

Relación entre el síndrome de burnout y médicos que realizan trabajo presencial y no presencial en Manizales

Autor

Gloria Inés Melo Daza

Natalia Sánchez Guapacha

**Trabajo de Grado para optar por el título de
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo**

Asesor

Viviana Racero López

Magister en Administración del Talento Humano

Universidad Católica de Manizales

Facultad de Ciencias de la Salud Distancia

2021

Relación entre el síndrome de burnout en médicos que realizan trabajo presencial y no presencial en Manizales

Resumen

El síndrome de burnout afecta alrededor del 50% del personal médico, en época de pandemia por COVID 19 esta cifra se elevó dado que esta fuerza laboral está en primera línea. Una de las alternativas para darle continuidad a la atención y seguridad del personal fue la atención no presencial o teleconsulta, el propósito de este estudio se enfoca en la relación de los médicos con su modalidad de trabajo y como este impacta en el riesgo de padecer burnout enfocados en la región dados los pocos estudios con los que se cuentan a nivel local y nacional. A través de encuesta virtual del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) modificado en sus preguntas demográficas, aplicada por 50 médicos generales y especialistas, se encontró que el cansancio emocional corresponde al 52% de la población, despersonalización del 34% y solo el 6% riesgo de realización personal, el cansancio emocional afectó a las mujeres en un 58% y la edad de 31 a 40 años fue de 60% para nuestro interés el cansancio emocional predominó en la modalidad presencial con un 63% a diferencia de un 43% de la modalidad no presencial. Con respecto a la realización personal el personal soltero evidencia un riesgo mayor con el 11% y llama la atención que la modalidad no presencial tenía mayor riesgo en un 14%. Este panorama nos permite proponer alternativas para reducir el riesgo de burnout en el personal médico.

Palabras Claves: Burnout, médicos, Covid 19, teletrabajo.

Introducción

1. Descripción del problema

Según la OMS el sector de la Salud comprende el 12% de la fuerza laboral (1) y para Estados Unidos el 80% corresponde a mujeres (2).

El Banco Mundial, determinó que en Colombia para el 2017 existían 2,1 médicos por cada 1000 habitantes, que para Caldas es igual a la media nacional (3), los médicos son determinantes para la atención en salud, pero ante el anuncio del 6 de marzo de 2020

donde el Ministerio de Salud y Protección Social confirmaba el primer caso por Covid 19 en Colombia (4); esta enfermedad ha afectado alrededor de 59.750 trabajadores del sector salud y los médicos corresponden al segundo lugar de los afectados (5).

Situación que llevó al gobierno a tomar medidas, como el confinamiento para la contención de la enfermedad y además garantizar la continuidad de los servicios de primera necesidad, entre ellos la prestación del servicio de salud en condiciones de seguridad en el trabajo, tanto para el personal médico como para los pacientes. Según un estudio de comparación entre teleconsulta y atención presencial, en el servicio de cardiología, las diferencias no eran significativas (6). Lo que sugiere que este modelo de atención podría permanecer en el servicio sanitario. Y hará que gran parte del personal médico participe de este modelo y genere cambios de adaptación en las relaciones frente al síndrome de burnout.

Preguntas como ¿Cuánto tardará en controlarse la pandemia por Covid 19?, ¿Vendrán otras enfermedades? ¿Seguiremos en confinamiento? Son determinantes para afianzar cada vez más el teletrabajo y por lo tanto, se hace necesario conocer los efectos en el personal médico.

Según Fasecolda, en el personal de salud en Manizales del 2020 (7) al 2021 (8) hubo un aumento de accidentes laborales de 1.5% tan solo en el primer Semestre del 2021.

La OMS menciona los riesgos para el sector salud: biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales y los relacionados con el fuego, explosiones y contacto con electricidad (9). También en Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que los médicos sufren mayor depresión que el resto de trabajadores, para lo cual diseñó una guía para “Prevenir el Cansancio en el personal de Salud” (10). Entre los efectos del burnout se relaciona con mayor riesgo de depresión, mayor error

médico, menor calidad en la atención y de sufrir un evento coronario (11).

En época de pandemia, por Covid 19, que genera temor de contagio al individuo y a su familia, el uso de elementos incómodos de protección personal, los estrictos requerimientos de bioseguridad y la carga emocional que este implica, sumado a los estresores laborales preexistentes además, se considera, que el personal médico presta poca atención a su salud mental (12), condición que aumenta, para ellos, el riesgo de burnout

Siendo el burnout una condición que afecta la calidad de la atención de los pacientes, repercute en todos los actores del sistema de salud: el profesional en salud, el paciente, las organizaciones y en general en la salud pública motivo primordial que justifica el desarrollo este estudio.

1.1 Eje de intervención.

Síndrome de burnout en el personal médico en la ciudad de Manizales.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General.

- Determinar la relación entre el síndrome de burnout en el personal médico en la ciudad Manizales durante el periodo de Marzo de 2020 - Diciembre de 2022 para proponer un protocolo de intervención.

2.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar la relación que existe entre el burnout y el personal médico que trabaja de manera presencial y no presencial por medio de la aplicación de encuesta virtual.
- Establecer las causas del burnout que afecta al personal médico que trabaja de manera presencial y no presencial.

- Diseñar protocolo para la intervención del burnout en el personal médico que trabaja de manera presencial y no presencial.

3. Justificación.

En virtud de que la teleconsulta se proyecta para uso habitual en el modelo de atención, es conveniente evaluar sus beneficios y/o desventajas con respecto al síndrome de burnout en el personal médico, la teleconsulta tiene implícita la seguridad, tanto del paciente como del médico frente al riesgo de infección por COVID 19, por lo tanto, es una estrategia de salud pública conocer sus efectos para establecer la atención e inversión necesarias que este servicio requiere, para procurar el beneficio y la satisfacción del paciente y del ejercicio médico.

Hasta el momento, los estudios son insuficientes y carentes a largo plazo, con respecto a la condición física, psicológica y social del médico que realiza teleconsulta.

3.1 Alcance

A través de la aplicación de la encuesta virtual se pretende realizar una primera aproximación para determinar la relación del síndrome de burnout en médicos de Manizales. A través de los criterios establecidos en el índice de Maslach determinar el riesgo medible a través de documento en Excel; los resultados analizados permitirán abrir propuesta para el diseño de un protocolo aplicable a médicos generales determinando su riesgo y así proponer medidas preventivas y correctivas. Entre las limitantes del alcance, está la falta de diligenciamiento de encuesta en las invitaciones que se hizo para su aplicación reduciendo el número de la muestra. Se excluye esta implementación dentro del proyecto por cuanto este corresponde a otro proyecto de emprendimiento, pues no es el propósito del mismo.

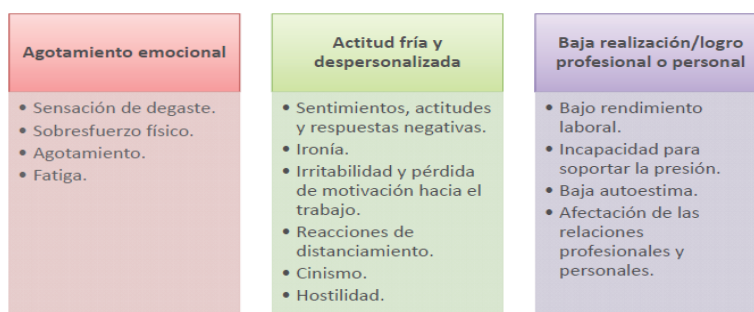
4. Marco referencial

4.1 Marco teórico

El término en inglés “burnout” o en español “estar quemado” fue acuñado en principio por el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger (1927 - 1997) en 1974 al observar en trabajadores voluntarios de una clínica de Nueva York los que, generalmente, después de 1 año de trabajo presentaban síntomas como cansancio, desmotivación, desinterés laboral, e intolerantes entre otros (13). Luego Maslach y Jackson en 1986, diseñan un método que permite detectar esta condición a través de 3 aspectos, 1. Cansancio Emocional (CE) 2. Despersonalización (DP) 3. Realización Personal (RP) en sus estudios los trabajadores de la salud resultaron los grupos más afectados con este síndrome y, por este es el más estudiado bajo esta condición (14).

Figura 1

Componentes del síndrome de agotamiento laboral (13)



El síndrome de burnout así mismo, como el estrés, pueden tener variadas definiciones, entre ellas que “implica agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de realización personal reducida” (15) o como un “estado de agotamiento integral” (físico, mental y emocional) y se evidencia como el resultado de un proceso gradual y describe así mismo 3 fases 1. Reacción de alarma 2. Resistencia 3. Agotamiento (16).

Figura 2

Fases del síndrome de agotamiento laboral (13)



El burnout afecta alrededor de la mitad de médicos en ejercicio (17) y el trabajo es uno de las principales causas (17). En una revisión sistemática de 12 estudios descriptivos se reportaron niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión y alteración del sueño y agotamiento, especialmente en mujeres y en personal de primera línea para atención de Covid 19 (18). Según el estudio realizado por Román Hernández en 2003 la prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la salud fue de 30 %, y para mujeres de profesión médica en atención primaria fue de 48,3 % (19). En el estudio realizado por Walter Wurm en 2016 el 50,7% de los participantes se vieron afectados por síntomas de agotamiento (20); y en la revisión sistemática realizada por Rotenstein estiman una prevalencia del 67% en agotamiento general (21). En el estudio de revisión sistemática y metanálisis de Hugo Rodrigues 2018 encontró una prevalencia para especialidades del 35.1% (22). Éva Fejes evaluó la distribución por grupo etario, fue la gran mayoría entre 36 y 55 (23). En un estudio realizado en Cartagena –Colombia las mujeres evidenciaron mayor agotamiento emocional (24) y en otro realizado en Manizales y la Virginia – Caldas se encuentra una prevalencia de Burnout del 17,6% en la que también se consideró variables que denotan disminución en la incidencia de Burnout al desarrollar actividades extralaborales pero la disfunción familiar se incrementaba (25). En un estudio portugués se encontró una tasa de

prevalencia de 55 al 69% en época de Covid 19 a diferencia de estudio previo en 2016 que se encontró un 43.6% de los médicos tenían un alto agotamiento (26). En una encuesta mundial de 2707 profesionales sanitarios de 60 países 51,4% informaron agotamiento emocional relacionado con su trabajo durante la pandemia de Covid 19 (27). En una revisión sistemática en países de ingresos bajos y medianos de 20 estudios todos utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach, 12 de ellos mostraron altas tasas de agotamiento emocional asociadas a mayor presión de tiempo laboral y una carga de trabajo excesiva (28).

Figura 3
Incidencia de burnout en diferentes profesiones
según el índice de Maslach

ESTUDIOS	PROFESIONES	BURNOUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros/as	20-35%
Henderson (1984)	Médicos/as	30-40%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeros/as	17%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos/as	50%

Ahora bien, la estrategia del modelo de teletrabajo que surgió en los años 70's por Jack Nilles (29) debido a la causa de la crisis del petróleo, llevó a los empleados a ejercer su actividad laboral desde su hogar, para ahorrar combustible en los desplazamientos. En esta ocasión, ante una nueva crisis por el COVID 19, se impulsa el teletrabajo como estrategia para darle continuidad a los servicios, dada las recomendaciones de confinamiento.

Según la definición de la OIT el "teletrabajo", es una subcategoría del concepto más amplio de trabajo a distancia, en ella se incluyen los trabajadores que utilizan

tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) o teléfonos fijos para trabajar de forma remota. El “trabajo a domicilio” corresponde a la actividad realizada dentro de la residencia del trabajador, de manera total o parcialmente (30).

La teleconsulta que es la interacción del médico y el paciente a distancia, brinda el apoyo diagnóstico y terapéutico a través del uso de tecnologías (TIC) como computadora, teléfono, conexión a internet, uso de software de reuniones, en tiempos de pandemia ha sido de gran utilidad para ofrecer atención en salud con seguridad y efectividad, (31) los avances tiene avances importante en las últimas décadas, como una de las limitantes es el reembolso de la atención, también es importante reconocer que los desastres aumentan la capacidad en la atención (32) en el caso de personas mayores o en riesgo es una alternativa para disminuir su riesgo de exposición a COVID 19; otro grupo de pacientes beneficiado son los que viven en áreas rurales o a distancia para acceder a la consulta presencial en Estados Unidos alrededor de 50 sistemas de salud cuentan con un programa de tele salud reduciendo la visita al servicio de urgencias y manteniendo el aislamiento social, disminuyendo el riesgo de infección e incapacidad de la fuerza laboral (33), en un estudio en el servicio de cardiología que en época de pandemia por Covid 19 analizaron 1339 teleconsulta de las cuales se dividieron las consultas de primera vez (315 pacientes) y revisiones (1024) de este último grupo solo el 0.1% requirió una consulta presencial que evidencia que casi el 100% se pudieron resolver por teleconsulta (6). Es importante también reconocer que según estudio acerca del estrés relacionado con uso de Tecnologías de información en Salud con su sigla en inglés (HIT) de los médicos que usan HIT 26% reporto agotamiento y el 70% reporto estrés (34).

En diversos estudios asocian la sobrecarga laboral del teletrabajo con la familia-trabajo

y burnout (35), conflictos de roles que si bien estudios a corto plazo evidenciaron adaptabilidad en este aspecto (36) (37) se relaciona con el agotamiento.

4.3 Marco Legal

Normatividad internacional

- Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155) - C155 en su artículo 3 aduce las relaciones del trabajo con los elementos físicos y mentales que afectan la salud del trabajador **(38)**.
- Convenio sobre los servicios de salud del trabajador 1985 (num.161) - C161 en su artículo 1 determina los requisitos, para un medio ambiente, que favorezca la salud física y mental del trabajador **(39)**.
- Acuerdo Marco Europeo sobre el estrés laboral que tiene como objetivo brindar a los empleadores y trabajadores herramientas para identificar y prevenir problemas relacionados con el trabajo **(40)**.

Normatividad Colombiana

- Constitución Política en el artículo 48 establece la seguridad social, como un servicio público y el artículo 49 la prestación del mismo **(41)**
- Ley 100 de 1993 **(42)**, la ley de salud mental 1616 de 2013 establece los derechos, la promoción y prevención de la enfermedad mental, atención integral e integrada entre otras disposiciones.
- Ley 1419 de 2011 establece los lineamientos para el desarrollo de tele salud **(43)**
- Resolución 2003 de 2014 establece la habilitación del servicio de telemedicina en la en el artículo 8 y la descripción completa en el manual anexo **(44)**
- Ley 2088 de 2021, que regula el trabajo en casa **(45)**.

- Decreto 1477 de 2014, mediante el cual se adopta la tabla de enfermedades laborales, incluye al síndrome de agotamiento profesional (código CIE-10: Z73.0) (46)
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio de Trabajo. República de Colombia (47).

5. Metodología.

Esta investigación se orienta, en un estudio transversal descriptivo y analítico, por medio del cual se busca caracterizar el síndrome de burnout en médicos que realizan trabajo presencial y no presencial en las IPS de Manizales.

El desarrollo del proceso de investigación será a través de la recopilación de los datos con la aplicación del cuestionario *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (14) es el método más usados en diferentes estudios (21), Este instrumento se aplicará de manera virtual auto diligenciada a través de la aplicación de google formularios, en el cual se da a conocer el consentimiento informado para la aplicación de la misma con su respectivo anonimato y confidencialidad. El cuestionario MBI está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, Cada pregunta se puntúa en una escala de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Los puntos de cada dimensión se agregan para proporcionar una puntuación total para esa dimensión. La puntuación para cada dimensión se puede categorizar como baja, moderada o alta: agotamiento emocional (bajo ≤ 13 ; moderado 14 a 26; alto ≥ 27); despersonalización (baja ≤ 5 ; moderada 6 a 9; alta ≥ 10); y logros personales (alto ≤ 33 ; moderado 34 a 39; bajo ≥ 40). Las puntuaciones más altas en el agotamiento emocional y la despersonalización, y una puntuación más baja en el logro personal, se asocian con un mayor desgaste del proveedor (14) el cual recolectará la información y para el análisis se complementará con variables de tipo demográfico: edad, género, estado civil, antigüedad en la institución actual, jornada laboral, modalidad de trabajo

presencial o no presencial y preferencia en la modalidad de trabajo.

La tabulación de la información será realizada a través de tabla de Excel. El análisis se realizará posterior a la tabulación.

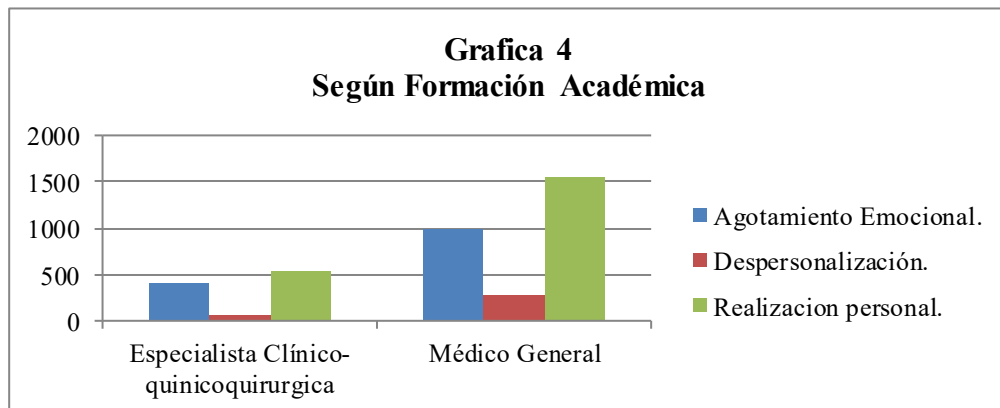
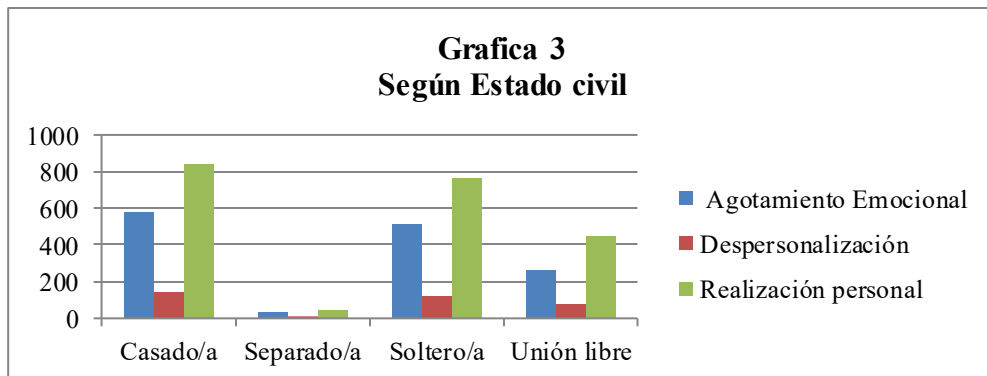
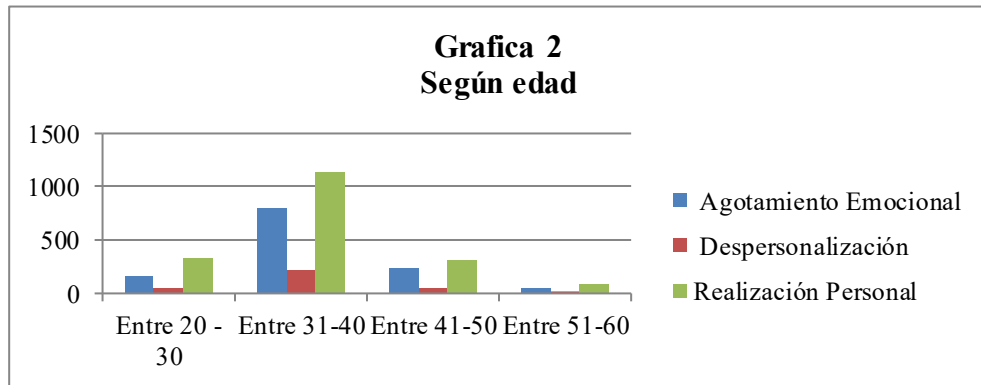
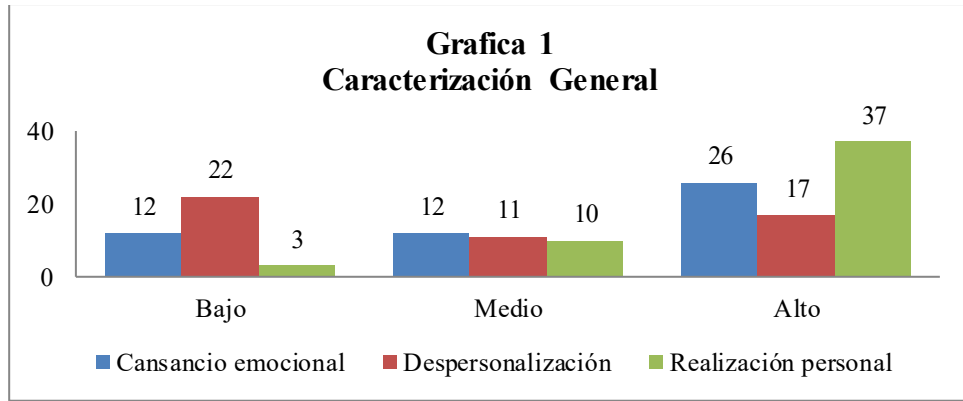
La población objeto de estudio serán médicos generales y especialistas que realizan consulta externa de manera presencial y no presencial en laboran en diferente instituciones en la ciudad de Manizales, la muestra poblacional partirá de 50 formularios diligenciados y los criterios de inclusión serán: médicos generales y especialistas, trabajarán en alguna IPS de Manizales, estarán en modalidad presencial y no presencial.

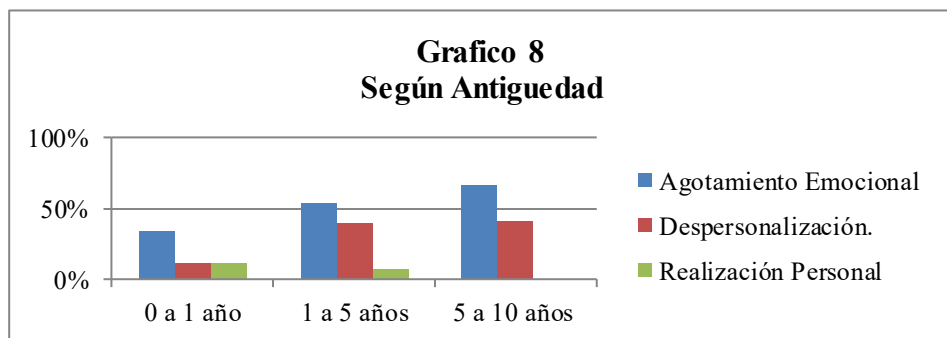
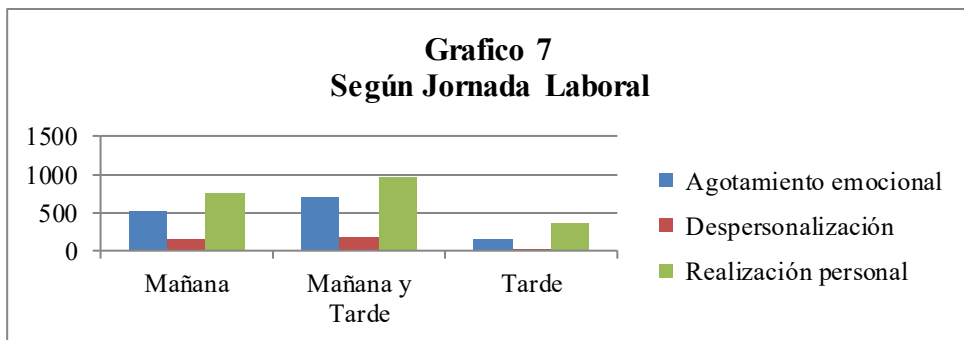
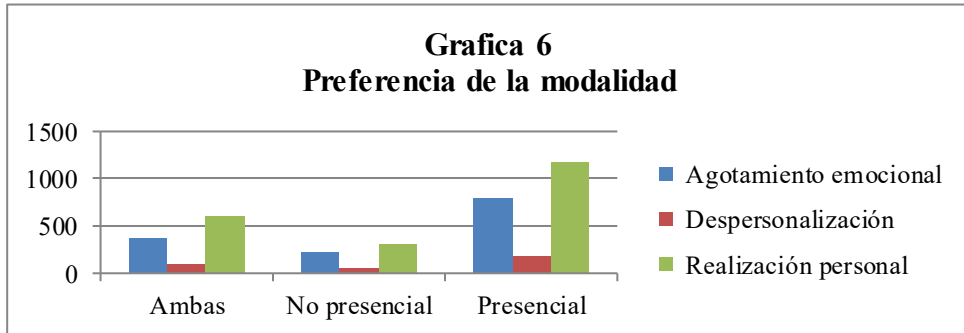
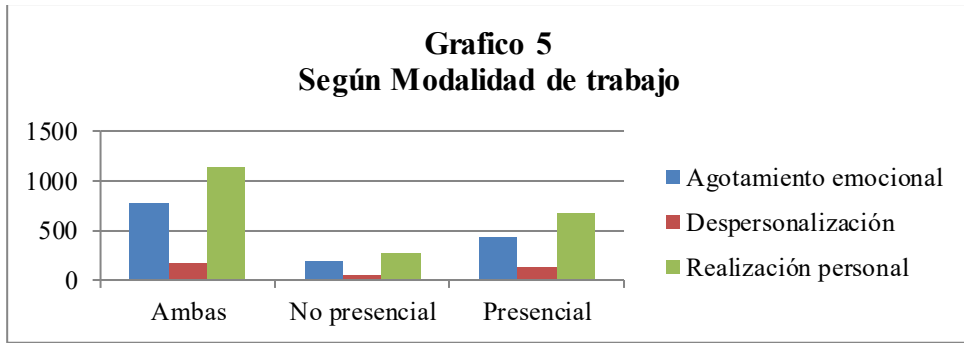
Se espera que el periodo de 30 días se pueda recolectar los cuestionarios suficientes para la muestra, incluyendo los contratiempos que puedan ocurrir.

6. Análisis de resultados

6.1 Resultados I primer objetivo específico

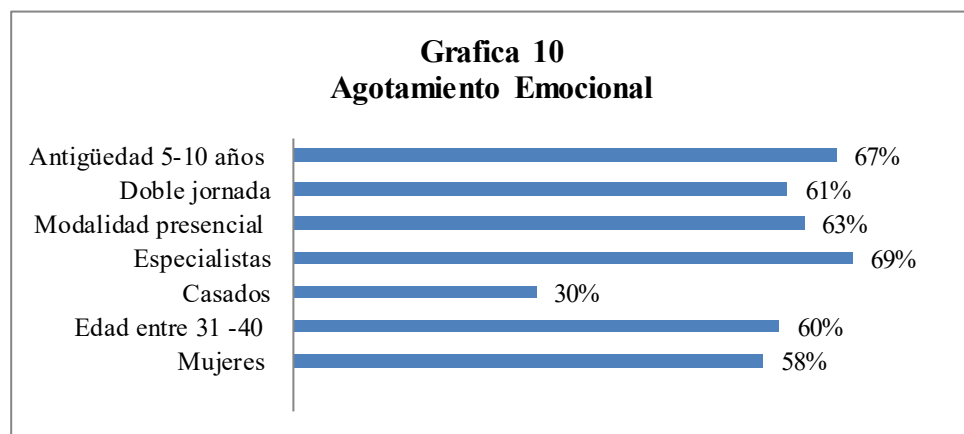
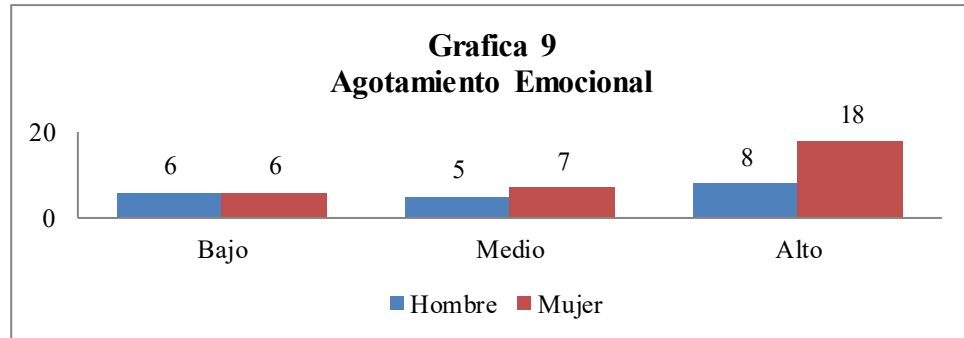
Se evaluaron 50 médicos, 31 mujeres y 19 hombres, de ellos 13 especialistas, la edad de mayor prevalencia entre 31 y 40 años, según estado civil 20 se encuentran casados y 19 solteros, 1 separado y 10 en unión libre, según su modalidad de trabajo 7 trabajan exclusivo no presencial, 16 trabajan exclusivo presencial y 27 trabajan en ambas modalidades. El 56% tienen de 1 a 5 años de antigüedad en el cargo. Por preferencia de modalidad 54% prefieren modalidad presencial, 30% ambas y 16% no presencial.





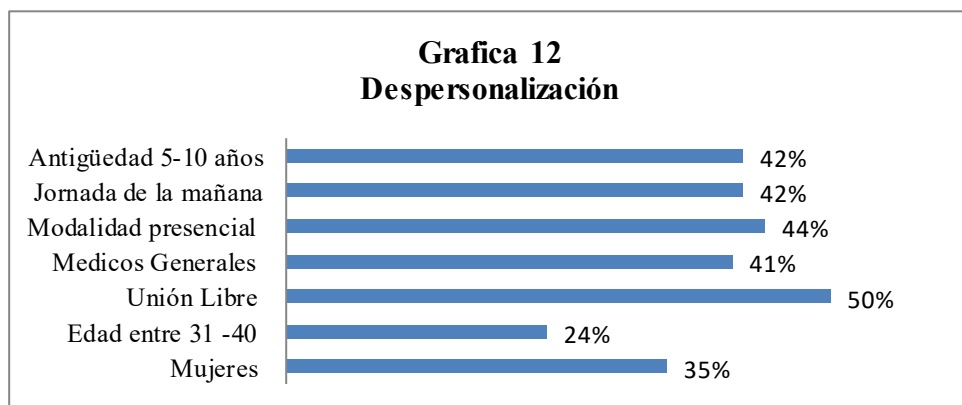
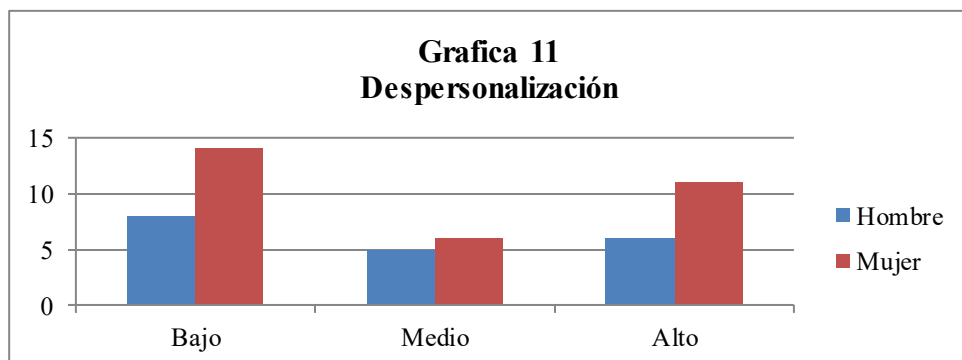
En la caracterización general se evidencia que la población evaluada tiene una prevalencia burnout en Cansancio Emocional de 52% explicable por su manejo e interacción con pacientes, prevalencia de despersonalización del 34% en contraposición

se evidencia que tienen realización personal, como factor protector bajo riesgo, dado que solo el 6% están en riesgo (Grafica 1). Estos datos se correlacionan con otros estudios que reportan resultados similares como Walter Wurm en 2016 que indicó una prevalencia de agotamiento del 50.7%.

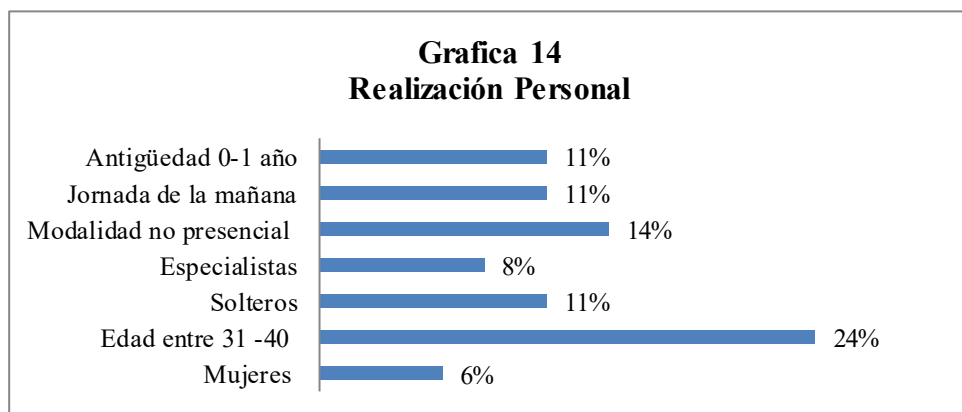
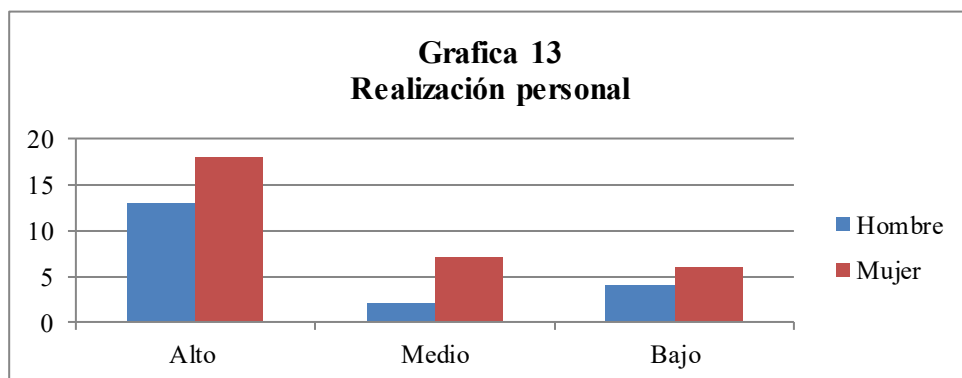


Agotamiento Emocional (Grafica 10): Se evidencia que la condición predomina en mujeres 58% y 42% de los hombres están en alto riesgo (Grafica 9) datos similares al estudio de Román Hernández 2003 que reportó una prevalencia 48.6% mujeres afectadas, la edad más expuesta fue entre 31 y 40 años de ellos 60% están expuestos (Grafica 2) se puede relacionar con el estudio de Éva Fejes 2021 donde el grupo etario más afectado se encontraba entre 36 y 55, con respecto al estado civil la población casada y en unión libre tiene más riesgo que la población soltera (Grafica 3) a diferencia de otros estudios que la población soltera tiene mayor riesgo (13) . Los

especialistas tienen mayor prevalencia con un 69% de riesgo alto, con respecto a un 46% en médicos generales (Grafica 4) esta prevalencia reporto mucho mayor al estudio de Hugo Rodrigues 2018 que encontró una prevalencia para especialidades del 35.1%, la prevalencia es mayor en la población exclusivamente presencial de 63% en riesgo alto, para la modalidad de no presencial 43% y ambas 46% (Grafica 5) difiere en los estudios que evidencian que estas condiciones de teletrabajo incrementan el agotamiento por la sobrecarga laboral, conflicto familia-trabajo y jornadas más extensas, para el presente estudio en las mujeres la modalidad no presencial tiene menor frecuencia, aumenta 2 veces más la de modalidad presencial y hasta 3 veces las mujeres que trabajan en ambas modalidades. La población expuesta a doble jornada presenta 61% de riesgo alto (Grafica 6). A mayores años de antigüedad mayor riesgo de 5 a 10 años 67% se encuentran en alto riesgo.



Despersonalización (Grafica 12): Se evidencia, que un 45% de la población femenina tiene bajo riesgo, un 35% que tienen alto riesgo de despersonalización, situación similar en la población masculina (Grafica 11), la edad de 31 y 40 correspondió al 24% la población en unión libre evidenció mayor riesgo de ellos 50% en riesgo a diferencia de una 30% en casados y un 32% en solteros (Grafica 3). Los médicos generales presentaron mayor prevalencia 41% con respecto a los especialistas en 15% de riesgo (Grafica 4). En la modalidad presencial y no presencial es muy similar 44% y 43% con respecto a 26% para los que trabajan en ambas modalidades (Grafica 5) y 42% los que trabajan en jornada de la mañana y 35% para los que trabajan doble jornada y 13% para los de la jornada de la tarde (Grafica 6). A mayores años de antigüedad mayor riesgo 42% se encuentran en alto riesgo (Grafica 7).



Realización personal (Grafica 14): Tanto las mujeres como hombres predominan en nivel alto como factor protector para el burnout, las más afectadas son las mujeres en

6% (Grafica 13), la edad de mayor riesgo entre 31 a 40 años con 24%, se evidencia mayor realización personal en casados, solo 5% en riesgo, la unión libre 0% a diferencia de solteros 11% (Grafica 3). Se evidencia que los médicos generales 76% tienen mayor realización con respecto al 69% de los especialistas y de ellos 8% están en riesgo (Grafica 4). La modalidad no presencial fue la de mayor riesgo con un 14% (Grafica 5). Según la jornada laboral la mayor expuesta es la de la mañana con el 11% en riesgo (Grafica 6). A mayores años de antigüedad mayor realización personal, la antigüedad menor de 1 año corresponde a 11% que está en riesgo. (Grafica 7).

6.2 Resultados II segundo objetivo específico

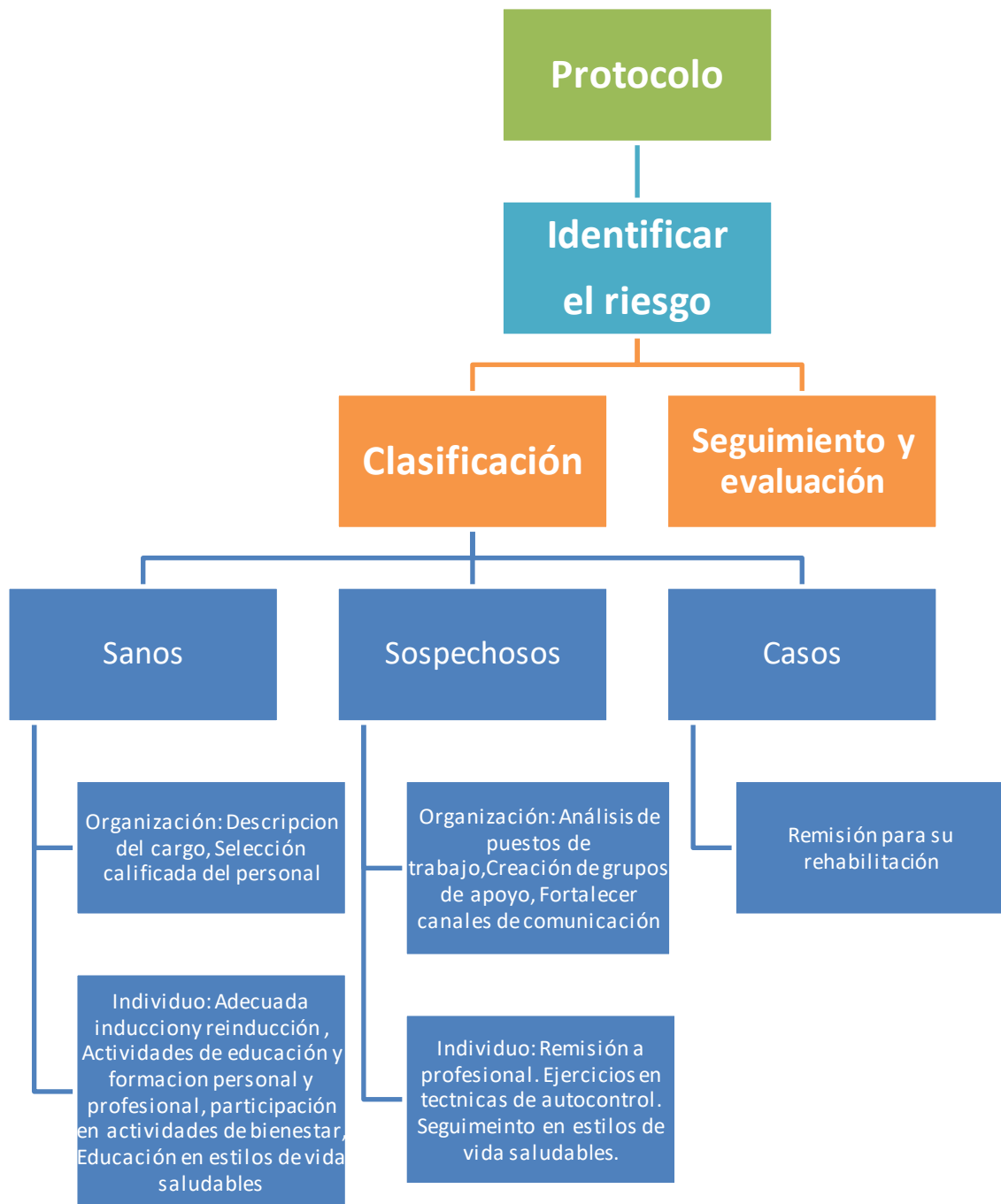
Entre las causas determinantes para el síndrome burnout, condiciones individuales no modificables se encontró el sexo femenino, y con respecto a la modalidad de trabajo las mujeres tienen mayor riesgo en el trabajo presencial o ambos con edades entre 31 y 40 años y se evidencio que en las 3 modalidades de trabajo, esta era la edad de mayor riesgo. Entre las condiciones de riesgo, individuales modificables, es el estado civil casado como causa significativa, en la modalidad no presencial se evidencia que es más propenso que los solteros, en las otras modalidades la proporción es similar entre solteros y casados.

Con respecto a los riesgos laborales, los cargos de responsabilidad, en general los especialistas son los más expuestos, así mismo en los que trabajan en ambas modalidades, pero para el caso de modalidad presencial los más afectados fueron los médicos generales, las mayores jornadas laborales “doble jornada” en el presente estudio la modalidad presencial y ambas modalidades también se hizo evidente el riesgo de la doble jornada, para el caso de no presencial no hubo casos de doble jornada, con respecto a mayor antigüedad en el cargo fue una factor determinante se vio reflejado en todas las modalidades.

6.3 Resultado III tercer objetivo específico.

Partiendo del protocolo establecido por el Ministerio del Trabajo con enfoque preventivo para las organizaciones y a ser desarrollado por el personal a cargo del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo de las compañías.

De acuerdo a la Gestión en Salud se propone el siguiente protocolo, a través de la aplicación de la encuesta, dentro de la organización para la identificación del factor de riesgo de burnout, la clasificación de los encuestados (sanos, sospechosos y casos). Se partiría con la Prevención Primaria (sanos), Secundaria (Sospechosos) y Terciaria (casos) realizando las actividades de intervención en cada uno de ellos. Y el respectivo seguimiento y evaluación de la intervención.



7. Conclusiones

El burnout presente en el personal médico es medible y común alrededor del 52% en agotamiento emocional entre los encuestados, ahora los desafíos por la pandemia evidenciaron la necesidad de teletrabajo lo que reflejó que los encuestados que están en modalidad no presencial o en ambas tenían menos riesgo de agotamiento que los que se encuentran de manera presencial pero a pesar de que este modelo puede disminuir el

agotamiento la preferencia de modalidad por parte del personal médico es la presencial y solo un 16% prefiere la no presencial, ante estos hallazgos los esfuerzos de intervención siguen siendo en el ambiente laboral presencial ya establecidas a nivel individual como el autocuidado (ejercicio, dieta, ejercicios de reflexión y manejo de las etapas de la vida). El reconocer el agotamiento en los médicos permitiría a las organizaciones medir el riesgo en su personal médico y buscar acciones de intervención, a nivel organizacional (identificación de personal en riesgo y apoyo psicológico) y a nivel social (grupos de apoyo, red familiar y de amigos)

8. Recomendaciones

- Ante un hallazgo de riesgo de agotamiento emocional se puede ofrecer al personal médico trabajo no presencial o combinado.
- Promover el autocuidado en el personal de salud (ejercicio, dieta balanceada, ejercicio, adecuada higiene del sueño, apoyo familiar)
- Las organizaciones deben orientar sus esfuerzos en mejorar la cultura organizacional, que proporcione estrategias de bienestar, apoyo grupal, psicológico e incentivos.
- Las organizaciones deben ofrecer jornadas laborales de turnos rotativos, flexibles que ofrezcan descansos y supervisar que sus colaboradores no excedan horas laboradas.
- Propender el trabajo en equipo, dado que el apoyo grupal reduce el riesgo de agotamiento.
- Educación en trabajo en equipo y delegación de funciones.
- Educación financiera, facilitar herramientas para evitar trabajar más turnos para lograr objetivos financieros.

Bibliografía

1. Galindez , Rodriguez Y. Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. Scielo. 2007; 15(2).
2. CDC. CDC. [Online]. [cited 2021 Junio 6. Available from: <https://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>.
3. Minsalud. [Online]; 2017 [cited 2021 Junio 06. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/talento-humano/Pages/observatorio-talento-humano-en-salud.aspx>.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia confirma su primer caso de COVID-19. Boletín de Prensa No 050 de 2020. [Online]; 2020 [cited 2021. Available from: www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx.
5. Instituto Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. [Online]; 2021 [cited 2021 Junio 8. Available from: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>.
6. Isasti G, Díaz Fernández JF. Comparison of telehealth and traditional face-to-face model during COVID-19 pandemic. Med Clin. 2020 Octubre ; 155(8).
7. RL datos. [Online]; 2020 [cited 2021 Junio 1. Available from: <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Reportes/xGeografico.aspx>.
8. RL datos. [Online]; 2021 [cited 2021 Junio 6. Available from: <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Reportes/xGeografico.aspx>.
9. Jiménez Paneque , Pavés Carvajal JR. Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. Medwave. 2015 Agosto; 15.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud. [Online]. [cited 2021 Junio 6. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>.
11. Amsten , Shanafelt T. Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. Mayo Clinic . Proceedings. 2021 Marzo; 91(3).
12. Center. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA. 2003 Junio; . 289(23).
13. Ministerio del Trabajo. Síndrome de agotamiento laboral - “Burnout” Protocolo de prevención y actuación. Primera ed. Bogotá; 2015.
14. Maslach C. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto - California; 1996.
15. Oeste C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout : contributors , consequences and solutions. . Journal of Internal Medicine. 2018 Junio; 283(6).
16. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Guía Sobre el Síndrome de Quemado (Burnout). [Online]. . Madrid; 2004 [cited 2021 Junio 13. Available from: http://navarra.ugt.org/salud_laboral/archivos/201212/burnout-gui769a.pdf?1.
17. Patel RS, Sekhri , Bhimanadham NN, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage. Cureus.

- . 2019 Junio; 11(6).
- 18 Danet Danet. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. [Online]; 2021 [cited 2021 Noviembre 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/>].
- 19 Román Hernández. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública. 2003 Junio; 29(2).
- 20 Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner , Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. Plos one. 2016 Marzo; 11(3).
- 21 Rotenstein L, Torre , Ramos M, Rosales R, Guille C, Sen , et al. Prevalence of Burnout Among Physicians. JAMA. 2018 Septiembre; 320(11).
- 22 Rodrigues H, Cobucci , Oliveira , Victor Cabral , Medeiros L, Gurgel , et al. Síndrome de Burnout entre médicos residentes:revisión sistemática y metanálisis. Plos One. 2018 Noviembre.
- 23 Fejes É, Mák K, Pohl M, Banco G, Fehér G, Tibold A. El examen del agotamiento entre los trabajadores de la salud. Neurociencia clínica. 2021 Septiembre; 74.
- 24 Castillo Ávila Y, Orozco J, Alvis E R. Síndrome de Burnout en el personal. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2015 Enero; 47(2).
- 25 Agudelo Cardona. RIDUM Repositorio Institucional Universidad Manizales. [Online]; 2011 [cited 2021 Junio 6. Available from: <https://ridum.umanizales.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12746/875/1/artic%20burnout%20medicos%20mani.pdf>].
- 26 Baptista , Teixeira , Castro , Cunha , Serrão , Rodrigues , et al. Burnout médico en atención primaria durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal en Portugal. [Online]; 2021 [cited 2021 Noviembre 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8044566/>].
- 27 Morgantini LA, Naha , Wang , Francavilla , Acar , Crivellaro , et al. Factores que contribuyen al agotamiento de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19: una encuesta global de respuesta rápida. [Online]; 2020 [cited 2021 Noviembre 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470306/>].
- 28 Dugani , Afari , Hirschhorn LR, Veillard , Ratcliffe , Martin G, et al. Prevalencia y factores asociados con el agotamiento entre los proveedores de atención primaria de salud de primera línea en países de ingresos bajos y medianos: una revisión sistemática. [Online]; 2018 [cited 2021 Noviembre 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6030396/>].
- 29 Joric. La Vanguardia. [Online]; 2020 [cited 2021 Junio 12. Available from: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200521/481297391719/teletrabajo-covid19-crisis-petroleo-sociedad-consumo.html>].
- 30 International Labour Organization Defining and Measuring Remote Work, Telework, Work at Home and Home-Based Work (Technical Note). [Online]; 2020 [cited 2021 Agosto 20. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_747075.pdf].
- 31 Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante una. [Online]. [cited 2021 Junio 12. Available from: <https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>].
- 32 Lurie. The Role of Telehealth in the Medical Response. JAMA Internal Medicine. 2018 Abril; 178(6).

- 33 Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. 2020 Abril ; . 382(18).
- 34 Gardner , Cooper E, Haskel , Harris DA, Poplau S, Kroth PJ, et al. Physician stress and burnout: the . impact of health information technology. Journal of the American Medical Informatics Association JAMIA. 2018 Diciembre; 26(2).
- 35 Parasuaman S, Purohit Y, Goodshalk V. Work and Family Variables, Entrepreneurial Career. Revista . de comportamiento vocacional. 1996 Junio; 48(3).
- 36 Wang , Liu Y, Qian , Parker SK. Lograr un trabajo remoto efectivo durante la pandemia de COVID- . 19: una perspectiva de diseño de trabajo. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204672/pdf/main.pdf>.
- 37 Barriga Medina HR, Campoverde Aguirre R, Coello-Montecel D, Ochoa Pacheco P, Paredes-Aguirre . MI. La influencia del conflicto trabajo-familia en el agotamiento durante la pandemia COVID-19: el efecto de la sobrecarga del teletrabajo. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018 Octubre; 18(19).
- 38 Organización Internacional del Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. [Online].; 1981 . [cited 2021 Junio 12. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312300:NO.
- 39 Organización Internacional del Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. [Online].; 1985 . [cited 2021 Junio 13. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312306:NO.
- 40 Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Laboral. discapacidadprl.saludlaboral.org. [Online].; 2004 . [cited 2021 Junio 6. Available from: <https://discapacidadprl.saludlaboral.org/wp-content/uploads/2016/09/3.2.8.pdf>.
- 41 Asamblea Nacional Constituyente. Secretaria General del Senado. [Online].; 1991 [cited 2021 Junio 6. . Available from: <http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>.
- 42 Colombia CdIRd. Minsalud. [Online].; 1993 [cited 2021 Junio 12. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
- 43 Departamento Administrativo de la Función Pública. Función Pública. [Online].; 2010 [cited 2021 Junio 12. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40937.
- 44 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 DE 2014. [Online].; 2014 [cited 2021 Junio 12. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- 45 Congreso de Colombia. Función Pública. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 12. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=162970>.
- 46 Minis terio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Decreto 1477 de 2014. Bogotá; . 2014.
- 47 Ministerio de Trabajo. República de Colombia. Decreto 1072 de 2015. Bogota ; 2015.
- 48 Ministerio del Trabajo. Síndrome de agotamiento laboral - Burnout. Protocolo de prevención. 1st ed.

Anexos

TABLA 1
CUESTIONARIO BURNOUT

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo
14	Creo que trabajo demasiado
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes
16	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

TABLA 2
ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MBI

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces al año o menos.
- 2 = Una vez al mes o menos.
- 3 = Unas pocas veces al mes.
- 4 = Una vez a la semana.
- 5 = Unas pocas veces a la semana.
- 6 = Todos los días.

Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización persona	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera de finen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo

dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su trabajo.

Valores de Referencia			
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56