Médico especialista	26 (10,5)	4 (20)	3 (16,7)	28 (11,2)	5 (17,2)	0
	Fisioterapeuta	24 (9,7)	2 (10)	2 (11,1)	26 (10,4)	2 (6,9)	0
	Camillero	50 (20,2)	1 (5)	1 (5,6)	49 (19,6)	3 (10,3)	0

Área de trabajo	Urgencias adultos	60 (24,3)	4 (20)	1 (5,6)	55 (22)	9 (31)	1 (16,7)						
	Urgencias pediátricas	16 (6,5)	2 (10)	3 (16,7)	17 (6,8)	3 (10,3)	1 (16,7)						
Hospitalización	Hospitalización	58 (23,5)	5 (25)	5 (27,8)	62 (24,8)	6 (20,7)	0						
	Zona de expansión COVID-19	33 (13,4)	2 (10)	2 (11,1)	33 (13,2)	2 (6,9)	2 (33,3)						
	Cirugía	30 (12,1)	1 (5)	3 (16,7)	30 (12)	3 (10,3)	1 (16,7)						
	Sala de partos	29 (11,7)	4 (20)	2 (11,1)	30 (12)	4 (13,8)	1 (16,7)						
	UCIN	8 (3,2)	0	0	8 (3,2)	0	0						
	Rehabilitación	5 (2)	1 (5)	1 (5,6)	6 (2,4)	1 (3,4)	0						
	UCI neonatal	5 (2)	0	0	6 (2,4)	0	0						
	Otro	3 (1,2)	1 (5)	1 (5,6)	3 (1,2)	1 (3,4)	0						
Horas de trabajo semanal	Menos de 48 horas	53 (21,5)	7 (35)	4 (22,2)	54 (21,6)	9 (31,0)	1 (16,7)						
	48 a 60 horas	165 (66,8)	10 (50)	8 (44,4)	166 (66,4)	15 (51,7)	2 (33,3)						
	Más de 60 horas	29 (11,7)	3 (15)	6 (33,3)	30 (12)	5 (17,2)	3 (50)						
Trabajo por turnos rotativos	Sí	198 (80,2)	16 (80)	14 (77,8)	200 (80)	22 (75,9)	60 (100)						
	No	49 (19,8)	4 (20)	4 (22,2)	50 (20)	7 (24,1)	0						
Actividad laboral extra	Sí	204 (82,6)	13 (65)	10 (55,6)	204 (81,6)	19 (65,5)	4 (066,7)						
	No	46 (18,4)	7 (35)	8 (35)	46 (18,4)	10 (34,5)	2 (33,3)						
Soporte económico del hogar	Sí	23 (9,6)	3 (15)	1 (5,6)	24 (9,6)	3 (10,3)	0						
	No	224 (90,7)	17 (85)	17 (94,4)	226 (90,4)	26 (89,7)	6 (100)						
		M	RIQ	M	RIQ	M	RIQ	M	RIQ	M	RIQ	M	RIQ
Edad		38	16	40,5	18	36,5	17	39	18	33	16	36	14
Años de trabajo en la institución		3	9,44	8	14,25	4	12	3,16	10,96	3	7,29	6,33	11,25
Años de experiencia en el cargo		6	12	10,41	16	8	11,5	6,33	13	5,83	9	8	9,56
Horas de trabajo extra semanal		24	24	24	18	30,5	16	24	24	27,5	14	32	.

n: Grupo según clasificación de caso. M: Mediana; RIQ: Rango intercuartílico; UCI: Unidad de cuidados intensivos; UCIN: Unidad de cuidados intermedios.

Por su parte, para la variable de *burnout*, el 1,40 % de los participantes se categorizó como casos para el síndrome. El 11,2 % de los trabajadores de la salud mostró niveles altos en la subescala de agotamiento emocional,

y el 9,5 %, valores altos en la subescala de despersonalización, mientras que el 8,4 % tuvo puntuaciones bajas en realización personal (véase Tabla 2).

Tabla 2 Distribución de casos de síndrome de burnout, ansiedad y depresión por sexo

		\bar{X} (DE)	N = 285 N (%)	Mujer n (%)	Hombre n (%)
Agotamiento emocional	Alto		32 (11,2)	19 (59,4)	13 (40,6)
	Medio		26 (9,1)	13 (50)	13 (50)
	Bajo	11,68 (10,76)	227 (79,7)	140 (61,7)	87 (38,3)
Despersonalización	Alto		27 (9,5)	13 (48,1)	14 (51,9)
	Medio		34 (11,9)	19 (55,9)	15 (44,1)
	Bajo	2,94 (4,09)	224 (78,6)	140 (62,5)	84 (37,5)
Realización personal	Alto	41,66 (6,62)	215 (75,5)	129 (60)	86 (40)
	Medio		46 (16,1)	32 (69,6)	14 (30,4)
	Bajo		24 (8,4)	11 (45,8)	13 (54,2)
Síndrome de <i>burnout</i>	Sí		4 (1,4)	1 (25)	3 (75)
	No		281 (98,6)	171 (60,9)	110 (39,1)
Ansiedad	Caso		18 (6,3)	12 (66,7)	6 (33,3)
	Caso dudoso		20 (7)	15 (75)	5 (25)
	No caso	3,83 (3,50)	247 (86,7)	145 (58,7)	102 (41,3)
Depresión	Caso		6 (2,1)	4 (66,7)	2 (33,3)
	Caso dudoso		29 (10,2)	17 (58,6)	12 (41,4)
	No caso	3,24 (3,11)	250 (87,7)	151 (60,4)	99 (39,6)

N: total participantes; n: Grupo según clasificación de caso; \bar{X} : Media; DE: Desviación estándar.

Frente a los casos de ansiedad que correspondieron al 6,3 % de los encuestados, el 72,2 % obtuvo también un puntaje alto en la subescala de agotamiento emocional; el 33,3 % de los casos puntuó alto en la subescala de despersonalización, mientras que el 27,8 % presentó una puntuación baja en la realización personal. Para los casos de depresión que correspondieron al 2,1 % de la muestra, el 83,5 % de los casos mostró puntuaciones altas en agotamiento emocional y el 66,7 % en despersonalización, mientras que el 66,7 % de los casos registró puntuaciones bajas en realización personal.

Posteriormente, se buscó conocer la correlación existente entre las variables sociodemográficas, laborales y las variables de *burnout* con la ansiedad y la depresión en los trabajadores de la salud. Los resultados revelaron que los casos de *burnout* y cada una de sus subescalas se relacionaron con la ansiedad. Las asociaciones oscilaron entre bajas y moderadas. Así, a medida que aumentaron las puntuaciones en las subescalas de agotamiento, despersonalización y los síntomas de *burnout*, se incrementó la puntuación de ansiedad. Por el

contrario, la realización personal indicó una correlación baja y negativa con esta variable ($\rho = -0,29$; $p < 0,01$), ya que a medida que aumentó la puntuación en realización personal, disminuyó la puntuación en ansiedad. El tiempo de trabajo en la institución exhibió una fuerza de correlación escasa o nula con la ansiedad.

Por su parte, la variable de edad, ser caso de *burnout* y sus subescalas mostraron asociaciones bajas y estadísticamente significativas con la depresión. A medida que aumentó la edad, disminuyó la puntuación de depresión ($\rho = -0,16$ $p = 0,01$); a medida que incrementó la puntuación en las subescalas de agotamiento, despersonalización y *burnout*, creció la puntuación en depresión ($\rho = 0,451$ $p < 0,01$), ($\rho = 0,321$ $p < 0,01$), ($\rho = 0,344$ $p < 0,01$). Por otra parte, a medida que aumentó la puntuación en la subescala de realización personal, se redujo la puntuación en depresión ($\rho = -0,296$ $p < 0,01$) (véase Tabla 3). Las variables de sexo, el cargo y tener una actividad laboral extra no se relacionaron de manera estadísticamente significativa con la ansiedad y la depresión ($p > 0,05$) (véase Tabla 4).

Tabla 3. Correlación entre características sociodemográficas, síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión

	Rho de Spearman	Nivel de ansiedad	Nivel de depresión
Edad	Coefficiente de correlación	0,03	-0,16
	<i>p</i>	0,59	0,01
	N	285	285
Tiempo de trabajo en la institución	Coefficiente de correlación	0,09	0,02
	<i>p</i>	0,09	0,76
	N	284	284
Agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	0,50	0,45
	<i>p</i>	< 0,01	< 0,01
	N	285	285
Despersonalización	Coefficiente de correlación	0,29	0,32
	<i>p</i>	< 0,01	< 0,01
	N	285	285
Realización personal	Coefficiente de correlación	-0,29	-0,29
	<i>p</i>	< 0,01	< 0,01
	N	285	285
Síndrome de <i>burnout</i>	Coefficiente de correlación	0,33	0,34
	<i>p</i>	< 0,001	< 0,001
	N	285	285

Tabla 4. Asociación entre características sociodemográficas, síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión

Variables		Nivel de ansiedad									
		No caso		Caso dudoso		Caso		Total	%	(γ)	<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%				
Sexo	Mujer	145	58,7	15	75	12	66,7	172	60,4	-0,25	0,14
	Hombre	102	41,3	5	25	6	33,3	113	39,6		
Cargo	Enfermera auxiliar	97	39,3	7	35	5	27,8	109	38,2	-0,05	0,58
	Enfermera	30	12,1	4	20	4	22,2	38	13,3		
	Médico general	20	8,1	2	10	3	16,7	25	8,8		
	Médico especialista	26	10,5	4	20	3	16,7	33	11,6		
	Fisioterapeuta	24	9,7	2	10	2	11,1	28	9,8		
	Camillero	50	20,2	1	5	1	5,6	52	18,2		
Actividad laboral extra	Sí	43	17,4	7	35	8	44,4	58	20,4	0,5	0,11
	No	204	82,6	13	65	10	55,6	227	79,6		
		Nivel de depresión									
Sexo	Mujer	151	60,4	17	58,6	4	66,7	172	60,4	0,01	0,98
	Hombre	99	39,6	12	41,4	2	33,3	113	39,6		

Cargo	Enfermera auxiliar	96	38,4	10	34,5	3	50	109	38,2	-0,13	0,24
	Enfermera	31	12,4	5	17,2	2	33,3	38	13,3		
	Médico general	20	8	4	13,8	1	16,7	25	8,8		
	Médico especialista	28	11,2	5	17,2	0	0	33	11,6		
	Fisioterapeuta	26	10,4	2	6,9	0	0	28	9,8		
	Camillero	49	19,6	3	10,3	0	0	52	18,2		
Actividad laboral extra	Sí	46	18,4	10	34,5	2	33,3	58	20,4	0,39	0,07
	No	204	81,6	19	65,5	4	66,7	227	79,6		

Se realizaron modelos de regresión logística ordinal para determinar el efecto de las variables que tuvieron asociación significativa ($p < 0,25$) sobre las puntuaciones de las variables de ansiedad y depresión. Así mismo, las variables de edad y sexo se agregaron a los modelos como posibles variables de confusión.

El modelo de regresión para la variable de ansiedad mostró que a medida que aumentaron las puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, se incrementó el riesgo en 5,69 veces más de que el personal de salud presentara una categoría mayor en la escala de ansiedad (OR = 5,69, IC = 3,58-8,82, $p < 0,01$; OR = 2,82, IC = 1,83-4,32, $p < 0,01$, respectivamente). Por su parte, a medida que creció la puntua-

ción en la subescala de realización personal, descendió el riesgo de exhibir puntuaciones altas en ansiedad en 66 %. Tener una actividad laboral extra también se relacionó con el riesgo de aumentar en la escala de ansiedad (OR = 3,13, IC = 1,51-6,46, $p < 0,01$).

Al ingresar todas las variables al modelo, la subescala de agotamiento emocional reveló una disminución del riesgo de presentar puntuaciones altas en ansiedad en comparación con la puntuación del OR crudo, mientras que, para la subescala de realización personal, a medida que el personal de salud tuvo puntuaciones mayores, hubo una reducción del 53 % de probabilidad de obtener puntuaciones altas en la escala de ansiedad, en presencia de edad y sexo (véase Tabla 5).

Tabla 5. Regresión logística ordinal para identificar relación entre síndrome de burnout y ansiedad

		β	OR crudo	IC 95 %		p	β	OR ajustado	IC 95 %		p	
Sociodemográficas	Edad	19-33	-0,24	0,78	0,32	1,88	0,58	-0,92	0,39	0,13	1,2	0,09
		34-43	0,15	1,16	0,52	2,59	0,70	-0,64	0,52	0,18	1,5	0,22
		44-67		1					1			
	Sexo	Mujer	0,53	1,7	0,8	3,57	0,16	1,4	4,07	1,49	11	0,01
		Hombre		1								
Laborales	Actividad laboral extra	Sí	1,14	3,13	1,51	6,46	< 0,01	0,9	2,46	0,96	6,3	0,06
		No		1								
Síndrome de burnout				27,32	0	0		1	24,95	1		0
		Agotamiento emocional	1,72	5,69	3,58	8,82	< 0,01	1,58	4,86	2,75	8,6	< 0,01
		Despersonalización	1,03	2,82	1,83	4,32	< 0,01	-0,025	0,97	0,53	1,8	0,93
		Realización personal	-1,06	0,34	0,22	0,54	< 0,01	-0,74	0,47	0,26	0,9	0,01

β : Coeficiente de regresión β ; IC: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio.

Por su parte, para la variable de depresión en el modelo crudo, a medida que los trabajadores de la salud aumentaron las puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, se presentó un riesgo significativo de tener una puntuación mayor en las categorías de la escala de depresión (OR = 4,95, IC = 3,14-7,8, $p < 0,01$; OR = 3,37, IC = 2,14-5,28, $p < 0,01$, respectivamente); mientras que a mayor puntuación en la subescala de realización personal, los trabajadores manifestaron menos riesgo de tener puntuaciones altas de depresión en un 68 %. Tener una actividad laboral extra también fue un factor de riesgo para

incrementar las puntuaciones en la escala de depresión (OR = 2,3, IC = 1,07-4,94, $p = 0,03$).

Al ingresar todas las variables al modelo para evaluar su efecto sobre las categorías de depresión, las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización de *burnout* disminuyeron el riesgo de aumentar en la depresión con respecto al OR crudo. Mientras que, para la subescala de realización personal, a medida que esta se incrementó, el riesgo de obtener una puntuación mayor en las categorías de depresión se redujo el 47 % en presencia de edad y el sexo como variables de confusión (véase Tabla 6).

Tabla 6. Regresión logística ordinal para identificar relación entre síndrome de *burnout* y depresión

			β	OR crudo	IC 95 %		p	β	OR ajustado	IC 95 %		p
Sociodemográficas	Edad	19-33	1,19	3,3	1,24	8,8	0,02	1,25	3,5	1,03	11,86	0,04
		34-43	0,77	2,16	0,77	6,03	0,14	0,47	1,6	0,46	5,58	0,45
		44-67		1					1			
	Sexo	Mujer	-0,01	0,99	0,48	2,03	0,97	0,4	1,49	0,47	4,69	0,49
		Hombre		1					1			
Laborales	Cargo	Auxiliar enfermería	0,81	2,25	0,61	8,27	0,22	0,4	1,49	0,25	8,69	0,65
		Enfermera	1,33	3,81	0,91	15,85	0,07	0,18	1,2	0,19	7,72	0,85
		Médico general	1,42	4,14	0,91	18,95	0,07	0,03	1,03	0,13	8,21	0,98
		Médico especialista	1,05	2,85	0,63	12,82	0,17	0,8	2,23	0,25	19,9	0,47
		Fisioterapeuta	0,22	1,25	0,19	7,97	0,81	-1,86	0,15	0,01	3,2	0,23
		Camillero		1					1			
	Actividad laboral extra	Sí	0,83	2,3	1,07	4,94	0,03	0,16	1,17	0,32	4,22	0,81
		No		1					1			
Síndrome de <i>burnout</i>			5,7	298,75	24,46	3648,08	< 0,01	3,74	41,94	1,92	917,03	0,02
Agotamiento emocional			1,6	4,95	3,14	7,8	< 0,01	1,42	4,13	2,25	7,57	< 0,01
Despersonalización			1,21	3,37	2,14	5,28	< 0,01	0,06	1,06	0,57	1,98	0,85
Realización personal			-1,11	0,32	0,2	0,52	< 0,01	-0,63	0,53	0,29	0,95	0,03

β : Coeficiente de regresión β ; IC: Intervalo de confianza; OR: *Odds ratio*.

Por último, se hizo un análisis multivariado para evaluar la relación entre el síndrome de *burnout* y la ansiedad. Se evaluaron cuatro modelos, obteniendo, como variables explicativas para los síntomas de ansiedad, el agotamiento emocional (OR = 4,9, IC = 3,02-7,95, $p < 0,01$) y la realización personal (OR = 0,42, IC = 0,25-0,72, $p < 0,01$; $R^2_{\text{Cox y Snell}} = 0,24$, $R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,39$, $X^2 = 79,92$, $p < 0,01$, Akaike = 97,56). Para el caso de la depresión, se corrieron seis modelos, obteniendo

como variables explicativas, el síndrome de *burnout* (OR = 18,34, IC = 1,29-260,50, $p = 0,03$), el agotamiento emocional (OR = 4,06, IC = 2,51-6,54, $p < 0,01$) y la realización personal (OR = 0,50, IC = 0,28-0,88, $p = 0,02$; $R^2_{\text{Cox y Snell}} = 0,21$, $R^2_{\text{Nagelkerke}} = 0,36$, $X^2 = 67,58$, $p < 0,01$, Akaike = 49,47). Finalmente, los modelos de ansiedad y depresión se ajustaron por las variables de confusión (véase Tabla 7).

Tabla 7. Modelos multivariados entre el síndrome de burnout y ansiedad y depresión, ajustando por edad y sexo

				β	OR	IC 95 %		p
Nivel de ansiedad	Sociodemográficas	Sexo	Mujer	1,01	2,74	1,12	6,68	0,03
			Hombre		1			
	Síndrome de <i>burnout</i>	Edad		0,53	1,70	0,99	2,90	0,05
			Agotamiento emocional	1,73	5,64	3,45	9,17	< 0,01
			Realización personal	-0,95	0,42	0,23	0,66	< 0,01
Nivel de depresión	Sociodemográficas	Sexo	Mujer	0,27	1,31	0,55	3,09	0,54
			Hombre		1			
	Síndrome de <i>burnout</i>	Edad		-0,51	0,60	0,34	1,04	0,07
			Agotamiento emocional	3,10	22,25	1,51	327,12	0,02
			Realización personal	1,42	4,14	2,54	6,74	< 0,01
			-0,63	0,53	0,30	0,94	0,03	

β : Coeficiente de regresión β ; IC: Intervalo de confianza; OR: *Odds ratio*.

Nivel de ansiedad: $R^2 = 0,24$ (Cox y Snell), 0,39 Nagelkerke, Modelo $X^2 = 79,92$, $p < 0,01$, AIC = 133,911.

Nivel de depresión: $R^2 = 0,22$ (Cox y Snell), 0,38 Nagelkerke, Modelo $X^2 = 71,631$, $p < 0,01$, AIC = 104,89.

Discusión

El estudio buscó determinar la relación entre el síndrome de *burnout* con la ansiedad y la depresión en trabajadores de una institución de salud de alta complejidad. Los resultados mostraron que el síndrome de *burnout* se relacionó de manera significativa con la ansiedad y la depresión. Así mismo, los factores que se asociaron con mayores niveles de ansiedad fueron el agotamiento emocional y la baja realización personal; mientras que ser caso de *burnout* y tener niveles altos de agotamiento emocional y baja realización personal se relacionó con la depresión.

Se encontró una prevalencia de 1,40 % de síndrome de *burnout* en la población estudiada. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en otros estudios realizados en Colombia, donde las cifras muestran prevalencias del síndrome de *burnout* del 2,56 % [19] y el 8,3 % [20], según investigaciones sobre el síndrome de *burnout* en profesionales y estudiantes de la salud, los cuales fueron realizados antes de la pandemia por COVID-19. Y asimismo, estos resultados del estudio se diferencian de lo encontrado en otros países del mundo, como Belice (54,37 %) [21], Portugal (35,4 %) [22] y Polonia (54-66 %) [23] en despersonalización y agotamiento, e Irán, cuya prevalencia fue del 48,9 % [24].

En cuanto a la prevalencia de la ansiedad, en nuestro estudio fue de 6,3 %, y de la depresión, del 2,1 %. Estas cifras distan de lo reportado en China, cuyas tasas son del 56,6 y el 34,7 % para depresión y ansiedad respectivamente [25]. Estos resultados podrían estar explicados

por la falta de consenso en el diagnóstico o clasificación del síndrome, lo que puede generar resultados variados en cada estudio. También puede deberse a la pérdida de miedo, desarrollo de estrategias de afrontamiento y de algunas medidas tomadas por parte de entidades gubernamentales y la institución de salud para afrontar la situación y aliviar el sentimiento de estrés en los trabajadores de la salud, así como la progresiva disminución de casos de contagio por COVID-19. De igual manera, pueden estar dados por el momento de realización de las encuestas, ya que nuestro estudio fue realizado a final de 2022, mientras que los referenciados fueron efectuados entre 2020 e inicios de 2022 durante los picos de la pandemia.

Otro de los hallazgos fue que la mayoría de los casos de *burnout* se presentaron en hombres (75 %), diferente a lo reportado en Portugal [22], donde encontraron que, en comparación con los hombres, las mujeres tenían un 53 % más de probabilidades de experimentar un *burnout* elevado. Esto puede deberse a que, en nuestro estudio, los hombres tuvieron niveles más altos de despersonalización y baja realización personal que las mujeres, lo cual indica que pueden tener actitudes de apatía y poca satisfacción en su vida laboral [13].

Las mujeres constituyeron la mayoría de los casos de ansiedad y depresión, 66,7 % para cada trastorno respectivamente, lo que es similar a lo hallado en Irán [24], Egipto [26] y Portugal [22]. Por otra parte, la mayoría de los casos de ansiedad y depresión se manifestaron en las enfermeras auxiliares (27,8 y 38,2 %, respectivamente).

Estos hallazgos son similares a los encontrados en Kosovo, donde el personal de enfermería reportó mayores niveles de depresión y ansiedad que otros cargos como los médicos [27]. Esto puede deberse a que el personal de enfermería es el encargado de brindar atención directa a los pacientes; por lo tanto, se ve continuamente enfrentado a diferentes situaciones relacionadas con el estado de salud de las personas, así como a sobrecarga laboral, factores que pueden ser desencadenantes de esta situación [28].

La edad se relacionó con la depresión, mostrando que las edades comprendidas entre los 19 y los 33 años tienen mayor riesgo de depresión. De manera similar, en otro estudio, se encontró que el personal médico joven está más propenso a desarrollar problemas emocionales como la depresión y la ansiedad [29], pero de manera contraria a lo hallado en Italia, donde se obtuvo que los síntomas de depresión empeoraron a medida que aumentó la edad [30], lo que podría deberse a diferencias en la distribución de los grupos de edad, así como por diferencias en las características de la población de los estudios, como una población mayor en este último, con una media de 43,7 años.

El agotamiento emocional y la baja realización personal se relacionaron con la presencia de ansiedad y de depresión. De la misma forma, revisiones sistemáticas realizadas permitieron ver que el agotamiento se asoció positivamente con antecedentes de depresión o ansiedad [31,32], así como diversos estudios a nivel mundial han mostrado la relación existente entre el agotamiento emocional con la ansiedad y la depresión [29,33], siendo esta la subescala que expresó asociaciones significativas con mayor frecuencia con dichos trastornos. Por su parte, tener una alta realización personal se ha relacionado mínimamente con estos problemas emocionales [34].

Así mismo, en nuestro estudio, padecer propiamente *burnout* se relacionó con la depresión de manera similar a lo reportado en otros estudios a nivel mundial [21,27]. Estas asociaciones pueden estar debidas a que existen diferentes factores propios del entorno laboral que influyen en la salud mental de los trabajadores de la salud, como tener sobrecarga de trabajo, turnos estresantes, extensos y nocturnos, y a que carecen de tiempo para actividades personales, percibiéndose como los principales riesgos para el agotamiento y el padecimiento de ansiedad y depresión [31].

Estos hallazgos deberían ser el foco de los puntos a intervenir por parte de las organizaciones. Se hace necesario que fomenten el bienestar mental, implementen estrategias de prevención basadas en la creación de guías, programas y políticas que incluyan el seguimiento y el monitoreo continuo en la salud mental de sus colaboradores.

Se recomienda desarrollar futuros estudios que amplíen el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19

en la salud mental y familiar de los trabajadores de la salud en Colombia, teniendo en cuenta la repercusión que pueda tener en la prestación de servicios de salud en la población.

Los instrumentos empleados en el estudio han sido validados en la población general y poblaciones específicas, incluidos los trabajadores del sector salud, y se han utilizado ampliamente en investigaciones dirigidas a esta población en numerosos entornos, demostrando su capacidad para detectar síntomas como ansiedad, depresión y los relacionados con el síndrome de *burnout*; sin embargo, en la actualidad no existe un consenso claro en la determinación del síndrome de *burnout*, lo cual puede dificultar dicho proceso.

Este estudio incluyó trabajadores de la salud de varias profesiones y áreas de desempeño de sus roles; por lo tanto, los resultados pueden contribuir a implementar estrategias para la mejora de la salud mental de los trabajadores en la institución donde se tomó la muestra u otras con características similares.

El estudio se realizó después del confinamiento por la pandemia de COVID-19, por lo que no se enfocó en el impacto mental de los trabajadores del sector salud exclusivamente por esta situación, ya que se pretendió buscar la relación entre el *burnout* con la ansiedad y la depresión a manera general, no midiendo situación o tiempo específico. Debido a que el muestreo fue no probabilístico, la posibilidad de generalización de los resultados es baja.

Conclusiones

Esta investigación permitió conocer la relación existente entre síndrome de *burnout* y la ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud de una institución hospitalaria, evidenciando las características que pueden influir en la presencia de esta asociación como son la edad y el sexo.

Las variables que más explicaron la presencia de ansiedad y depresión en los profesionales del sector salud fueron agotamiento emocional y realización personal, lo que muestra que cuando el agotamiento emocional aumentó, también lo hizo la ansiedad y la depresión, mientras que, en realización personal, la relación fue inversamente proporcional.

Este estudio permitió visualizar el impacto de los ambientes hospitalarios laborales exigentes que se generan con la atención directa a usuarios o pacientes; en consecuencia, se puede presentar una serie de factores que afectan la salud mental del trabajador. Es por ello por lo que se hace necesario plantear estrategias que permitan reducir el riesgo y prevenir la aparición de patologías.

Agradecimientos

Al Hospital Universitario Erasmo Meoz, a la Fundación Universitaria del Área Andina. A Camila Rodríguez, por su apoyo en el desarrollo del presente trabajo, y a Carlos Urbina, por su valioso aporte en la discusión científica.

Fuente de financiación

El estudio fue financiado con recursos propios de las autoras.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existe ningún conflicto de intereses en este manuscrito.

Declaración de responsabilidad

Los resultados presentados en el artículo son responsabilidad de las autoras y no implican una posición de las instituciones implicadas.

Contribución por autores

Dafne Angelina Duarte Arias. Concepción y diseño del estudio, adquisición, análisis e interpretación de los datos y discusión. Elaboración y aprobación de la versión final publicada, capacidad de responder por todos los aspectos del artículo.

Diana Carolina Valencia Basto. Concepción y diseño del estudio, adquisición de los datos, participación en metodología, resultados, discusión y ajuste del documento final.

Referencias

- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An. de Psicol.* [internet]. 2010 [citado 2023 sep. 9]; 26(1):169-80. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>
- Chacón Delgado E, Xatruch de la Cera D, et al. Generalidades sobre el trastorno de la ansiedad. *Rev. Cúpula.* [internet]. 2021 [citado 2023 sep. 9]; 35(1):23-36. Disponible en: <https://www.binass.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Depresión [internet]; 2023 [citado 2023 sep. 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2020;52(4):432-9. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Panamerican Health Organization. The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Informe regional de las Américas. Washington [internet]; 2022 [citado 2023 sep. 9]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Guillen-Burgos HF, Gomez-Ureche J, Renowitzky C, et al. Prevalence and associated factors of mental health outcomes among healthcare workers in Northern Colombia: A cross-sectional and multi-centre study. *J Affect Disord Reports.* 2022;10:100415. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100415>
- Fernández N, Prada S, et al. Evaluación del desgaste laboral (burnout) y ansiedad en personal de salud durante la pandemia por Covid-19. *Rev. Soc. Col. Urología.* 2022;31(1):6-11. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748051>
- Azoulay E, Pochard F, Reignier J, et al. Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave: A cross-sectional study. *Chest.* 2021;160(3):944-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>
- Ofei-Dodoo S, Loo-Gross C, Kellerman R. Burnout, depression, anxiety, and stress among family physicians in Kansas responding to the COVID-19 pandemic. *J Am Board Fam Med.* 2021;34(3):522-30. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.03.200523>
- Sung C-W, Chen H, Fan Y, et al. Mental health crisis in health-care providers in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional facility-based survey. *BMJ Open.* 2021;11(7):e052184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052184>
- Lara C, Marcet G, Ramirez E, et al. Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay. *Rev Salud Publica Parag.* 2021;11(1):74-79. DOI: <https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.74>
- Bedoya Giraldo JD, Pulido Ángel J, García Valencia J, et al. Factores asociados con la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2023;52(4):352-61. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.rcp.2021.09.002>
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. En: Zalaquett CP, editor. *Evaluating stress: A book of resources*. 3.ª ed. California: The Scarecrow Press; 2015.; pp. 191-218.
- Córdoba L, Tamayo AJ, González MA, et al. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2011;42(3):286-93 DOI: <https://doi.org/10.25100/cm.v42i3.874>
- Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anal Psicol.* 2015;31(2):494-503. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición* [internet]. 2005 [citado 2023 sep. 9]; 3(1):73-86. Disponible en: https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/4616/0463/3537/Vol_3_Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf
- IBM. IBM SPSS® Statistics. New York [internet]; 2019 [citado 2023 sep. 9]. Disponible en: <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-26>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).

19. Mendieta Montealegre JL. Nivel de burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogotá D. C. Año 2016 [tesis de maestría] [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia [internet]. 2018 [citado 2023 sep. 9]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/63723>
20. Malagón-Rojas J, Rosero Torres LE, et al. La “moda del *burnout*” en el sector salud: una revisión sistemática de la literatura. *Psicol Caribe*. 2022;38(1):29-46. DOI: <https://doi.org/10.14482/psdc.38.1.158.723>
21. Estephan L, Pu C, et al. Burnout, mental health, physical symptoms, and coping behaviors in healthcare workers in Belize amidst COVID-19 pandemic: A nationwide cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(4):1033-42. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640231152209>
22. Duarte I, Pinho R, Teixeira A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers during the first wave in Portugal: A cross-sectional and correlational study. *BMJ Open*. 2022;12(12): e064287. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064287>
23. Holas P, Wojtkowiak N, Gambin M, et al. Factors associated with burnout in Polish healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Public Heal*. 2023;10:1018612. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1018612>
24. Hajebi A, Abbasinejad M, Zafar M, et al. Mental health, burnout, and job stressors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran: A cross-sectional survey. *Front Psychiatry*. 2022;13(5):1-9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.891430>
25. Liang Z, Wang Y, Wei X, Wen W. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among healthcare workers in the post-pandemic era of COVID- at a tertiary hospital in Shenzhen, China : A cross-sectional study. *BMC women’s health*. 2011;11(1):1-9 DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1094776>
26. Elsayed MEG, El-Abasiri RA, Marzo RR, et al. Mental health, risk perception, and coping strategies among healthcare workers in Egypt during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2023;18(2):1-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0282264>
27. Arenliu Qosaj F, Weine SM, Sejdiu P, et al. Prevalence of perceived stress, anxiety, and depression in HCW in Kosovo during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16667. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416667>
28. Sertöz ÖÖ, Tunçel ÖK, Sertöz N, et al. Burnout in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in a tertiary care university hospital: Evaluation of the need for psychological support. *Turk Psikiyat Derg*. 2021;32(2):75-86. DOI: <https://doi.org/10.5080/u25964>
29. Tang L, Yu X, Wu Y, Zhao N, et al. Burnout, depression, anxiety and insomnia among medical staff during the COVID-19 epidemic in Shanghai. *Front Public Health*. 2023;10:1019635. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1019635>
30. Torre G La, Barleta VI, Marte M, et al. Assessment of anxiety, depression, work-related stress, and burnout in health care workers (HCWs) affected by COVID-19: Results of a case-control study in Italy. *J Clin Med*. 2022;11(15):1-11. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11154434>
31. Ryan E, Hore K, et al. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1133484. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1133484>
32. Claponea RM, Pop LM, et al. Symptoms of burnout syndrome among physicians during the outbreak of COVID-19 pandemic-A systematic literature review. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(6):979. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10060979>
33. Luceño L, Talavera B, et al. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1-29. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
34. Uz B, Savaşan E, Soğancı D. Anxiety, depression and burnout levels of Turkish healthcare workers at the end of the first period of COVID-19 pandemic in Turkey. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2022;20(1):97-108. DOI: <https://doi.org/10.9758/cpn.2022.20.1.97>