



**FACTORES DE RIESGO PARA *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE LA SALUD
QUE TRABAJEN EN CUIDADOS PALIATIVOS, COLOMBIA, 2019**

Autores:

Ana Cristina Ortiz Echeverri

Mauricio Romero Steevens

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Médico especialista en Medicina del dolor y cuidados paliativos

Bogotá – Colombia

2021

**FACTORES DE RIESGO PARA *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE LA SALUD
QUE TRABAJEN EN CUIDADOS PALIATIVOS, COLOMBIA, 2019**

Autor

Ana Cristina Ortiz Echeverri

Mauricio Romero Steevens

Tutor clínico y metodológico

Dra. Claudia Liliana Buitrago Martin

Escuela de medicina y ciencias de la salud

Facultad de medicina

Medicina del dolor y cuidado paliativo

Universidad del Rosario

Bogotá – Colombia

2021

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de medicina y ciencias de la salud

Título de la investigación: “Factores de riesgo para *burnout* en profesionales de la salud que trabajen en cuidados paliativos, Colombia, 2019”.

Instituciones participantes: . SIES Salud, Bogotá Colombia; 2. Sanofi Colombia, Bogotá Colombia

Tipo de investigación: Estudio cualitativo descriptivo de corte transversal.

Investigador principal: Angela J Pereira-Morales

Investigadores asociados: Luis Rojas; Claudia Buitrago; Ricardo E Salazar Arias; Ana C. Ortiz; Mauricio Romero Steevens

Asesor clínico o temático: Dra. Claudia Liliana Buitrago Martin – Directora programa Medicina del dolor y cuidado paliativo – Universidad del Rosario

Asesor metodológico: Dra. Claudia Liliana Buitrago Martin – Directora programa Medicina del dolor y cuidado paliativo – Universidad del Rosario

1 Contenido

1. Introducción	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Justificación.....	8
2. Marco Teórico	8
3. Pregunta de investigación	12
4. Objetivos	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
5. Formulación de hipótesis	13
6. Metodología	13
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	13
6.2 Población y muestra.....	13
6.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	13
6.3.1 Criterios de inclusión:.....	13
6.3.2 Criterios de exclusión.....	14
6.4 Tamaño de muestra.....	14
6.5 Muestreo.....	14
6.6 Definición y operacionalización de variables.....	14
6.6.1 Definiciones:.....	14
Ver tabla anexa en 6.6.2 (Tabla 1).....	14
6.6.2 Operacionalización de variables.....	15
6.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos.....	17
6.8 Plan de procesamiento de muestras biológicas.....	18
6.9 Plan análisis de datos.....	18
6.10 Alcances y límites de la investigación.....	19
7. Aspectos éticos	19
8. Resultados	19
9. Discusión	25
10. Administración del proyecto	28
10.1 Presupuesto.....	28

10.2 Cronograma	28
11. Referencias	30
12. Anexos	35
<i>Anexo 2. Consentimiento informado</i>	<i>35</i>

Resumen

Introducción. El síndrome de *Burnout* (SB) es prevalente entre los trabajadores de la salud, especialmente en los que prestan servicios clasificados como cuidados paliativos, por lo tanto, describimos la frecuencia de SB severo (SBS) en la población general de trabajadores de unidades de cuidado paliativo (UCPs).

Metodología. Con un diseño de corte transversal, se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y psicométricas incluidas en un cuestionario virtual auto-diligenciado por trabajadores de UCPs en Colombia, durante el año 2019. Se describió la frecuencia de SBS en trabajadores de UCPs (conteos, proporciones) y se describió la frecuencia de SBS estratificada por características sociales, demográficas y clínicas; adicionalmente, se describió la mediana de puntajes psicométricos en trabajadores con o sin SBS.

Resultados. Se recogieron 58 encuestas diligenciadas principalmente por médicos (86.2%), especialistas (62.1%), que laboran 9 horas/semanales (mediana), en jornadas diurnas (48.3%) o todo el día (41.4%). En las dimensiones Fatiga Emocional (FE_SB), Despersonalización (D_SB) y Logros Personales (LP_SB), respectivamente, la frecuencia de SBS fue 19.0%, 6.9% y 31.0%. La mayoría de casos se identificaron en mujeres, médicos o especialistas. En pacientes con SBS la mediana de horas laborales intrahospitalarias fue mayor, la mediana de calidad de vida fue más baja y las medianas de estrés percibido, síntomas depresivos y síntomas emocionales fueron más altas.

Discusión. La frecuencia de SBS calculada en trabajadores de UCPs y los cambios psicométricos observados son banderas rojas en el sistema de salud colombiano que orientan a vigilar, monitorear y establecer estrategias preventivas de este evento.

Abstract:

Introduction. The Burnout syndrome (BS) is a common condition among health workers, especially in those who provide their services to disable people or with a terminal diagnosis. We described the prevalence of severe BS (SBS) among the workers in the palliative care units (PCU), and we identified the variables or characteristics related.

Methodology. With a cross-section design methodology, we picked up demographic variables, clinic and psychometrical; including a virtual survey which was self-filled out by the workers in palliative care units in Colombia, during 2019. The frequency of SBS in PCU workers (counts, proportions) and the frequency of SBS stratified by social, demographic and clinical characteristics was described; Additionally, the median psychometric scores in workers with or without SBS were described.

Results. A total of 58 inquiry were completed, by physicians (86.2%), specialists (62.1%), who work 9 hours / week (medium), in daily journeys (48.3%) or all day (41.4%). Emotional Fatigue (BS_EF), Depersonalization (BS_D) and Personal Achievements (BS_PA), respectively, the frequency of SBS was 19.0%, 6.9% and 31.0%. Most cases were identified in women, physicians or specialists. In patients with SBS, the medium in-hospital working hours was higher, the medium quality of life was lower, and the medium perceived stress, depressive symptoms, and emotional symptoms were higher.

Discussion. The frequency of SBS calculated in PCU workers and the observed psychometric changes are red flags in the Colombian health system and is a piece of evidence if implementing and monitoring system , to prevent SBS among health workers and the people that work in PCU's.

Palabras clave. Trabajadores de la salud; Síndrome de *Burnout*; Cuidados paliativos; Inventario de Maslach; Corte transversal; Prevalencia.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad existe un aumento de las enfermedades crónicas y otras condiciones que limitan la calidad de vida, lo que ha llevado a un incremento en los cuidados paliativos (1). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2050 se estima una incidencia de cáncer de 24 millones de nuevos casos por año, de estos, el 60% experimentará dolor significativo (1). Además, se estima que cada año, 20 millones de personas necesitarán cuidados paliativos al final de la vida, 67% serán adultos y 6% niños (2). Lo anterior plantea desafíos y mayores niveles de estrés asociados a un grado avanzado de conocimiento técnico en el personal de salud, adecuadas competencias humanas y relacionales, toma de decisiones y el contacto constante con el sufrimiento de los pacientes y sus familias (3). Esta alta demanda produce una condición específica denominada *burnout*, definido por primera vez en la década de los setenta por Freudenberg, para describir una serie de síntomas físicos y psicológicos inespecíficos secundarios a demandas excesivas en el trabajo, principalmente presentes en trabajadores con labores de relacionamiento social alto (4). Posteriormente, Maslach y Leiter, expanden dicha definición, enmarcada en tres dimensiones principales, (fatiga emocional, despersonalización y falta de logro personal), entendiéndolo como un

síndrome derivado de altos niveles de estrés laboral que surge cuando las estrategias de afrontamiento fallan (5).

Al realizar una búsqueda en las principales bases de datos tales como PUBMED, COCHRANE, ClinicalTrials u Ovid, se encuentran referencias entre *burnout* y áreas como educación, miembros que trabajan en centros carcelarios; sin embargo, escasas son las publicaciones relacionadas con *burnout* en el personal de salud y no se encontraron escritos en proceso de publicación que relacionen *burnout* con trabajadores de la salud en cuidados paliativos. Lo anterior impide conocer las características de esta población, así como los principales elementos que conducen al desarrollo de *burnout* y por último imposibilitan la creación de estrategias en salud que lleven a una mejor prestación en la atención.

1.2 Justificación

Este estudio quiso identificar los factores asociados y de riesgo para *burnout* en profesionales y técnicos de la salud y así caracterizar los elementos que lleven al desarrollo de *burnout* en esta población y aportar a futuras estrategias que generen impacto en buenas prácticas en salud.

2. Marco Teórico

El concepto de *burnout*, fue definido por primera vez en la década de los 70 por Freudenberg, para describir una serie de síntomas físicos y psicológicos inespecíficos secundarios a demandas excesivas en el trabajo; principalmente presente en trabajadores con labores de relacionamiento social alto (4). Posteriormente, Maslach y Leiter, expanden dicha definición, incluyendo las tres dimensiones principales y hasta hoy estudiadas del *burnout* (fatiga emocional, despersonalización y falta de logro personal) entendiéndolo como un síndrome derivado de altos niveles de estrés laboral que surge cuando las estrategias de afrontamiento fallan (5). En específico, la fatiga emocional se refiere a los casos en los cuales los trabajadores alcanzan los límites de su capacidad y no pueden responder a un nivel emocional, lo que conduce a desapego emocional del trabajo. La despersonalización por su parte se refiere a conductas impersonales y a contacto distante; en los profesionales de la salud en concreto, la despersonalización se hace evidente con una atención distante hacia pacientes y compañeros de trabajo, así como con emociones negativas y actitudes cínicas. Por último, la falta de logro personal hace referencia a sentimientos negativos sobre la competencia y el éxito profesional, los cuales generalmente se manifiestan en una falta de motivación y disminución de la productividad en el trabajo (2). Entre los factores protectores asociados, encontramos la resiliencia, entendida como un proceso de adaptación contextual

y dinámico, lo cuál incluye elementos propios como la (epi) genética, rasgos o creencias personales, así como factores externos y ambientales, recursos sociales o materiales (6). En este orden, la resiliencia es un factor protector contra el agotamiento emocional que contribuye al logro personal. Rushton y col. mostró una fuerte asociación entre resiliencia, esperanza y agotamiento. En particular, la resiliencia y la esperanza apoyaron el desarrollo de estrategias destinadas a reducir la vulnerabilidad al agotamiento emocional que contribuyen al logro personal (6).

Según las definiciones expuestas, el concepto de *burnout* cobra gran interés en el personal adscrito a cuidados paliativos en cuanto que se expone a grandes exigencias, como enfrentar el sufrimiento y el fin de vida, batallas aparentemente inútiles, pero rodeadas de impotencia dolor y dilemas éticos que trasgreden el componente profesional y se entrelazan a elementos sociales y personales (7).

Tradicionalmente la herramienta más aceptada para la evaluación de *burnout* es el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI por sus siglas en inglés), el instrumento se compone de 22 ítems, cada uno con puntaje de 0 a 6 basado en la frecuencia auto-informada del sentimiento abordado por cada ítem. El dominio del agotamiento emocional consta de nueve elementos para un rango de puntaje total de 0–54. El dominio de despersonalización consta de cinco elementos para un rango de puntaje total de 0-30. El dominio de logro personal consta de ocho elementos para un rango de puntaje total de 0–48. También existen medidas desarrolladas diferentes al MBI como el Inventario de *Burnout* de Copenhagen, y el Inventario de *Burnout* de Oldenburg, lo anterior producto de la falta de consenso en la definición de *burnout*. Sin embargo, el MBI sigue siendo el *gold standar* actual para la evaluación del *burnout* (8).

Costos asociados del *burnout* en el área de la salud

Las repercusiones en la salud física y mental del *burnout* son por lo general de tipo psicosomático (debilidad e insomnio), síntomas emocionales (ansiedad, depresión e ideación suicida), problemas de actitud (hostilidad, apatía y desconfianza) y problemas de conducta (agresividad, irritabilidad y aislamiento), automedicación y consumo de sustancias entre otros (9-11). Estudios previos han reportado que profesionales de la salud presentan ideación e intentos suicidas más frecuentemente que la población general (12), la tasa de suicidios entre los médicos varones es un 40% más alta que la de otros hombres en la población y la tasa de suicidios entre las médicas es 130% más alta que otras mujeres (8). Adicionalmente son reticentes a hablar sobre la ideación suicida y rara vez buscan ayuda terapéutica o de pares (13). Por otro lado, se ha reportado que los altos niveles de *burnout* en el equipo de salud están relacionados con aumento del 25% de probabilidades de consumir ansiolíticos, antidepresivos y drogas ilegales que tienen influencias significativas en la concentración y el estado de alerta, aumentando la probabilidad de accidentes y errores médicos (8,14).

Además de las repercusiones mencionadas, se han reportado costos económicos y de calidad de la atención médica como consecuencia del *burnout*. Por ejemplo, algunos estudios estadounidenses han estimado que el ausentismo derivado del *burnout* tiene un costo de 17.000 dólares al año, y que cuando el *burnout* es intervenido y reducido en un 30% en profesionales de la salud se logran disminuciones en costos sanitarios que van de 28 a 68 millones de dólares asociado a la disminución de eventos de infecciones urinarias e infecciones intrahospitalarias (15). Así mismo, se ha estimado que el *burnout* es responsable

de un aumento en 18% de la cantidad de errores de medicación, 10% de reducción en la productividad y 17% más de probabilidades de ser nombrado en un juicio por negligencia médica (8,16,17)

Estudios transversales han informado de correlaciones significativas entre *burnout* y satisfacción del médico en el trabajo, así como satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria y adherencia al consejo médico. Estas asociaciones sugieren un impacto potencial del *burnout* en la satisfacción del paciente y las relaciones médico-paciente, con efectos acompañantes en los resultados de la atención médica (8).

El *burnout* también se ha asociado con un aumento en la vulnerabilidad de los pacientes y sus familiares debido al cinismo, frialdad y distanciamiento en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes como un resultado de altos niveles de agotamiento, lo que puede representar un obstáculo para los cuidados paliativos. Así mismo, el aumento en la vulnerabilidad de los profesionales, hace imperativo que ellos mismos aprendan cómo lidiar con el estrés y con el impacto emocional de sus actividades profesionales; por otro lado, es relevante que las instituciones de salud desarrollen una ética organizacional de responsabilidad, creando estrategias para ayudar a sus profesionales a prevenir el *burnout* (18).

Desde que Don Berwick y col. introdujeron el término de triple objetivo en el léxico de la atención médica, este concepto se ha extendido a todos los rincones del sistema de atención en salud. Este enfoque permite optimizar el rendimiento del sistema de salud, ya que propone 3 dimensiones de rendimiento que deben ser acogidas por los entes en salud, a saber: mejorar la salud de las poblaciones, mejorar la experiencia del paciente en la atención y reducir el costo per cápita de la atención médica. Algunos expertos han acuñado el término del cuádruple objetivo, al agregar la mejora de la vida laboral de los proveedores de atención en salud (19).

Factores de riesgo y prevalencia del *burnout*

Los principales factores de riesgo que se han asociado al desarrollo de *burnout* específicamente en profesionales de la salud son de dos tipos: variables de tipo personal (sociodemográficas y de personalidad) y variables de tipo ambiental u organizacional. Aquellas que cuentan con un mayor soporte científico son ser padre soltero, jornadas laborales mayores a 8 horas por día, carga laboral media a alta, falta de autocuidado (20), rasgo de personalidad neurótico, jornadas laborales rotativas, sexo femenino, estado civil soltero y trabajar en unidades de cuidado crítico y urgencias (21).

La prevalencia en los últimos doce meses de *burnout* en profesionales de la salud se ha estimado cercana al 50%, junto con una prevalencia de síntomas de depresión del 39% y de ideación suicida del 6.4%, dichas prevalencias se han encontrado significativamente más altas comparadas con la población general (8,22). Con respecto a los profesionales de la salud que trabajan en UCPs, se han reportado altas tasas de *burnout* sobre todo para contextos oncológicos, siendo factores de riesgo la presión del tiempo (que causa dificultades para establecer una comunicación efectiva), problemas con la transmisión de malas noticias, especialmente cuando se relaciona con un tratamiento curativo ineficaz y la obligación de lidiar con el dolor, el sufrimiento y la muerte. Estudios han mostrado estos factores como los principales contribuyentes para niveles más altos de *burnout*, sobre todo en enfermeras (18).

En el metaanálisis realizado por Parola y cols. concluyen una prevalencia estimada de 15% para personal médico; 18,6% para enfermería y 27% en el grupo de trabajadores sociales (7), cifras que en primer momento podrían considerarse inferiores a lo esperado, sin embargo, el grupo aclara que algunos participantes declararon que no querían participar en el estudio porque sufrían de *burnout*. Este elemento es cardinal al momento de realizar nuevos estudios por cuanto se traducen en un sesgo potencial, ya que los profesionales de la salud que no participaron en los estudios posiblemente podrían ser aquellos que sufren principalmente de *burnout* e incluso haber abandonado los cuidados paliativos (7). En el estudio de Kamal y cols. la tasa de agotamiento no fue significativamente diferente entre médicos y personal no médico en UCPs y hospicios (37.1% vs. 41.9%) (23)

No obstante lo anterior, la evidencia disponible hasta el momento, principalmente de países Europeos y Estados Unidos muestra resultados discordantes, mientras algunos estudios han reportado altos niveles de *burnout* en profesionales que trabajan en UCPs (24), otros reportan que los niveles de *burnout* en dichos profesionales no sobrepasa el 5% (25).

Un estudio de 2016 sobre el agotamiento entre los médicos de hospicio y cuidados paliativos en los Estados Unidos informaron una tasa de agotamiento general del 62%, significativamente mayor al promedio de tasas de agotamiento clínico informadas. El personal médico y no médico que trabaja en cuidados paliativos y hospicios tiene tasas de agotamiento particularmente altas, que podría estar parcialmente relacionado con el aislamiento. Otros factores asociados incluyen trabajar en organizaciones más pequeñas, trabajar más horas, ser menores de 50 años y trabajar los fines de semana. Otras fuentes de agotamiento incluyen aumento de la carga de trabajo, tensiones entre no especialistas y especialistas en cuidados paliativos, y cuestiones regulatorias (11).

En Latinoamérica, son muy pocos los estudios sobre prevalencia de *burnout* y factores asociados en trabajadores de la salud que se desempeñan en UCPs, y para Colombia no se encontró ningún estudio publicado. En general, los datos reportados muestran que para países como México la prevalencia de *burnout* es relativamente baja (26), sin embargo, el tamaño de muestra incluido en dicho estudio es bastante baja (n=30) lo que disminuye la validez externa del estudio. En Brasil, por ejemplo, con un tamaño de muestra más representativo de la población de estudio, se reportó una prevalencia alta de *burnout* en profesionales oncólogos (68.6%). En dicho estudio, también se encontraron como importantes factores protectores para *burnout* el tener suficientes recursos personales y sociales para participar en un pasatiempo, actividad física, tiempo de vacaciones y actividades religiosas (27). En Colombia, el estudio de Bedoya mostró una prevalencia de *burnout* de 10.5%, siendo los auxiliares de enfermería los más afectados y los factores de riesgo más importantes identificados fueron las jornadas de trabajo nocturnas y la falta de capacitación adecuada (28). No obstante, dicho estudio no fue realizado específicamente en trabajadores que se desempeñaran en UCPs e incluyó un tamaño de muestra de solo 50 personas. Un estudio adicional, que incluyó 337 profesionales de la salud colombianos reportó una prevalencia de 5.6% de *burnout*, siendo dicha prevalencia mayor que la reportada para Perú (4.3%), Ecuador (4%) y México (4.2%) (29).

Los cuidados paliativos en Colombia

Para el 2008, el estudio global de mapeo de niveles de desarrollo de cuidados paliativos reportó que en Colombia existían 7 servicios de cuidados paliativos que atendían un radio de

1 persona por cada 6,514 personas de la población (30). Actualmente, según el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, hay 342 servicios de cuidados paliativos a nivel país, siendo Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca las regiones con mayor cantidad de servicios.

En el marco normativo para los cuidados paliativos en Colombia se han presentado algunos avances, por ejemplo, para el 2014 en Colombia entra en vigencia la Ley 1733 que regula los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida (31). Sin embargo, no existe ninguna regulación actual que involucre medidas dirigidas al fortalecimiento de las condiciones laborales y de calidad de vida, de los profesionales y técnicos que trabajan en esta área. Así mismo, no se encontró información publicada que diera cuenta de variables laborales y sociodemográficas relevantes tales como promedio de horas laborales trabajadas, tipos de contratación, carga laboral, ingreso mensual promedio, distribución por sexo y edad, entre otras.

Perspectivas

El *burnout* es un problema creciente en medicina y parece ser especialmente común en los médicos que atienden a pacientes con enfermedades graves (11). Los esfuerzos para abordar el burnout deben considerarse elementos fundamentales de las estrategias nacionales y globales para mejorar la atención en salud, requiere además de esfuerzos a nivel individual, de equipo, e institucional. Los equipos de salud que se encargan de la atención de pacientes con enfermedades graves necesitan encontrar significado en su trabajo y practicar el autocuidado si van a seguir siendo vibrantes, presentes y resistentes a lo largo de una carrera completa (8,11).

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales factores de riesgo relacionados con la presencia de *burnout* en la muestra estudiada?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo para *burnout* en profesionales y técnicos de la salud que lleven trabajando más de 6 meses con pacientes paliativos en Colombia durante el año 2019.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los profesionales de salud que trabajan con pacientes paliativos en Colombia durante el año 2019.

2. Establecer la frecuencia de *burnout* en profesionales y técnicos de la salud que trabajan con pacientes paliativos.
3. Identificar factores asociados para *burnout*, incluyendo psicológicos, laborales y sociodemográficos.
4. Identificar factores de riesgo específicos para *burnout*, incluyendo psicológicos, laborales y sociodemográficos.
5. Proveer un modelo de factores de riesgo para *burnout*, que con la menor cantidad de factores asociados explique la mayor cantidad de varianza de burnout en la muestra analizada.

5. Formulación de hipótesis

No aplica

6. Metodología

6.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio de corte transversal.

6.2 Población y muestra

Población de referencia: Profesionales y técnicos de la salud que lleven trabajando más de 6 meses con pacientes paliativos en Colombia durante el año 2019.

Población objetivo: Profesionales y técnicos de la salud que lleven trabajando más de 6 meses con pacientes paliativos en Colombia durante el año 2019.

Población Accesible: Profesionales y técnicos de la salud que lleven trabajando más de 6 meses con pacientes paliativos en Colombia durante el año 2019.

Tamaño de la muestra:

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1 Criterios de inclusión:

Profesionales y técnicos en salud, debían trabajar en UCPs desde hace al menos 6 meses al momento de la toma de los datos.

6.3.2 Criterios de exclusión:

Personal administrativo que trabajara en UCPs, personal que no respondiera la totalidad del cuestionario, personal de salud que diligenciara de manera errónea e incompleta el cuestionario, personal de salud en proceso de formación académica, quienes rechazaran hacer parte del estudio.

6.4 Tamaño de muestra

Se estimó una muestra mínima de 199 sujetos requeridos para el estudio, esta cifra estuvo sujeta al cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión.

6.5 Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico (muestra por conveniencia) a partir del número de personas, trabajadores de la salud que trabajaran en UCPs desde hace al menos 6 meses al momento de la toma de datos, quienes respondieron un cuestionario realizado a nivel nacional.

6.6 Definición y operacionalización de variables

6.6.1 Definiciones:

Ver tabla anexa en 6.6.2 (Tabla 1)

6.6.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
<i>Burnout</i>	<i>Burnout</i> percibido por el profesional en salud	Cualitativa	Maslach <i>Burnout</i> Inventory. (Ordinal)	Bajo, Moderado, Alto.
Rasgos de personalidad.	Nivel del riesgo de personalidad de los profesionales en salud	Cualitativa	Big Five Inventory. (Ordinal)	Alto nivel o bajo nivel de un rasgo de personalidad específico.
Calidad de vida general.	Calidad de vida de los profesionales de salud	Cualitativa	WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire. (Ordinal)	Altos o bajos niveles de calidad de vida.
Estrés percibido.	Estrés del personal de salud percibida en el último mes.	Cualitativa	Cohen's Perceived Stress Scale. (Ordinal)	Altos o bajos niveles de estrés.
Estado de salud mental	Salud mental del personal en salud en el último mes.	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Cuantitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12. (Nominal) • Patient Health Questionnaire. (Ordinal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocurrencia de síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión. • Escala numérica de 1-10
Resiliencia.	Nivel de resiliencia en el personal de salud.	Cuantitativa	Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	Altos o bajos niveles de resiliencia. Escala de 0 a 4

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
			versión corta (10-items) (Ordinal)	
Carga de trabajo.	Horas de trabajo del personal de salud.	Cuantitativa	Horas (Ordinal)	Horas de trabajo y Horas disponibles fuera del trabajo.
Horario/Turno de trabajo.	Turno de trabajo del personal de salud.	Cualitativa	Turno de trabajo (Nominal)	Mañana, tarde, noche, rotativo.
Características del trabajo.	Lugar donde se llevan a cabo las actividades laborales.	Cualitativa	Lugar de trabajo en cuidados paliativos. (Nominal)	Hospitalización, ambulatorio, hogar de personas mayores especializado.
Productividad en el trabajo.	Afectación de productividad en el personal de salud.	Cualitativa	Escala visual análoga. (Ordinal)	Baja o alta afectación de la productividad laboral por problemas de salud.
Deterioro en las actividades diarias.	Afectación de las actividades diarias.	Cualitativa	Escala visual análoga. (Ordinal)	Baja o alta afectación de las actividades diarias por problemas de salud.
Consumo de sustancias	Frecuencia en consumo de sustancias tales como alcohol, tabaco, medicamentos para dormir/tranquilizantes.	Cualitativa	Escala Likert. (Ordinal)	Frecuencia alta o baja de consumo de alcohol, tabaco, medicamentos para dormir/tranquilizantes.

6.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos

Variables e instrumentos de medida

Burnout: Esta variable será medida por medio de Maslach Burnout Inventory-MBI, el cual es considerado la herramienta estándar para medir *burnout* (32). Este instrumento está conformado por tres subescalas: fatiga emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y logro personal (8 ítems). La calificación de cada ítem varía en una escala que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Los puntos de corte establecidos para *burnout* son de 18 para *burnout* bajo, de 19 a 26 para moderado y >27 indicativo de altos niveles de *burnout* (33). Este instrumento ha sido validado previamente con profesionales de la salud en Colombia, mostrando buenas cualidades psicométricas ($\alpha=0.77$) (34).

Rasgos de personalidad: Esta variable fue medida con el Big Five Inventory, que es uno de los principales modelos para evaluar las dimensiones más importantes de la personalidad: Factor O (Apertura), Factor C (Conciencia), Factor E (Extraversión), Factor A (Adecuación) y Factor N (Neuroticismo). Para este proyecto de investigación se utilizó la versión corta (15 ítems) que ya ha sido validada previamente (35). En Colombia, este instrumento ha mostrado un buen comportamiento psicométrico (36).

Calidad de vida general: Fue medida con el cuestionario de calidad de vida desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire). Consta de 26 ítems que miden cuatro dominios: salud física (7 ítems), salud psicológica (6 ítems), relaciones sociales (3 ítems), salud ambiental (8 ítems), y dos ítems que miden salud general y calidad de vida general. Los puntajes son transformados para reflejar puntajes que van de 4 a 20 puntos, para cada dominio, con altos puntajes reflejando una mejor calidad de vida (37). En Colombia, este instrumento ha mostrado una muy buena consistencia interna en todas sus dimensiones ($\alpha=0.83$ a 0.86) (38).

Estrés percibido: Esta variable se midió con Cohen's Perceived Stress Scale (PSS) que por medio de 10 ítems evalúa la experiencia personal de estrés en el último mes. Altos puntajes reflejan altos niveles de estrés (puntaje 0 a 40) (39). Ha sido validado previamente en Colombia mostrando un adecuado comportamiento psicométrico (40).

Estado de salud mental: Se midió con el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). El GHQ-12 es un instrumento de 12 ítems tipo Likert de 4 puntos, que evalúa el estado de salud mental actual preguntando por la ocurrencia de síntomas somáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión (41). Ha mostrado buena sensibilidad, especificidad, validez de criterio y confiabilidad en estudios previos con profesionales de la salud (42) y en población colombiana (43). El PHQ-9 por su parte, es una escala de 9 ítems auto-aplicada que evalúa síntomas depresivos e ideación suicida en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de gravedad que va de 0 a 3, con un puntaje de 0 a 27 en total; el punto de corte recomendado es ≥ 10 , indicativo de síntomas depresivos de importancia clínica (44). Ha sido validado con anterioridad en población Colombiana, mostrando buenas cualidades psicométricas (45).

Resiliencia: Para medir esta variable se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) versión corta (10-items). Esta escala evalúa la habilidad para afrontar situaciones altamente estresantes y adversas, utilizando una escala que va de 0 (no es cierto del todo) a 4 (cierto casi todo el tiempo) (46). Ha sido previamente validada en población Colombiana, mostrando un adecuado comportamiento psicométrico (47).

Cuestionario de datos sociodemográficos y del trabajo: se utilizará un cuestionario de datos sociodemográfico de diseño propio en donde se indagarán aspectos tales como carga de trabajo (tiempo de trabajo requerido/tiempo disponible), horario/turno de trabajo, características del trabajo (hospitalización, ambulatorio, hogar de personas mayores especializado), productividad en el trabajo y deterioro de la actividad diaria, rango de ingreso mensual, tipo de contrato, género, edad, estado civil, cantidad de hijos, nivel educativo, consumo de sustancias (alcohol, tabaco, fármacos prescritos) tiempo trabajando en cuidados paliativos y antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

Toma de datos

La aplicación de las escalas se realizó vía online. Por medio de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP), se envió un correo a profesionales y técnicos que trabajaban en cuidados paliativos en toda Colombia en donde se les explicó el objetivo del estudio y se les dio acceso a un link en Google docs que incluía el consentimiento informado y las escalas de medida. Dado que todas las escalas a utilizar estaban diseñadas para ser diligenciadas de manera auto-aplicada, la posibilidad de incurrir en sesgo de medición es mínimo. La ACCP se encargó de recomendar a los participantes del estudio que el diligenciamiento de las escalas de medida se realizara en lugar tranquilo, sin ruido y preferiblemente en un horario distinto al laboral.

6.8 Plan de procesamiento de muestras biológicas

No aplica

6.9 Plan análisis de datos

Los datos se expresaron en conteos (proporciones) y medianas (p25-p75). Se utilizó una tabla de dos vías para presentar la frecuencia de trabajadores con burnout severo y características sociodemográficas y clínicas específicas. La distribución de horas laborales se presentó en diagramas de puntos y de cajas y bigotes; esta última presentación se utilizó para comparar visualmente las medianas de horas laborales en trabajadores con o sin burnout severo. La frecuencia de trabajadores con burnout severo se presentó en intervalos de confianza para la proporción y en diagramas circulares para los conteos, adicionalmente, se utilizaron diagramas de barras combinadas para expresar la frecuencia de trabajadores con burnout severo y antecedente de enfermedades mentales o que usaron sustancias o medicamentos con efectos psicotrópicos. Se utilizó el lenguaje de programación R-Studio y el paquete estadístico JASP (Version 0.14.1) [Computer software]) para analizar los datos.

6.10 Alcances y límites de la investigación

El resultado del presente estudio será presentado en revistas académicas para su publicación.

7. Aspectos éticos

Este proyecto se realizó bajo la modalidad de estudio con diseño de corte transversal con recolección de datos de forma prospectiva.

El presente estudio es de riesgo mínimo conforme la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, dado que se contó con información psicológica o física de los individuos en estudio, tales como estado civil, rasgos de personalidad entre otros, por lo anterior se solicitó consentimiento informado para participar en el presente estudio y en futuros proyectos conexos.

El estudio fue dirigido a personal de salud que llevara trabajando por más de 6 meses en UCPs, toda vez que se confirmara consentimiento informado, lo anterior previa autorización por comité de ética de SIES Salud IPS. Dado riesgo de vulnerabilidad, se realizó protección de datos y se mantuvo anonimato de la información, en caso de detección de elementos de riesgo se activaron protocolos de protección y cuidado a la población en estudio.

8. Resultados

Características generales.

Se recogieron datos de 58 trabajadores que en el escenario laboral atendían pacientes en UCPs y todos los cuestionarios fueron diligenciados a completitud.

Al menos la mitad de los trabajadores eran mujeres, más de 90% trabajaban en Cundinamarca, seguido de Antioquía, y aproximadamente 90% eran casados o vivían en unión libre; tres de cada cinco trabajadores no tenían hijos y un tercio tenía entre 1 y 2 hijos. El nivel educativo en tres de cada cuatro trabajadores era al menos especialista, más del 80% de los encuestados eran médicos, trabajaban principalmente en servicios de hospitalización o en el escenario ambulatorio, en horarios diurnos o todo el día, y cerca del 60% tenía una antigüedad de al menos 3 años (Tabla 1).

Por otra parte, 25% de los trabajadores tiene un ingreso económico mensual mayor a 10 millones de pesos, la mitad tenía ingresos de al menos 5 millones de pesos y uno de cada cinco tenía ingresos de 1.5 millones o menores (dato no mostrado). Cabe resaltar que uno de cada cinco no tenía contrato laboral y 50% de los trabajadores tenían contrato de tipo 4 o 5,

seguido del 25% que tenía contrato de tipo 0 y otro tipo dos de cada cinco contrato a término indefinido (datos no mostrados).

Con respecto a la salud mental, 81% no sufría de enfermedades psiquiátricas, pero 13.8% tenía depresión; uno de cada cuatro (14/58) consumía alcohol dos a cuatro veces por mes, 85% no fumaba, cuatro consumían tranquilizantes y, aproximadamente uno de cada cinco utilizó relajantes musculares una o dos veces (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de *Burnout* severo y características sociodemográficas o clínicas.

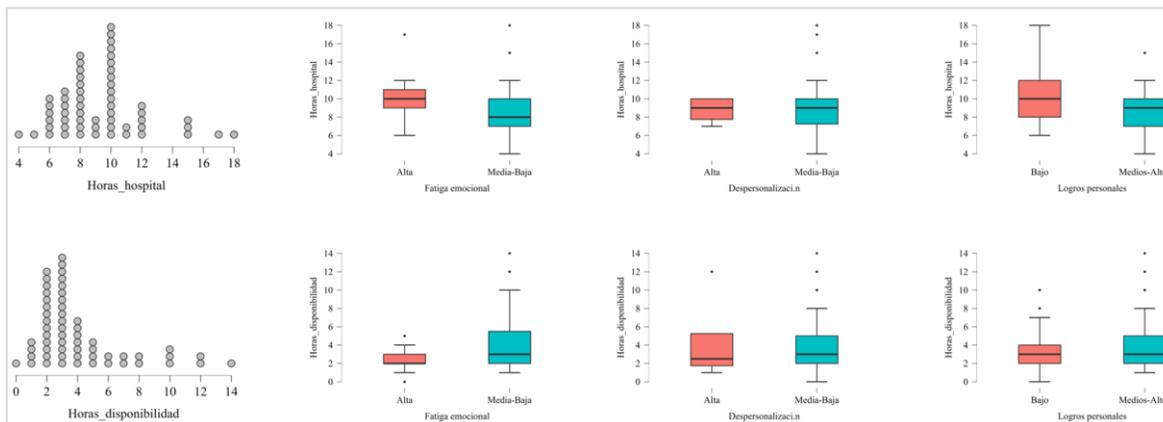
Características generales	F. emocional	Despersonalización	L. personales	N: 58
Sexo				
Mujer	6/11	3/4	12/18	32 (55.2)
Hombre	5/11	1/4	6/18	26 (44.8)
Departamento				
Cundinamarca	9/11	2/4	14/18	37 (63.8)
Antioquía	1/11	1/4	1/18	16 (27.6)
Casanare	1/11	1/4	2/18	2 (3.4)
Bogotá	0/11	0/4	1/18	1 (1.7)
Santander	0/11	0/4	0/18	1 (1.7)
Otro	0/11	0/4	0/18	1 (1.7)
Estado civil				
Casado	7/11	4/4	8/18	27 (46.6)
Unión libre	0/11	0/4	1/18	26 (44.8)
Divorciado	0/11	0/4	0/18	4 (6.9)
Soltero	4/11	0/4	9/18	1 (1.7)
Número de hijos				
0	4/11	0/4	9/18	36 (62.1)
1	2/11	0/4	4/18	10 (17.2)
2	5/11	4/4	5/18	10 (17.2)
3	0/11	0/4	0/18	2 (3.4)
Nivel educativo				
Técnico	0/11	0/4	1/18	1 (1.7)
Profesional	1/11	1/4	2/18	13 (22.4)
Especialista	9/11	3/4	14/18	36 (62.1)
Maestría	1/11	0/4	1/18	8 (13.8)
Tipo de profesional				
Médico	10/11	4/4	16/18	50 (86.2)
Psicólogo	1/11	0/4	1/18	3 (5.2)
Enfermero	0/11	0/4	0/18	2 (3.4)
Otro	0/11	0/4	0/18	2 (3.4)
Trabajador social	0/11	0/4	1/18	1 (1.7)
Área de cuidados paliativos				
Hospitalización	5/11	2/4	7/18	22 (37.9)
Hospitalización/Ambulatorio	3/11	1/4	6/18	21 (36.2)
Ambulatorio	2/11	0/4	2/18	11 (19.0)
Administrativo/Gerencial	0/11	0/4	2/18	3 (5.2)
Todas las anteriores	1/11	1/4	1/18	1 (1.7)
Horario de trabajo				
Diurno	4/11	2/4	9/18	28 (48.3)
Tarde	0/11	0/4	0/18	1 (1.7)
Rotativo	2/11	2/4	1/18	5 (8.6)
Todo el día	5/11	0/4	8/18	24 (41.4)
Tiempo en UCPs (años)				
<1	1/11	0/4	3/18	12 (20.7)
1-<2	4/11	1/4	6/18	12 (20.7)
2-<3	3/11	1/4	4/18	10 (17.2)
3-5	1/11	0/4	2/18	10 (17.2)
>5	2/11	2/4	3/18	14 (24.1)

En negrita se resaltan las frecuencias más altas por cada variable descrita. UCPs: Unidades de Cuidados Paliativos.

En la Figura 1 se presenta la distribución de horas semanales laboradas dentro del escenario de trabajo y de disponibilidad fuera del trabajo. La mediana (p25-p75) de horas trabajadas por semana dentro del escenario laboral fueron 9 (7-10) y fuera de este en condición de disponibilidad fue 3 (2-5). La mayoría de trabajadores laboraba 10 horas semanales dentro del hospital y 2-3 horas en condición de disponibilidad (Figura 1, gráficos de puntos).

Se observó que la mediana de horas de trabajo dentro del hospital fue más alta en pacientes con burnout severo establecido en las dimensiones de fatiga emocional (**10 horas** Vs 8 horas) y logros personales (**10 horas** Vs 9 horas), sin embargo, no se observaron diferencias aparentes en la mediana de tiempo de disponibilidad al comparar los subgrupos de trabajadores clasificados con o sin *burnout* severo.

Figura 1. Distribución de horas laborales en trabajadores de UCPs con o sin Burnout severo.



Los gráficos de puntos (dotplots) que se encuentran a la izquierda de la figura presentan

Frecuencia de Síndrome de *burnout* en trabajadores de UCPs.

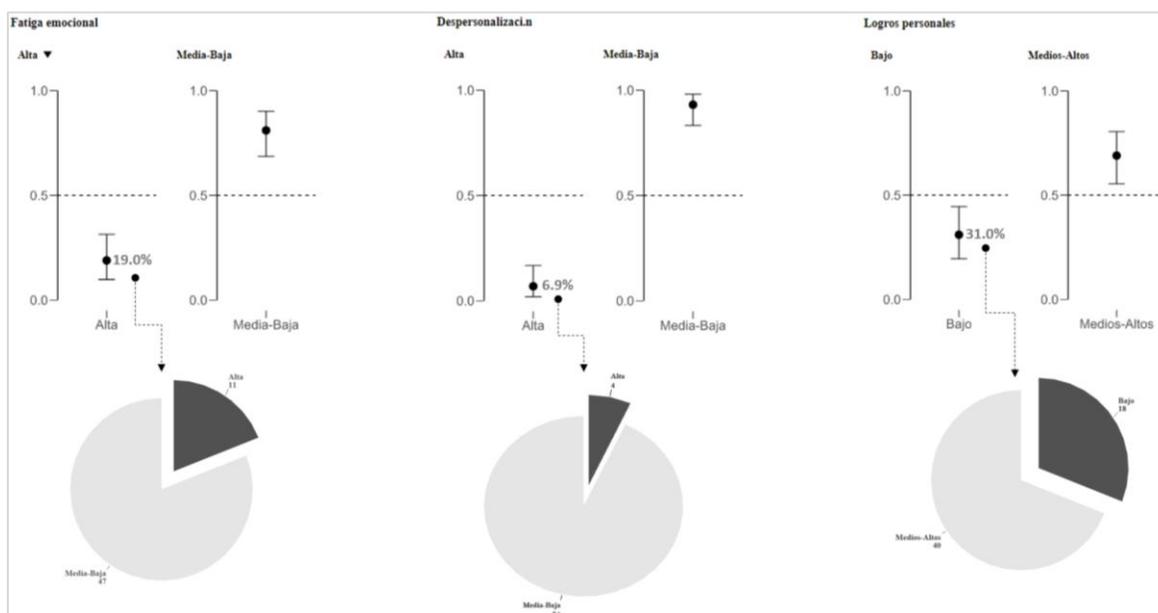
Aproximadamente uno de cada cinco trabajadores de la salud que laboran en UCPs podría ser calificado con *burnout* severo según la dimensión de fatiga (cansancio) emocional, entre 5-10% según la dimensión despersonalización y cerca de un tercio según la dimensión de logros personales (Figura 2).

La frecuencia global de trabajadores de la salud clasificados con altas puntuaciones en las dimensiones fatiga (cansancio) emocional o despersonalización, y baja puntuación en la dimensión de realización personal *burnout* severo) fue 3.4% (2/58); asimismo, la frecuencia de trabajadores con puntuaciones medias en las tres dimensiones (*burnout* moderado), fue 3.4% (2/58).

La mayor ocurrencia de trabajadores con *burnout* severo se identificó en mujeres, trabajadores de UCPs localizadas en Cundinamarca, en estado civil casado, con ninguno o dos hijos, en trabajadores con nivel académico de especialista, en médicos como profesión de base, que laboraban en el área de hospitalización, en horarios diurno o durante todo el día y en trabajadores que laboraban en UCPs desde hace 1-2 años (Tabla 1).

La ocurrencia de *burnout* severo en trabajadores con historia de enfermedades mentales fue baja, los casos se identificaron predominantemente en trabajadores con historia de depresión, y solo fueron identificados en las dimensiones de fatiga emocional y logros personales (Figura 3a).

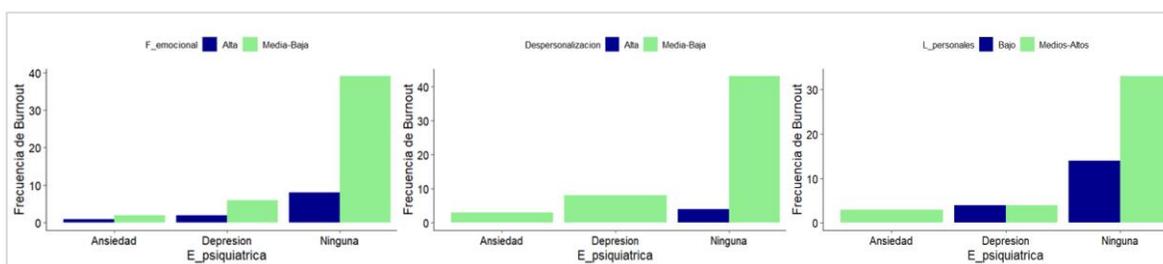
Figura 2. Frecuencia de *Burnout* por dimensiones del MASLACH entre trabajadores de UCPs.



En el eje lateral derecho de las figuras superiores se expresa la frecuencia de *burnout* severo en función de probabilidad (0: 0%; 1: 100%). Los intervalos de confianza indican la proporción de *burnout* severo según cada dimensión del instrumento MASLACH, con intervalos de confianza al 95% (default). Los diagramas circulares presentan el conteo de trabajadores identificados con *burnout* severo (fracción gris oscura excéntrica) en cada dimensión del instrumento MASLACH.

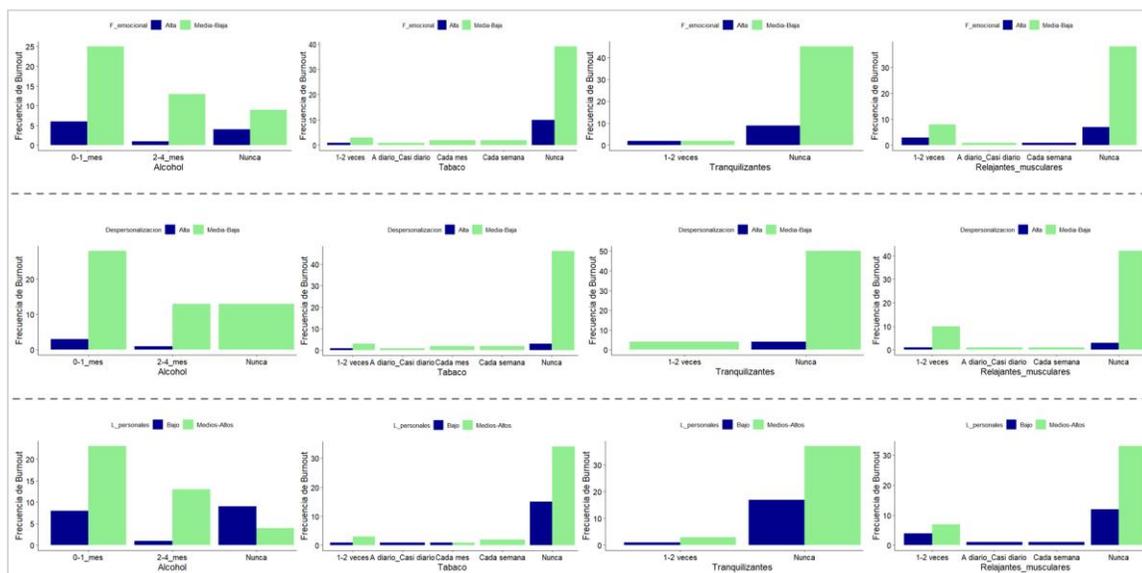
El mayor número de trabajadores con burnout severo que refirieron consumir alcohol, lo hacían hasta una vez al mes; los que consumían tabaco o tomaban tranquilizantes, lo hacían 1-2 veces por mes; y los que tomaban relajantes musculares, lo hacían 1-2 veces por mes o hasta semanalmente, sí se identificaron con burnout severo según la dimensión de logros personales (Figura 3b).

Figura 3a. Frecuencia de Burnout Severo en trabajadores de UCPs con enfermedad mental.



F_emocional: fatiga emocional, **L_personales:** logros personales, **E_psiquiátrica:** enfermedad psiquiátrica. Los casos identificados de trabajadores con burnout severo según cada dimensión del instrumento MASLACH se presentan en color azul oscuro.

Figura 3b. Frecuencia de *burnout* severo en trabajadores de UCPs que usan sustancias psicotrópicas.



F_emocional: fatiga emocional, **L_personales:** logros personales, **E_psiquiátrica:** enfermedad psiquiátrica. Los casos identificados de trabajadores con burnout severo según cada dimensión del instrumento MASLACH se presentan en color azul oscuro.

Cambios psicológicos en trabajadores de UCPs clasificados con burnout severo.

En la tabla 2 se presentan los puntajes medianos de escalas psicométricas aplicadas a trabajadores de la salud con o sin *burnout* severo.

Al aplicar el instrumento Big Five se identificó que los trabajadores con *burnout* severo presentaron medianas más bajas que los pacientes sin burnout severo en las dimensiones A y C. Además, se observó que la calidad de vida evaluada con el instrumento WHOQOL-BREF fue más baja en pacientes con *burnout* severo, principalmente en trabajadores clasificados con *burnout* en la dimensión de logros personales.

De otra parte, tanto el estrés percibido medido con el instrumento PSS, los síntomas emocionales medidos con el instrumento Goldberg GHQ-12, como los síntomas depresivos medidos con el instrumento PHQ-9, presentaron puntajes más altos en trabajadores con *burnout* severo. Por último, solo en trabajadores de la salud clasificados con burnout severo en las dimensiones de despersonalización y logros personales, se observaron medianas más elevadas de resiliencia.

Tabla 2. Medianas de puntajes psicométricos en trabajadores con o sin Burnout severo.

Variables	Burnout severo					
	Fatiga emocional		Despersonalización		Logros personales	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
BIGFIVE						
O	17(16-18)	17(15-18)	16(16-17)	17(15-18)	17(13-18)	17(15-18)
C	17(16-18)	18(16-17)	17(15-18)	17(16-19)	16(13-17)	18(16-19)
E	14(12-17)	14(12-17)	15(13-17)	14(12-17)	14(11-15)	14(12-17)
A	16(14-17)	18(16-19)	13(12-15)	17(16-19)	16(14-17)	18(16-19)
N	11(8-12)	10(6-12)	10(8-12)	10(7-12)	10(7-13)	9(6-11)
WHOQOL-BREF	85(75-90)	93(85-101)	86(83-88)	93(83-100)	83(73-91)	94(88-103)
PSS	19(14-19)	12(9-16)	19(17-19)	12(10-17)	17(14-19)	11(9-14)
Goldberg GHQ-12	11(7.5-18)	8(6-11)	11(10-12)	8(6-11)	10(7-14)	8(6-11)
PHQ-9	9(4-10)	3(2-5)	4(3-6)	3(2-6)	6(3-8)	3(2-4)
Connor-Davidson	22(20-22)	22(20-24)	20(19-21)	22(20-24)	20(16-22)	22(21-24)

WHOQOL-BREF: Quality of Life Questionnaire, PSS: Cohen's Perceived Stress Scale, Goldberg GHQ-12: salud general, PHQ-9: Patient Health Questionnaire, Connor-Davidson: Escala de Resiliencia.

9. Discusión

Esta investigación permitió determinar la frecuencia de SB en trabajadores de salud que laboran en diferentes escenarios de UCPs, y adicionalmente, permitió identificar características demográficas, sociales, clínicas y variables psicométricas asociadas al SB severo.

En Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) se ha estimado una prevalencia agrupada (pooled) de SB del 67% entre trabajadores de la salud, oscilando entre 0 y 80.5%, posiblemente influenciada por los diseños metodológicos de los estudios primarios, instrumentos de medición aplicados para determinar la prevalencia, la definición y puntos de corte para clasificar trabajadores con *burnout*, entre otras variables que aumentan la heterogeneidad estadística (8, 11, 48). Al clasificar por especialidad clínica, la prevalencia de SB osciló entre 3.8% en radiólogos oncólogos y 80.5% en radiólogos generales, y específicamente, en médicos especialistas en Cuidados Paliativos se ha estimado una prevalencia de 31.6% (IC95%, 8.5-69.8%) (48).

En esta investigación, dada la carencia de un muestreo probabilístico, no se estimó la prevalencia de burnout, sin embargo, la frecuencia de *burnout* severo o de *burnout* moderado fue menor a 5%, frecuencia inusual entre trabajadores de UCPs (48-50). Cabe mencionar que la frecuencia calculada corresponde a trabajadores que, concurrentemente, en las tres dimensiones del Inventario Maslach clasificaron con *burnout* severo (3.4%) o *burnout* Moderado (3.4%), dado que la frecuencia de *burnout* severo en al menos una de las dimensiones del Maslach (global), fue 37.9% (dato no mostrado).

La mayoría de investigaciones que aplican el Inventario Maslach para medir la prevalencia de SB, consistentemente reportan la prevalencia por cada dimensión del Inventario que, en

nuestra investigación (frecuencia) osciló entre 6.9% en la dimensión de Despersonalización y 31.0% en la dimensión de Logros personales (Figura 2) (49, 51-54).

El SB en trabajadores se ha asociado a variables y condiciones sociodemográficas, y es posible que la obtención de datos a partir de encuestas diligenciadas por trabajadores de la salud que laboraban en el área de cuidados paliativos, en unidades o áreas, localizadas en diferentes departamentos de Colombia influyera en los resultados obtenidos (55).

En esta investigación más de 90% de los trabajadores de la salud encuestados vivían en Antioquia o Cundinamarca, sin embargo, al menos tres de cada cinco vivían en Antioquia, departamento que según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y el Análisis de Situación de Salud colombiana difiere en términos de estructura poblacional (sexo, edad), orientación de actividad económica, costumbres y tradiciones familiares, y otras características sociales relacionadas directamente, como variables mediadoras o de interacción, en la frecuencia y distribución de síndrome de *burnout*, especialmente en trabajadores de la salud del área de cuidados paliativos o que prestan servicios a pacientes en condición de discapacidad (55-58).

La ocurrencia de *burnout* severo fue variable entre trabajadores a través de las características sociodemográficas y clínicas estudiadas, y aunque es relevante identificar patrones o características que identifiquen o agrupen a los trabajadores con *burnout* severo, las características relacionadas con el *burnout* son dependientes del escenario donde se realice la investigación y las variables recogidas.

Por ejemplo, se determinó que trabajadores de dos penitenciarías en Brasil con bajos puntajes en la dimensión de logros personales consumían altos niveles de alcohol. Cabe aclarar que en la investigación desarrollada en penitenciarías el consumo de alcohol también se asoció a otras características sociodemográficas, como el sexo masculino, consumo de tabaco o prácticas religiosas específicas (59, 60).

Contrario a lo descrito en el estudio de las penitenciarías, en esta investigación desarrollada en un escenario intrahospitalario, con objetivos y población blanco diferente, se observó mayor ocurrencia de *burnout* severo en mujeres, así como en trabajadores casados, con ninguno o dos hijos, y en médicos o en trabajadores con nivel académico de especialistas. Es posible que la distribución de *burnout* severo descrita se deba a que la mayoría de médicos o especialistas eran mujeres (datos no mostrados), diferente a los hallazgos en el estudio de las penitenciarías, donde la mayoría de características se asociaron a los hombres.

La frecuencia de SB severo estimada entre trabajadores de UCPs, con cada dimensión del instrumento Maslach, pudo diferir sustancialmente de la descrita o estimada en otras investigaciones que incluyeron trabajadores de UCPs entre otros escenarios de la salud (48-50, 52). En una Revisión Sistemática de la Literatura que incluyó investigaciones que determinaron la prevalencia de SB en médicos, se identificó al instrumento como una variable que aumenta la heterogeneidad en la estimación agrupada de la prevalencia (0-80.5%), efecto posiblemente relacionado con cambios finos o gruesos en la definición o criterios para identificar personas con *burnout* (48). Más de la mitad de las investigaciones (108/182, 59.3%) aplicaron la versión completa del instrumento Maslach, difiriendo entre ellas en los puntos de cortes para definir SB severo en cada dimensión; en otras investigaciones se aplicó la versión acortada del instrumento Maslach, que contrario al que

aplicamos incluye 12 de los 22 ítems; adicionalmente, también aplicaron el cuestionario de Astudillo y Mendinueta, la prueba modificada de 54 ítems de Compasión/Satisfacción/Fatiga, el inventario de 17 ítems de Copenhagen, el inventario de 40 ítems de Hamburgo, entre otros (48).

No solo las características sociodemográficas han demostrado asociación con el SB, también algunos patrones psicológicos, rasgos del comportamiento, enfermedades o características relacionadas con la salud mental y variables que miden los vínculos del individuo con redes de apoyo, ergo, la sociedad, se han asociado al SB (61-64).

Por ejemplo, investigadores en Tel Aviv propusieron la hipótesis que algunos factores de la personalidad podrían explicar o predecir el *burnout* y se demostró que, en la población general de trabajadores, las dimensiones de conciencia y neuroticismo, que hacen parte del instrumento Big Five, se asociaron con diferentes perfiles de *burnout* (Maslach, 22 ítems), de forma diferencial en hombres y mujeres (61).

Por otra parte, en médicos especialistas en cuidados paliativos, que en su mayoría eran mujeres (70%), con 40 o más años de edad (71%), con más de 11 años de práctica clínica en el área de cuidados paliativos (68%), que trabajaban más de 40 horas por semanas (67%), la resiliencia medida con el instrumento Connor-Davidson se asoció diferencialmente, según el grupo de edad y sexo, con altos grados de *burnout* (Maslach, Versión ajustada a médicos). En esta investigación, desarrollada en Canadá, al menos un tercio de los médicos presentó alto grado de *burnout* y los autores concluyeron que las estrategias preventivas podrían incrementar en alguna medida la resiliencia a nivel individual (62).

Los resultados de esta investigación dieron cuenta de *burnout* severo en trabajadores de UCPs con enfermedades mentales tales como ansiedad y depresión, adicionalmente, presentaron rasgos de menor amabilidad, menor calidad de vida y mayor nivel de estrés percibido y síntomas depresivos.

Cabe mencionar varias limitaciones de la presente investigación que posiblemente afectaron los resultados descritos. La primera es el método de recolección de los datos, donde la virtualidad, la extensión de ítems incluidos en el cuestionario y la localización de la sección que incluyó los ítems del inventario Maslach pudieron fatigar y afectar el desempeño del encuestado. La segunda limitación se relaciona con la carencia de validación de contenido de los ítems relacionados con variables sociales y demográficas. La tercera se relaciona con la muestra, dado que la carencia de una muestra probabilística, suficiente, limitó el chance de estimar la prevalencia de *burnout* severo entre trabajadores de UCPs, así como la posibilidad de realizar pruebas de hipótesis para comparar entre variables, ergo, la identificación de factores de riesgo o de protección de *burnout* severo que estaban previstos en los objetivos específicos de esta investigación.

Podemos concluir que entre los trabajadores de UCPs encuestados en Colombia la frecuencia de *burnout* severo osciló entre 6.9-31%, fue mayor en mujeres y altamente variable a través de otras variables sociodemográficas. Asimismo, se identificaron casos en trabajadores con historia de enfermedad mental, y los pacientes con *burnout* severo presentaron menor calidad de vida, mayor nivel de estrés percibido y síntomas depresivos.

En siguientes investigaciones es necesario aplicar metodologías o estrategias logísticas orientadas a disminuir los efectos del diligenciamiento virtual de los cuestionarios y la fatiga

esperada en los encuestados durante el desarrollo de cuestionarios que incluyen múltiples instrumentos psicométricos.

No obstante, los resultados descritos, principalmente la frecuencia de *burnout* severo calculada en la dimensión de logros personales del instrumento Maslach, son un recurso que permiten generar una alerta o alarma entre administradores del sistema de salud para monitorear y proponer estrategias preventivas del SB entre trabajadores de la salud que se desempeñan en UCPs y para optimizar el diseño metodológico con el objeto de identificar factores de riesgo y protectores de *burnout* severo.

10. Administración del proyecto

10.1 Presupuesto

RUBROS	FUENTE DE FINANCIACIÓN	TOTAL
Relacione los gastos que ud puede tener, ejemplo investigadores, asesor, insumos, y otras	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
Investigadores	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
Insumos	\$ 500.000	\$ 500.000
TOTAL	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000

10.2 Cronograma

11. Referencias

1. Stjernswärd J. Palliative Care: The Public Health Strategy. 2007 May; 33(5):486-93.
2. Connor SR, Sepulveda MC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance; Hospice House, London: 2014.
3. Hudson P, Aranda S, Kristjanson L. Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. 2004 Feb;7(1):19-25.
4. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1974 Mar;30(1):159–65.
5. Zipple AM, Hoops BK. The truth about burn-out: How organizations cause personal stress and what to do about it. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1999 Fall;23(2):194.
6. Zanatta F, Maffoni M, Giardini A. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. Supportive Care in Cancer. 2020;28(3):971.
7. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2017 Jul;15(7):1905–33.
8. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of internal medicine. 2018 Jun;283(6):516–29.
9. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2012 Nov;49(11):1411–22.
10. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. International journal of behavioral medicine. 2010 Dec;17(4):306–13.
11. Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. The Medical clinics of North America. 2020 May;104(3):561–72.
12. Schernhammer E, Colditz G. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). American Journal Of Psychiatry. 2004 Dec 1;161(12):2295–302.
13. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960). 2011 Jan;146(1):54–62.
14. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X. Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. Work and Stress;30(2):173–92.
15. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. American journal of infection control. 2012 Aug;40(6):486–90.
16. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA. 2009 Sep 23;302(12):1294–300.

17. Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *The American journal of nursing*. 2012 Feb;112(2):30.
18. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing ethics*. 2011 May;18(3):317–26.
19. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*. 2014 Nov;12(6):573–6.
20. Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A, Palazón-Bru A, Gil-Guillén VF, Cortés-Castell E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of nursing management*. 2018 Jan;26(1):19–25.
21. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International journal of nursing studies*. 2015 Jan;52(1):240–9.
22. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic proceedings*. 2015 Dec;90(12):1600–13.
23. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of pain and symptom management*. 2016 Apr;51(4):690–6.
24. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, Ong YJ, Yong WC, Ong WY, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliative medicine*. 2015 Jul;29(7):633–42.
25. Hernández-Marrero P, Pereira SM, Carvalho AS. Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout Protective Factor? Results From a Mixed-Methods Multicenter Study in Portugal. *The American journal of hospice & palliative care*. 2016 Sep;33(8):723–32.
26. Alderete Aguilar C, Ascencio-Huertas L. Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Psicología y Salud*. 2015 ;25(1):73–81.
27. Glasberg J, Horiuti L, Novais MAB, Canavezzi AZ, da Costa Miranda V, Chicoli FA, et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*. 2007 Jan;53(1):85–9.
28. Bedoya Marrugo EA. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. *Medisan*. 2017 Nov 1;21(11).
29. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*. 2009 Jan 1;83(2):215–30.

30. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *Journal of pain and symptom management*. 2008 May;35(5):469–85.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ Cuidados Paliativos. In: Social MdSyP, editor.: Gobierno de Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>.
32. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. Validation of the Maslach Burnout Inventory--General Survey: An Internet study. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 2002;15(3), 245–60.
33. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*. 2001 Sep;16(5):565-82
34. Córdoba L, Tamayo JA, González MA, Martínez MI, Rosales A, Barbato SH. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Medica*. 2011 Sep; 42(3):286-293.
35. Lang FR, John D, Lüdtke O, Schnupp J, Wagner GG. Short assessment of the Big Five: robust across survey methods except telephone interviewing. 2011 Jun;43(2):548-67.
36. Pereira-Morales AJ, Adan A, Forero DA. Network analysis of multiple risk factors for mental health in young Colombian adults. *J Ment Health*. 2019 Apr;28(2):153-160.
37. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004 Mar;13(2):299-310.
38. Cardona-Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljadue-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015 Apr;33(1):50-57.
39. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983 Dec;24(4):385-96.
40. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014 July; 62(3):1-24.
41. Goldberg, David P., Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-NELSON, 1991.
42. Gouveia VV, Barbosa GA, Oliveira Andrade ED, Carneiro MB. Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in the Brazilian physician population. *Cad Saude Publica*. 2010 Jul;26(7):1439-45.

43. González, IC., Arboleda, CZ., Roldan, LF. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2013. 31, 532-545.
44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
45. Miranda CAC, Scoppetta O. Factorial structure of the Patient Health Questionnaire-9 as a depression screening instrument for university students in Cartagena, Colombia. *Psychiatry Res*. 2018 Nov;269:425-429.
46. Campbell-Sills, L., Stein, MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*. 2007. 20 6, 1019-28 .
47. Riveros Munévar F, Bernal Vargas L, Bohórquez Borda D, Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud soc*. 2016 Dec;7(2):130-7.
48. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150.
49. Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Ramírez-Baena L, Membrive-Jiménez MJ, et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 21;17(20):7672.
50. Dijkhoorn AQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliat Med*. 2021 Jan;35(1):6-26.
51. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliat Support Care*. 2019 Jun;17(3):269-275.
52. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Retraction of "Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Professionals From 2016 Apr;51(4):690-6". *J Pain Symptom Manage*. 2020 May;59(5):965.
53. Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J*. 2007 Oct;37(10):693-8.
54. Dréano-Hartz S, Rhondali W, Ledoux M, Ruer M, Berthiller J, Schott AM, et al. Burnout among physicians in palliative care: Impact of clinical settings. *Palliat Support Care*. 2016 Aug;14(4):402-10.
55. Llorent VJ, Ruiz-Calzado I. Burnout and its relation to sociodemographic variables among education professionals working with people with disabilities in Córdoba (Spain). *Cien Saude Colet*. 2016 Oct;21(10):3287-3295.

56. Fernández Sánchez JC, Pérez Mármod JM, Peralta Ramírez MI. Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos [Influence of sociodemographic, occupational and life style factors on the levels of burnout in palliative care health professionals]. *An Sist Sanit Navar*. 2017 Dec 29;40(3):421-431.
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia. Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
58. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2020. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
59. Campos JA, Schneider V, Bonafé FS, Oliveira RV, Maroco J. Burnout Syndrome and alcohol consumption in prison employees. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Mar;19(1):205-16.
60. Demir Zencirci A, Arslan S. Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croat Med J*. 2011 Aug 15;52(4):527-37.
61. Armon G, Shirom A, Melamed S. The big five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *J Pers*. 2012 Apr;80(2):403-27.
62. Wang C, Grassau P, Lawlor PG, Webber C, Bush SH, Gagnon B, Kabir M, Spilg EG. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. *BMC Palliat Care*. 2020 Nov 6;19(1):169.
63. Asante JO, Li MJ, Liao J, Huang YX, Hao YT. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jul 3;19(1):447.
64. Woon LS, Tiong CP. Burnout, Mental Health, and Quality of Life Among Employees of a Malaysian Hospital: A Cross-sectional Study. *Ann Work Expo Health*. 2020 Nov 16;64(9):1007-1019.

12. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado