



Tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de *burnout* en el personal de salud en tiempos de la Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética*

John Camilo García Uribe^a ■ Luz Adriana Espinal Espinal^b
■ Irma del Carmen Canestero Montoya^c ■ Santiago Henao Villegas^d
■ María Osley Garzón Duque^e

Resumen: esta es una revisión bibliométrica sobre el síndrome de *burnout* que afectó a profesionales de la salud en tiempos de la Covid-19, los conflictos éticos que lo preceden y suceden, y las estrategias para combatirlo. **Metodología/enfoque:** se hizo una revisión bibliométrica en la que se identificaron, de manera sistemática, artículos de revisión, estudios transversales, metaanálisis y estudios cualitativos de todo el mundo. Una vez aplicados los filtros de selección, se analizaron los resultados con el método deliberativo de Diego Gracia. **Resultados:** se identificaron cuatro subtemas principales, incidencia del *burnout* durante la pandemia de la Covid-19, estresores éticos que favorecen al síndrome de *burnout*, consecuencias de este síndrome y estrategias para prevenirlo y combatirlo. Cada subtema se describe desde los ámbitos individuales, institucionales y sociales. **Discusión/conclusiones:** se argumenta con la teoría de Diego Gracia y se presenta una jerarquización de principios éticos implicados en el *burnout*; existen factores que favorecen la aparición de esta enfermedad profesional con un profundo calado bioético, en el que subyacen problemas de reconocimiento moral y económico, equidad, seguridad laboral, deber de cuidar, buena práctica médica y el bienestar del paciente, la familia y la sociedad en general. De igual, forma, las consecuencias del síndrome tienen repercusiones en los ámbitos sociales, institucionales e individuales, por lo que las intervenciones para su prevención y atención deben de igual forma tener un enfoque pluralista y diverso desde lo macro, meso y micro. En este sentido, es necesario fortalecer las estrategias de investigación y educación, para comprender, explicar y abordar el fenómeno de una forma integral.

Palabras clave: bioética; *burnout*; agotamiento profesional; ética basada en principios; sufrimiento moral; pandemia por Covid-19

Recibido: 04/06/2021 **Aceptado:** 19/11/2022 **Disponible en línea:** 30/06/2023

Cómo citar: García Uribe JC, Garzón Duque MO, Espinal Espinal LA, Henao Villegas S, Canestero Montoya I del C. Tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal de salud en tiempos de la Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 30 de junio de 2023];23(1):61-84. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5816>

-
- * Artículo de revisión, producto de una investigación del grupo Etices, de la Universidad CES.
 - a Magíster en bioética de la Universidad CES; estudiante de doctorado de la Universidad El Bosque; enfermero; Grupo de investigación Salud Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud. Corporación Universitaria Remington. Calle 51 n.º 51-27, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: john.garcia@uniremington.edu.co ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3810-5583>
 - b Magíster en bioética de la Universidad CES; especialista en Epidemiología; médica de la Universidad de Antioquia; epidemióloga del Instituto Neurológico de Antioquia, Medellín.
Correo electrónico: espinal.luz@uces.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6041-8949>
 - c Magíster en Bioética de la Universidad CES; especialista en Auditoría en Salud; médica de la Universidad de Antioquia; directora médica del Instituto Neurológico de Antioquia, Medellín.
Correo electrónico: canestero.irma@uces.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3159-4139>
 - d Doctor en Bioética; magíster en Medicina Preventiva; médico veterinario; docente e investigador del grupo de investigación Etices, de la Universidad CES, Medellín.
Correo: shenao@ces.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0519-7001>
 - e Doctora en Epidemiología; administradora en Salud; docente de la Universidad CES. Medellín.
Correo electrónico: mgarzon@uces.edu.co ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7261-3146>

Ethical Tensions; Causes and Consequences of Burnout Syndrome in Health Personnel During Covid-19: A Review and Analysis from a Bioethical Perspective

Abstract: this is a bibliometric review of the burnout syndrome that affected health professionals during Covid-19, the ethical conflicts that precede and follow it, and the strategies to combat it. Methodology/approach: a bibliometric review was carried out in which review articles, cross-sectional studies, meta-analyses, and qualitative studies from all over the world were systematically identified. Once the selection filters were applied, the results were analyzed using Diego Gracia's deliberative method. Results: four main subthemes were identified: incidence of burnout during the Covid-19 pandemic, ethical stressors that favor burnout syndrome, consequences of this syndrome, and strategies to prevent and combat it. Each subtopic is described from the individual, institutional, and societal levels. Discussion/conclusions: it is argued with Diego Gracia's theory, and a hierarchy of ethical principles involved in burnout is presented; some factors favor the appearance of this professional disease with a deep bioethical significance, in which problems of moral and economic recognition, equity, job security, the duty of care, good medical practice and the welfare of the patient, the family and society in general underlie. Similarly, the consequences of the syndrome have repercussions in the social, institutional, and individual spheres, so interventions for its prevention and care must also have a pluralistic and diverse approach from the macro, meso, and micro levels. In this sense, it is necessary to strengthen research and education strategies to understand, explain, and comprehensively address the phenomenon.

Keywords: bioethics; burnout; professional burnout; principled ethics; moral suffering; Covid-19 pandemic

Tensões éticas, causas e consequências da síndrome de burnout na equipe de saúde em tempos da covid-19: uma revisão e análise a partir da bioética

Resumo: esta é uma revisão bibliométrica sobre a síndrome de *burnout* que afetou profissionais da saúde em tempos da covid-19, os conflitos éticos que a precedem e sucedem, e as estratégias para combatê-la. Metodologia/abordagem: é feita uma revisão bibliométrica na qual foram identificados, de maneira sistemática, artigos de revisão, estudos transversais, metanálise e estudos qualitativos de todo o mundo. Uma vez aplicados os filtros de seleção, foram analisados os resultados com o método deliberativo de Diego Gracia. Resultados: foram identificados quatro subtemas principais: incidência do *burnout* durante a pandemia da covid-19, estressores éticos que favorecem a síndrome de burnout, consequências dessa síndrome e estratégias para preveni-lo e combatê-lo. Cada subtema é descrito a partir dos âmbitos individuais, institucionais e sociais. Discussão/conclusões: é argumentada com a teoria de Diego Gracia e é apresentada uma hierarquização de princípios éticos implicados no *burnout*; existem fatores que favorecem o surgimento dessa doença profissional com um profundo silêncio bioético, no qual subjazem problemas de reconhecimento moral e econômico, equidade, segurança profissional, dever de cuidar, boa prática médica e bem-estar do paciente, da família e da sociedade em geral. Além disso, as consequências da síndrome têm repercussões nos âmbitos sociais, institucionais e individuais, razão pela qual as intervenções para sua prevenção e atenção devem de igual forma ter uma abordagem pluralista e diverso a partir do macro, meso e micro. Nesse sentido, é necessário fortalecer as estratégias de pesquisa e educação, para compreender, explicar e abordar o fenômeno de uma forma integral.

Palavras-chave: bioética; *burnout*; esgotamento profissional; ética baseada em princípios; sofrimento moral; pandemia da covid-19

Introducción

La pandemia por el Sars Cov 2 (Coronavirus 2019 o Covid-19) planteó desafíos sin precedentes para los sistemas de salud en todo el mundo y reveló importantes deficiencias en los países en cuanto a la preparación para enfrentar fenómenos de salud similares (1). Para la contención del virus se solicitó a las personas modificar drásticamente su estilo de vida, en un esfuerzo por “aplanar la curva de contagios” (2) y permitir que los sistemas de salud colapsados tuvieran tiempo para responder ante un virus emergente y altamente contagioso.

Estos drásticos cambios en el estilo de vida, la presencia de un microorganismo que no es posible ver, la incertidumbre, las *fakes news* (3), la agudización de problemáticas socioeconómicas (4), la precariedad de algunos sistemas de salud y el miedo circundante constituyeron factores estresantes para la población mundial (2-4). Además, la situación tuvo un calado tan profundo y crítico que se recurrió a un lenguaje de guerra, entre eufemismos y metáforas, para crear conciencia colectiva y unificar esfuerzos ante un microorganismo nuevo y letal. Se habló de la batalla contra la Covid-19, del enemigo invisible, de la redistribución de los médicos en la línea del frente o línea de ataque, del *triage* de guerra en los servicios de urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e incluso algunas estadísticas sofisticadas rastrearon las bajas diarias, mientras se construían hospitales de campaña al estilo militar, con una visión utilitarista (5, 6).

En consecuencia, el virus no solo afectó la salud física, sino también la mental de la población, la cual, como característica humana, es frágil e históricamente ha sido la oveja negra, el lugar al que poco se mira desde los puntos de vista social, económico, político y científico, aunque su descuido no significa que no sea un problema de gran magnitud, dado que incluso antes de la pandemia se estimaba que “una de cada cuatro personas sufriría un episodio de afección en salud mental durante la vida” (7). Si bien hay condiciones preexistentes para el desarrollo de enfermedades mentales, la presencia de factores estresantes es un detonante o por sí misma una fuente etiológica de

algunos trastornos. Un hecho estresante es definido, de acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (8), como una amenaza intensa percibida para la vida, la integridad física, con sentimientos de miedo intenso, desamparo u horror. Por esta definición, la Covid-19 y todo lo que acarreo cumple con la definición de un evento estresante.

La población en general modificó su estilo de vida, pero el personal sanitario vivió cambios más dramáticos, también tuvo que realizar modificaciones en sus estilos de vida, trabajo y toma de decisiones, y estuvo afectado por todos estos factores mencionados. Por lo tanto, podría decirse que se sufrió una mezcla acumulativa de diversos factores estresantes en las esferas sociales, familiares, profesionales e individuales (7). Situaciones de la vida cotidiana que antes parecían inocuas, como usar el transporte público o los ascensores, portar uniforme o hacer compras en un supermercado, durante la pandemia fueron peligrosas para este personal, hasta el punto de que fueron víctimas de agresiones y oprobios (9).

En el ámbito familiar, las dinámicas familiares mutaron considerablemente, y la práctica clínica también se transformó, desde la sobrecarga laboral, nuevas funciones asumidas sin preparación, falta de equipos, desproporción entre demanda y oferta, y angustia moral a causa de la toma de decisiones clínicas, son solo algunos de los factores que incidieron en la salud mental de los profesionales (10). El problema no fue estático y temporal, dado que las repercusiones mentales trascienden la virulencia y patogenia del virus, y por ello las personas pueden seguir sufriendo el impacto del virus, del dolor, de la ansiedad y la depresión *per se*, durante meses o años después (7) de haber estado expuestas a este evento.

La exposición a eventos estresantes y traumáticos puede llevar a desarrollar el trastorno de estrés agudo, y si los síntomas persisten podría acarrear un síndrome de estrés postraumático (10). De manera similar, el síndrome de *burnout* y otros similares (fatiga por compasión y desgaste por empatía) (11) son impulsados por una mayor exposición a factores agobiantes en el lugar de trabajo, que

resultan en agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal, causan efectos deletéreos en la calidad de la atención en salud, las relaciones profesionales, familiares y la vida misma. El trabajo no solo proporciona seguridad económica, sino que puede producir placer y satisfacción, además de ofrecer beneficios para la salud. Este también “puede constituir una fuente de estrés, y con ello genera riesgo de padecer problemas psicológicos, físicos y sociales” (12).

El síndrome de *burnout* apareció por primera vez en 1960, en la novela del escritor Graham Greene, *A burnout case* (13), con la que se popularizó el término. Pero no fue hasta 1974, en la obra del psicólogo Herbert Freudenberger (14), en la que se describe como una condición asociada con signos, síntomas y factores etiológicos, que consiste en “una desmoralización, desilusión y agotamiento pudiendo generar un peligro específico para los jóvenes profesionales de servicios, ingenuos e idealistas”, inaugurando así una nueva descripción que se asocia con el estrés negativo y la disfunción laboral. Sin embargo, el conjunto de síntomas relacionados con el síndrome tiene larga data; fueron descritos en el *Antiguo Testamento* como la fatiga de Elías (15), que implicaba un compromiso intenso que termina en agotamiento, decepción y desvinculación social.

Algunos estudios (16-18) han abordado el *burnout* que padecen los profesionales de la salud en medio de conflictos éticos y al tomar decisiones durante la atención en salud; entre los principales asuntos que generan estrés se han encontrado, proteger los derechos de los pacientes, el dilema entre la autonomía profesional y la autonomía del paciente, y la toma de decisiones sobre el final de la vida. Desde otra perspectiva, otros autores (19) han asociado la relación de estresores éticos y atención sanitaria con un enfoque desde lo macro, meso y micro, de modo que se tendrían conflictos éticos en la relación médico-paciente, en el ámbito organizacional o local y en lo sociopolítico global.

De igual forma, las consecuencias del *burnout* inciden a nivel profesional, del paciente, de las instituciones y la sociedad en general, por lo que un análisis desde la bioética pretende abordar el

problema con una perspectiva amplia, crítica y propositiva. Estos estresores ya se presentaban en el contexto de la atención en salud previo a la pandemia, pero dada la crisis suscitada por la Covid-19, algunos se exacerbaron y otros nuevos surgieron. Por todo esto, es ineludible efectuar un análisis bioético para propiciar la reflexión, la discusión y encontrar posibles soluciones. La bioética, como puente entre la vida y la ética, tiene un campo fértil para una reflexión crítica y propositiva frente a un problema que no solo pone en riesgo la salud y la vida de los profesionales, sino también la de los pacientes y sus familias.

En la actualidad, hay pocas revisiones bibliométricas sobre los efectos de la pandemia en la salud mental de los profesionales; las que se han realizado hasta el momento aún no abordan con rigor un análisis bioético que permita tratar un asunto de características transdisciplinarias (sociales, profesionales, éticas y científicas, entre otras) y con repercusiones en la vida de los profesionales sanitarios y sus familias, y en la calidad de la atención en salud.

Metodología

Se realizó un estudio bibliométrico de revisión bibliográfica, con aplicación de búsquedas en las bases de datos Pubmed, Scielo (Brasil, México, España, Argentina, Chile y Colombia), Bireme, Lilacs y Dialnet, en las que se identificaron, de manera sistemática, artículos de revisión, estudios transversales, metaanálisis y estudios cualitativos de todo el mundo. El procedimiento de búsqueda se centró en la exploración de estudios, revisión de artículos, revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios, efectuados de forma directa en las páginas oficiales de cada sitio.

La información que no fue consultada en las bases de datos se recuperó como literatura gris por medio de Google Scholar o en las páginas oficiales de agencias y organismos gubernamentales y no gubernamentales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En las bases de datos científicas PubMed, Scielo (Brasil, México, España, Argentina, Chile y Colombia), Bireme y Lilacs se consultaron los temas referentes al estrés laboral y su relación con el tipo de profesión en el área de la salud y el tiempo dedicado. Las palabras clave seleccionadas por el conocimiento previo de las materias y por conveniencia para la temática de interés, fueron: *burnout*, ética, sufrimiento moral y sobrecarga laboral. Al inicio se buscó cada término de manera individual y, una vez captados todos los registros, se utilizaron los términos booleanos AND y OR, para refinar la búsqueda por todos los índices con los términos *burnout*, ética y Covid-19.

Se definieron los siguientes criterios de búsqueda: fueron consultados artículos en español, portugués e inglés publicados en los últimos cinco años. La búsqueda de 'estrés en el personal de la salud' se hizo para América Latina y países de Europa. Con la revisión bibliográfica clasificada dentro de la literatura gris, se identificaron siete documentos, entre informes oficiales y artículos, entre otros, y de estos fueron seleccionados cuatro que cumplieron con los criterios de selección: fecha menor a tres años, organizaciones con amplio bagaje y reconocimiento técnico, en los idiomas inglés y español, y que abordaran la problemática del *burnout* en profesionales de salud. En la Tabla 1 se presenta el resumen de las revisiones bibliográficas realizadas en las bases de datos y en literatura de otro tipo, de acuerdo con la fuente y

tipo de referencia. Posteriormente, se incluyó en la tabla el nombre de la fuente, el número total de documentos recuperados y, de estos, cuáles fueron seleccionados, además de indicar en columnas diferenciadas a qué tema específico de la revisión le aportaba cada documento, en el entendido de que un solo documento podía aportar a uno o más temas de manera simultánea.

Teniendo en cuenta la información anterior, la descripción de la selección documental se dio de la siguiente forma: en las bases de datos científicas se recuperaron 635 artículos, pero, al refinar por el abordaje temático específico, con el retiro de duplicados y teniendo en cuenta los criterios descritos anteriormente, fueron seleccionados 87 artículos. De estos, 37 fueron de estudios observacionales, cuatro de revisiones sistemáticas, 32 revisiones, 12 estudios cualitativos y dos ensayos controlados. A todos se les revisaron los resúmenes y la introducción, para verificar si contenían elementos que trataran los efectos del *burnout* en el personal de la salud y sus implicaciones éticas.

De los documentos de literatura gris se seleccionaron cuatro que incluyeron un resumen ejecutivo de la OIT, en conjunto con la ONU Mujeres, de Argentina, una nota informativa de la OIT, un libro de la International Labour Organization y un manual de la OMS.

Todos los investigadores revisaron los resúmenes, y después, en una segunda revisión verificaron la clasificación de los artículos, de acuerdo con su

Tabla 1. Selección documental, *burnout* y Covid-19 (tema 1), *burnout* y bioética (tema 2)

	Fuente	Tema 1	Incluidos en el análisis	Tema 2	Incluidos en el análisis	Total incluidos
PubMed		127	35	498	42	77
Total	625					
Scielo						
	Brasil	0	0	6	6	6
	Colombia	0	0	1	1	1
	España	2	2	0	0	2
Lilacs		1	1	0	0	1
Total		130	38	505	49	87

Fuente: elaboración propia.

relevancia en el abordaje del tema. De igual forma, se confirmó la pertinencia de los documentos de literatura gris que estuvieran circunscritos a los países de América Latina y de Europa, así como la actualidad de los documentos y artículos, considerando los cambios en las diferentes formas de valorar el estrés sicosocial del personal de la salud, particularmente en épocas de prepandemia y pandemia.

También se tuvo en consideración que los artículos científicos incluyeran los términos de búsqueda previamente definidos. Los temas centrales fueron divididos en cuatro subtemas: magnitud del *burnout* en tiempos de la Covid-19, conflictos éticos que preceden el *burnout*, conflictos éticos posteriores al *burnout* y posibles abordajes a dichos conflictos. En la Figura 1 se presenta el árbol de depuración documental, en el que se resume el proceso de selección:

Resultados

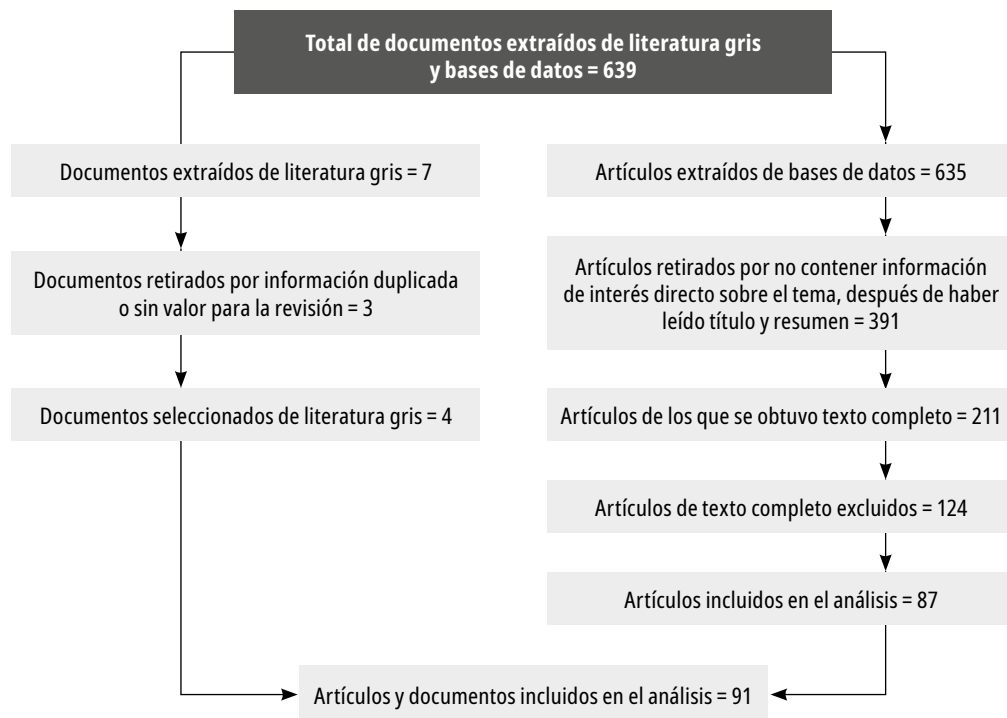
Características de los estudios incluidos

Los detalles de los principales artículos elegidos se presentan en el correspondiente subtema. Cada artículo se clasificó de acuerdo con el tópico o categoría de análisis principal o según los términos de búsqueda utilizados. Algunos artículos abordaban uno o más temas, por ello, para el análisis de cada subtema, se construyó su respectiva tabla de caracterización y análisis con los principales resultados.

Los documentos de literatura gris incluidos fueron de organismos gubernamentales como la OIT y la OMS. Sus características principales y aportes al tema de interés se resumen en la Tabla 2.

En el entendido de que estos son documentos generalmente extensos y abordan la problemática

Figura 1. Árbol de depuración documental sobre tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de *burnout* en el personal de salud en tiempos de Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética



Fuente: elaboración propia.

desde una perspectiva amplia, su análisis se fragmentó en cada uno de los subtemas seleccionados. A continuación, se describen los resultados de cada uno de los subtemas planteados y sus respectivos hallazgos.

Subtema 1. Incidencia del síndrome de *burnout* y la Covid-19

Del total de estudios incluidos, 13 abordan la relación del síndrome de *burnout* con la Covid-19;

Tabla 2. Características de los documentos de literatura gris incluidos en la revisión

Autor fecha	Tipo de documento	Cifras de interés	Resumen
OIT, ONU Mujer, 2020 (20)	Resumen ejecutivo, Covid-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina	El 70 % de los trabajadores del sector salud en Argentina son mujeres, que equivalen al 9,8 % de las mujeres ocupadas. La mayoría de las trabajadoras de la salud se sitúan por debajo del percentil 25 de la distribución de ingresos laborales (los hombres se encuentran en la mitad de la distribución). El 48 % de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar y la mayoría del personal de primera línea son mujeres, con tasas de <i>burnout</i> cercanas al 50 % durante la pandemia	Las trabajadoras de la salud de Argentina, antes de la pandemia de Covid-19 se encontraban afectadas con serias brechas de desigualdad. Los principales efectos que sufrieron en el marco de la pandemia fueron: déficit en la seguridad y salud en el trabajo, jornadas más largas y mayor flujo de trabajo, aumento del estrés, mayores riesgos psicosociales, discriminación y pérdida de ingresos o del mismo trabajo. Se deben construir soluciones sostenibles a largo plazo, transversalizar la perspectiva de género e involucrar a las mujeres en todas las fases de la respuesta a la crisis y en la toma de decisiones.
OIT, 2020 (21)	Nota informativa de la OIT, la Covid-19 y el sector de la salud	El 30 % de los encuestados por la National Nurses United informaron que su empleador no disponía de suficientes existencias de equipos de protección personal (EPP). El 65 % informó que el año anterior había recibido formación para ponerse y quitarse de forma segura los EPP. Tasas de estrés laboral de alrededor del 30 %, asociado con largas jornadas y sobrecarga laboral.	La pandemia agudizó algunas problemáticas existentes en la prestación de servicios de salud y generó algunas nuevas. Los trabajadores de la salud, a pesar de que se encontraban en primera línea de atención de la Covid-19, no contaban con las medidas de protección adecuada, estaban expuestos a largas jornadas de trabajo, debieron cubrir al personal que renunció o se encontraba incapacitado, debido a los altos contagios que se presentaron en este gremio, y sufrieron la discriminación o estigmatización de la comunidad.
ILO, 2020 (22)	<i>Managing work-related psychosocial risks during the Covid-19 pandemic</i>	• Valoración del riesgo • Ambiente y equipo. • Carga laboral, ritmo de trabajo. • Violencia y acoso. • Balance vida-trabajo. • Seguridad laboral. • Liderazgo. • Comunicación, información y entrenamiento. • Promoción de la salud y prevención de copia de comportamientos malos. • Apoyo social. • Apoyo psicosocial.	Las condiciones laborales y las formas de contratación cambiaron considerablemente durante la pandemia, presentaron nuevos desafíos para la salud y el bienestar de los trabajadores, exacerbando las vulnerabilidades preexistentes. Algunas situaciones gatillantes fueron: sobrecarga laboral, jornadas más largas y menos descanso, descansos menos reparadores, preocupación por los otros, miedo al contagio y a contagiar a otros, fronteras borrosas entre familia, individuo y trabajo, aumento de la violencia intrafamiliar, miedo ante la recesión económica, perder el trabajo, reducción de salarios o beneficios y dudas frente al futuro. Todos estos ocasionaron un gran impacto en la salud mental. Las respuestas psicológicas incluyeron depresión, poca motivación, ansiedad, <i>burnout</i> , aumento del consumo de drogas y pensamientos suicidas. Algunas respuestas físicas como, pérdida de apetito y peso, fatiga y enfermedades cardiovasculares entre otras. El estrés y la fatiga laboral impactaron el ambiente y la productividad empresarial, aumentaron el presentismo-ausentismo, disminuyeron el compromiso y el desempeño laboral (calidad y cantidad), elevaron la posibilidad de cometer errores, el riesgo de contraer enfermedades y sufrir accidentes laborales.

Continúa

Autor fecha	Tipo de documento	Cifras de interés	Resumen
OIT, OMS, 2020 (23)	Manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia	Peligros relacionados con el estrés y con las características del trabajo: horarios, volumen de trabajo, funciones, participación y control. Asociados con el contexto laboral: perspectivas profesionales, estatus, salario, rol en la entidad, relaciones interpersonales y cultura institucional.	Es indispensable contar con las instrucciones claras de gestión para reducir las exposiciones, lesiones, enfermedades y muertes de los trabajadores de la salud, al bajar el estrés y los temores, promover la salud y el bienestar de los trabajadores. Algunas de las responsabilidades de los empleadores son las siguientes: facilitar información adecuada, ofrecer una amplia capacitación de seguridad y salud en el trabajo (SST) y suministrar ropa y equipos de protección apropiados (las medidas de SST no deben suponer un costo para los trabajadores), ofrecer apoyo psicológico adecuado, pagar indemnización adecuada y prestaciones de discapacidad para los que contraigan la infección y recopilar información de la gestión del SST. Los trabajadores de la salud durante situaciones de emergencia pueden estar expuestos a fatiga y estrés psicosocial, debido a la asignación y cumplimiento de turnos consecutivos más prolongados de lo habitual.

Fuente: elaboración propia.

entre todos suman una población total de 9637 trabajadores de la salud, de los cuales, el 61 % son mujeres, y la media de la edad de los participantes fue de 39,3 años. Algunos estudios no describieron de forma explícita la incidencia del *burnout*, otros (9, 11, 18) solo muestran la puntuación de *burnout* por

grupo de profesionales o género; de los que describen la prevalencia del síndrome, todos lo clasifican como leve, moderado o severo. En la Tabla 3 se presentan las prevalencias del síndrome de *burnout* reportadas en los estudios descriptivos incluidos en la revisión:

Tabla 3. Incidencia del síndrome de *burnout* por género, según los estudios incluidos en la revisión

Autor y referencia	Lugar y población	Cantidad participantes por género		% incidencia de burnout
		Hombres	Mujeres	
Deying <i>et al.</i> (10) 2020	China, n = 2014 Enfermeras Edad media: 30 ^a	260	1754	60,5 % <i>burnout</i> >en mujeres
Yuan <i>et al.</i> (24) 2020	China, n = 190 Médicos (116) y enfermeras (74)	33	157	60,5 % <i>burnout</i> , >enfermeras
Fernández <i>et al.</i> (25) 2020	España, n = 506 Médicos (108) y enfermeras (398)	118	388	83 % <i>burnout</i> , >en mujeres, >en médicas mujeres
Kanampalill <i>et al.</i> (26) 2020	EE. UU., n = 393, médicos	175	218	88 % <i>burnout</i> , >en mujeres
Civantos <i>et al.</i> (27) 2020	Italia, n = 173, médicos	128	45	14 % <i>burnout</i> , >en mujeres
Buselli <i>et al.</i> (28) 2020	Italia, n = 265, médicos (85) y enfermeras (180)	84	181	No especifica % o incidencia, pero >en mujeres
Luceño <i>et al.</i> (29) 2020	España, n = 1422, Edad media: 43	194	1228	78 % <i>burnout</i> , >en mujeres
Ramacci <i>et al.</i> (30) 2020	Italia, n = 273, enfermeras (67) y médicos (206)	137	136	No especifica % o incidencia, pero >en mujeres, >en médicas mujeres

Continúa

Autor y referencia	Lugar y población	Cantidad participantes por género		% incidencia de burnout
		Hombres	Mujeres	
Tsan <i>et al.</i> (31) 2020	Malasia, n = 85, anestesiólogos	31	54	81 % burnout, sin diferencia entre género
Barello <i>et al.</i> (32) 2020	Italia, n = 376, médicos (87), enfermeras (289)	99	277	85 % burnout, >en mujeres, >en enfermería
Morgantini <i>et al.</i> (33) 2020	Multicéntrico, n = 2707, trabajadores de la salud	No específica	No específica	51 % incidencia de burnout, mayor en países con ingresos altos (Italia y EE. UU.)
Rodríguez <i>et al.</i> (34) 2020	EE. UU., n = 426, médicos	234	192	No específica, sin embargo, mayores puntajes durante la pandemia respecto a antes de esta.
Azoulay <i>et al.</i> (35)	Multicéntrico, sociedad europea medicina crítica, n = 1001. Intensivistas	659	342	58,6 % de burnout, >en mujeres, en mujeres jóvenes y con hijos.

Fuente: elaboración propia.

Un promedio del 65,9 % de los estudios reportaron la incidencia de síndrome de *burnout*. Hubo una diferencia significativa entre géneros. Los que estudiaron la diferencia por género encontraron un porcentaje de incidencia relativamente mayor en mujeres o un puntaje más alto en el Maslach Burnout Inventory (MBI) (36). Los que indagaron por las causas de la diferencia por género (32-35) identificaron como factores relacionados, el aumento de las demandas del hogar y la falta de reconocimiento. No hubo diferencias significativas por profesión. Respecto a los factores asociados con las mujeres que padecen el síndrome de *burnout*, ser menor a de 30 años, el aumento de las demandas del hogar, tener hijos y la falta de reconocimiento aumentan el riesgo de padecer síndrome de *burnout* (20-21).

Reportes de la OIT (21) y la ONU Mujeres (20) publican cifras de *burnout* en trabajadores de la salud durante la pandemia por la Covid-19 entre el 30 % y 50 %, respectivamente. Si bien, en primera instancia, las cifras reveladas por los organismos son menores que las reportadas por los estudios observacionales, a lo largo de los documentos se hace énfasis en la gravedad del problema, en su dimensión exponencial y en una mayor labilidad emocional frente a las crisis, debido a vulnerabilidades preexistentes, como la pobreza, la inequidad, la falta de acceso a servicios y la insatisfacción

de necesidades básicas, así como la inestabilidad laboral. Ambos reportes concuerdan en la mayor incidencia de síndrome de *burnout* en personas con dificultades socioeconómicas y países de bajos ingresos o *low income* (20, 37).

Subtema 2. Factores relacionados con el desarrollo del síndrome de burnout en tiempos de la Covid-19

Los factores relacionados con el síndrome de *burnout* se clasifican, de acuerdo con su nivel de origen, en macro, meso y micro, que son, respectivamente, estructuras socioculturales, político-gubernamentales y globales; organizacionales e institucionales locales; finalmente, familiares e individuales o las referidas con las relaciones profesional sanitario-paciente. De acuerdo con la categoría principal que agrupa conceptos y categorías, se asocian los respectivos conceptos con los referentes conceptuales en los cuales son mencionados.

En lo macro, es decir, nacional o gubernamental, los principales problemas que favorecen el síndrome de *burnout* hacen referencia a la inequidad social, necesidades básicas insatisfechas y falta de acceso a servicios de salud (20). A nivel comunitario, la estigmatización social del personal sanitario en tiempos de pandemia, en Colombia, fue descrita por Cassiani *et al.* (38) como una situación que

repercute en lo social, lo institucional y lo individual, igual que el desprestigio e incluso las agresiones que vivieron los profesionales sanitarios, ahondadas por la desinformación y las cadenas de noticias falsas. A nivel económico, algunos estudios (35) reportaron mayor estrés y síndrome de *burnout* en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas que en privadas, debido a los escasos recursos. Sin embargo, de acuerdo con un estudio multicéntrico realizado por Morgantini *et al.* (33), hubo mayor índice de *burnout* en países con altos ingresos, con respecto a países con bajos ingresos.

En lo que concierne a lo meso, es decir, de las instituciones de salud, los principales factores relacionados con el síndrome de *burnout* estuvieron asociados con un clima organizacional tenso y autoritario, el cual genera más *discomfort* en los

profesionales. Por un lado, la sobrecarga laboral, falta de personal, jornadas más largas, menos días de descanso, descansos interrumpidos por disponibilidades o incluso la modalidad de teleconsulta fueron asociados con mayor agotamiento. Por otro lado, la falta de recursos institucionales, el recorte de salarios, de horas laboradas y la posibilidad de perder el empleo también condicionan para padecer el síndrome de agotamiento profesional (21-23, 33, 37). Frente al uso de EPP y su disponibilidad, la escasez, por un lado, amenaza con sufrir estrés laboral, pero, por otra parte, aun cuando se cuente con los recursos disponibles, no existe la suficiente capacitación o formación respecto a cómo y cuándo usarlos.

Los demás factores o estresores éticos asociados con las instituciones de salud y los gobiernos, incluidos en la revisión, se resumen en la Tabla 4:

Tabla 4. Factores relacionados con el síndrome de *burnout* a niveles macro y meso

Categoría principal	Subcategoría	Conceptos relacionados con el síndrome de <i>burnout</i>
Político	Legislación	Falta de políticas públicas en salud
	Políticas públicas	Determinantes sociales de la salud que inciden en el acceso a servicios y en la salubridad de las poblaciones
Sociocultural	Prácticas comunitarias	Estigmatización social y desprestigio del gremio (11, 37)
		Desinformación de pacientes y comunidad (3, 11), noticias falsas y agresión al personal
Económicos	Reconocimiento	Falta de reconocimiento social
	Falta ayuda estatal	>Recursos en IPS privadas (1, 23)
Cultura organizacional	Clima organizacional	Administración autoritaria que no escucha las peticiones de los trabajadores (9)
		Distribución inequitativa del trabajo (16, 23)
		Clima tenso y estresante
		Jornadas más largas (8, 20, 21)
Contratación	Tipo	Inestabilidad laboral (15)
Recursos	Humanos	Falta de personal, sobrecarga laboral (8, 15, 19, 20, 21)
	Técnicos	Falta de ventiladores y EPP (8, 15, 19, 23)
Estímulos	Económicos	Baja remuneración salarial (9, 29)
	Sociales	Poco reconocimiento (9, 29)
	Individuales	Poca formación continua, bonos de tiempo, entre otros (20, 21)
Adaptación	Funcional	Nuevas funciones
	Estructural	Acondicionamiento de espacios no adecuados para prestar servicios (19, 14), hacinamiento (39)

Fuente: elaboración propia.

En el plano individual, los estresores se dividieron en familiar y personal. En las dinámicas familiares, el miedo de la familia a ser contagiada o que su ser querido enfermara, las altas demandas familiares, así como la sobrecarga laboral, fueron factores determinantes en los estudios que valoraron la diferencia de incidencia entre mujeres y hombres.

Respecto al uso de EPP, algunos profesionales refieren haber sufrido la sensación de claustrofobia, mayor cansancio físico y emocional, una relación distante con el paciente y lesiones en piel (3, 22).

Un factor relacionado con la relación profesional-paciente mencionado reiterativamente como un estresor significativo fue la toma de decisiones sobre vida y muerte o la distribución de recursos

de forma equitativa. Otro aspecto referido en varias ocasiones como un importante estresor fue el conflicto entre la ética profesional o individual y el utilitarismo al que se ha apelado en tiempos de pandemia, por lo que el concepto de angustia moral surge como un predecesor del síndrome de *burnout*. Igual que con la Tabla 4, los demás factores o estresores éticos asociados con las instituciones de salud y los gobiernos se resumen en la Tabla 5.

Subtema 3. Consecuencias del *burnout*

Como se mencionó arriba, existen factores relacionados con el síndrome, pero también se encontraron consecuencias derivadas de la problemática del *burnout* en los diversos artículos y publicaciones

Tabla 5. Factores relacionados con el síndrome de *burnout* a nivel individual

Categoría principal	Subcategoría	Conceptos relacionados con el síndrome de <i>burnout</i>
Familiar	Asociados con la pandemia	Falta de apoyo de familiares (1)
		Miedo a ser contagiados (3)
		Distanciamiento de la familia (9, 22, 29)
	Asociados con la dinámica familiar	Hijos o familiares a cargo (9, 29)
		Problemas familiares
Personal	Lesiones físicas y antecedentes	Lesiones en piel y secuelas (3)
		Factores de riesgo (obesidad e hipertensión) (3)
	Relación médico paciente	Conflictos entre familiares y profesionales (14)
		Conflictos entre pacientes y profesionales (15)
		Contacto estrecho con pacientes infectados (40)
		Contacto y apego con pacientes terminales (39, 41)
		Toma de decisiones sobre vida y muerte (14-16, 23, 28, 39)
	Miedo	Miedo al contagio propio (3)
		Miedo a contagiar a familiares (3, 2)
		Miedo a contagiar a colegas (9, 29)
		Miedo a la pérdida de oportunidades de aprendizaje y habilidades (15)
		Miedo a cometer errores (15)
	Conocimientos	Mayor riesgo para las mujeres jóvenes (7, 20, 21)
		Poca experiencia (3)
		Poca información sobre la Covid-19 (11, 20-21)
		Pocos conocimientos técnicos (1)
		Conflicto entre ética personal y utilitarismo, angustia moral (23, 28, 42, 43, 44-47).

Fuente: elaboración propia.

revisadas (Tabla 6). Las consecuencias directas e indirectas estuvieron relacionadas con el individuo, lo familiar y social, también con lo ético, lo que afectó la toma de decisiones.

En el ámbito sociocultural hubo situaciones de estigma laboral, social y familiar por el *burnout*, como causa y consecuencia, es decir, el estigma que vivieron los profesionales por atender a pacientes afectados con la Covid-19 favoreció la aparición o el desarrollo del *burnout*, pero también los profesionales que padecieron el síndrome se sintieron estigmatizados, señalados y aislados. De igual forma, se reportó, tanto en médicos como en enfermeras, un deterioro de sus relaciones interpersonales, familiares y de parejas, lo que incrementó el número de divorcios, así como la disfunción familiar (32, 48, 49). Algo similar sucedió con el reconocimiento del trabajo de la mujer en el sector salud, como causa y consecuencia, es decir, las que padecían *burnout* consideran que su estado de agotamiento laboral ocasionó un menor reconocimiento (28, 50), pero también, ser poco reconocidas fue un factor que favoreció el desarrollo de este síndrome (20, 21, 50,51).

También hubo una alta incidencia del síndrome de *burnout* que afectó la calidad de la atención en salud (40, 47, 52), con el incremento de los eventos adversos, como infecciones intrahospitalarias y errores en la atención, disminución de la productividad (53), alta tasa de rotación de personal (40), altos costos de atención y aumento de demandas (52), sumado a la insatisfacción del paciente y las familias (41, 54).

Las repercusiones del *burnout* en la salud de los profesionales impactaron las dimensiones físicas y psicológica. Se reportaron problemas físicos como migraña, trastornos del sueño, pérdida de peso, dolores musculares, dificultades en la concentración y trastornos gastrointestinales (32, 49). Algunas alteraciones psicológicas asociadas con este síndrome fueron: pérdida de la autoestima, autopercepción negativa, laboral y social, aislamiento social, introspección, depresión, ansiedad, desconfianza, desesperanza, abuso de sustancias,

trastornos obsesivos compulsivos relacionados con la limpieza y aumento de conductas suicidas (1, 54-60). Destaca que las consecuencias psicológicas afectaron en mayor medida a mujeres que hombres (1, 24, 44, 61).

Además, hubo resistencia para recibir apoyo en salud mental por el miedo a la estigmatización (20, 30, 37). Pero también lo opuesto, a causa de la despersonalización generada por el agotamiento emocional no se buscó apoyo, ni se reconocieron los padecimientos, se tendió al aislamiento social y no se accedió a los servicios de salud mental (20, 43, 62, 63).

Todas estas situaciones propiciaron un desequilibrio en la toma de decisiones y un conflicto entre la ética individual del médico y la que dominó en los tiempos de la pandemia, la utilitarista (35, 45, 64-66), la confrontación entre el valor de la vida individual y la colectiva, lo cual generó un mayor sufrimiento a los profesionales y agudizó las consecuencias del *burnout*.

Como a los trabajadores de la salud se les ha formado con una visión en la cual lo correcto es hacer todo lo posible por salvar y cuidar al paciente, las situaciones en las que las posibilidades se reconfiguraron para aprovechar mejor los recursos tendió a causar estrés, sufrimiento en el personal y pudo llegar a afectar el trato digno al paciente (40, 67).

Los efectos deletéreos no se dieron solo en el ámbito de la relación profesional-paciente, sino también en el entorno laboral, y es así como en la salud y la seguridad en el trabajo también se describieron consecuencias como el incremento de la accidentalidad, la insatisfacción laboral y la deserción (40, 68). La sobrecarga laboral a causa del *burnout* causó detrimento de la calidad en la atención, impactó en el cuidado del paciente y su familia (39, 54, 68), lo cual pareció conformar un círculo lesivo de retroalimentación en el que las consecuencias del *burnout* configuraron más y nuevas causas que afectaron una mayor cantidad de trabajadores y también de pacientes.

Tabla 6. Consecuencias del síndrome de *burnout*

Categoría principal	Subcategoría	Consecuencias del síndrome de burnout
Sociocultural	Reconocimiento	Estigmatización en los ámbitos laboral, social y familiar (20, 30, 37). Poco reconocimiento del trabajo de la mujer en el sector salud y menor remuneración (9, 20, 29), así como también del personal de salud perteneciente a minorías (51)
	Relaciones interpersonales	Dificultades en las relaciones profesionales, familiares y de parejas, y aumento de los divorcios (20, 32, 39, 47, 48)
Sistema integral de calidad		• Deterioro de la calidad de la atención (40, 52). • Disminución de la productividad (39), mayores costos de la atención, incremento de infecciones y de errores relacionados con la atención, insatisfacción del paciente e impacto en el cuidado de los enfermos y en sus familia (39, 46, 51-53). • Aumento de las demandas legales (53). • Altas tasa de rotación de personal (40).
Ética	Calidad y seguridad en la atención	• Desequilibrio entre la ética individual y la utilitaria (35, 44, 63-65). • Deficiente atención, trato indigno a pacientes y colegas (69), y reducción de la capacidad de atención con calidad a los pacientes (39, 69).
		• Marginación del profesional de enfermería de los conflictos éticos y la toma de decisiones (46). • Encuentros difíciles con los pacientes por las actitudes psicosociales y el autocuidado; conflicto entre las creencias del paciente y conocimiento del profesional (63-65). • Ansiedad y agotamiento que afectó el clima ético y la toma de decisiones (35).
Ambiente laboral	Salud y seguridad en el trabajo	• Aumento de la accidentalidad laboral (10, 58), baja satisfacción en el trabajo, abandono de la profesión (39, 67) y distribución inequitativa del trabajo, lo que también atentó contra la calidad en la atención (54, 68).
	Salud física	• Problemas de salud: gastrointestinal, migraña, trastornos de sueño y dificultades de concentración (32, 48, 70)
		• Autopercepción negativa en los ámbitos personal, laboral y social (10). • Aislamiento social, introspección, depresión, ansiedad, desesperanza, desconfianza, agresividad, obsesión por la higiene, abuso de sustancias, resistencia al apoyo en salud mental por la estigmatización y dificultades en las relaciones laborales, profesionales y familiares (71).
	Salud mental (1, 32, 48, 54-60)	• En mujeres hubo mayor depresión y deseo de abandonar el trabajo (20, 44). • Pérdida de las habilidades de liderazgo (72). • No hubo acceso oportuno a atención de salud mental para el personal de salud (43).

Fuente: elaboración propia.

Subtema 4. Prevención y manejo del burnout

Las propuestas planteadas en las diferentes publicaciones encontradas para prevenir e intervenir la problemática del *burnout* también pueden ser desarrolladas en diferentes niveles, como se ha mencionado antes, es decir, macro, meso y micro.

Desde lo macro se planteó el mejoramiento de políticas públicas de salud, con informes comparados de manera oportuna y veraz por las diferentes

instancias gubernamentales y que contribuyan a mejorar no solo la atención de los pacientes, sino las condiciones y el ambiente laboral de los trabajadores de la salud, como una mejor remuneración y garantías de trabajo digno y estable (20, 22, 55, 73, 74).

Desde la perspectiva organizacional se propusieron acciones que buscaron favorecer el trabajo en equipo, en el que se involucraran tanto profesionales médicos como de enfermería en la toma

de decisiones, y de manera consensuada con la administración de las organizaciones, con apoyo del proceso deliberativo del área asistencial (20-22, 44, 45, 73). Adicional a lo anterior se planteó que los equipos de salud pudieran compartir y complementar experiencias que fortalecieran la confianza, espacios de reflexión y grupos de discusión por pares (52, 75, 76), además de la construcción y socialización de protocolos para definir en equipo las decisiones a tomar, según las diferentes situaciones presentadas en la atención de los pacientes (77, 78).

El buen clima organizacional se facilita cuando se disminuye el riesgo de infecciones en el personal de salud, por medio de entornos laborales seguros,

la aplicación de pruebas rápidas tanto para personal de salud como a pacientes, EPP suficientes, normas de bioseguridad establecidas previamente, horarios flexibles y fomento del teletrabajo cuando es posible (1, 37, 79).

En la revisión realizada se encontró como pilar fundamental de la prevención e intervención del fenómeno *burnout*, la formación del personal asistencial en áreas técnicas para mejorar competencias y habilidades clínico-pedagógicas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad y la creación de grupos de atención específicos para las diferentes situaciones clínicas que se presentan. También es necesario fomentar la formación

Tabla 7. Propuestas para la prevención y manejo del síndrome de *burnout* con un multienfoque, que son expuestas en los documentos explorados para la revisión

Categoría principal	Subcategoría	Prevención y manejo del síndrome de burnout
Político	Políticas públicas	Crear políticas de salud e informes compartidos oportunamente (20, 22, 54, 72)
Sociocultural	Reconocimiento	Mejorar la participación de enfermería (20-22, 74)
Económico	Recursos	Avanzar en la distribución de recursos y la remuneración (20-22, 54, 72)
Clima Organizacional	Trabajo en equipo	Afinar la participación de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones (3, 22, 74)
		Favorecer el trabajo en equipo como fuente de resiliencia, complementar experiencias, fortalecer confianza, abrir espacios de reflexión, crear comunidades de práctica (78-81)
		Buscar apoyo en las decisiones médicas
	Disminuir exposición	Socializar protocolos, conformar comités de <i>triage</i> para definir qué pacientes atender, formar grupos de discusión por pares (79)
Formación	Humana	Realizar pruebas rápidas para el personal de salud y los pacientes, fortalecer el teletrabajo, horarios flexibles, disponibilidad de EPP y mejorar entornos laborales (10, 79)
	Técnica	Fortalecer la confianza, mejorar competencias a nivel colectivo, formar en educación ética (10, 79, 57)
	Ética	Mejorar competencias en habilidades clínicas y pedagógicas, formar en el proceso de salud-enfermedad en la Covid-19 y crear grupos de atención específicos (10, 79)
Estímulos apoyos e intervenciones	Psicosociales	Fomentar la educación ética, el diálogo interpersonal, la asesoría por parte del Comité de Ética institucional en enfoque bioético y en el papel de la bioética en prevención del desgaste; promover actividades educativas sobre <i>burnout</i> , mejorar la distribución equitativa de recursos y definir qué pacientes atender (10, 42, 79, 83)
		Promover grupos y programas de apoyo e intervención psicológica, paliar el estigma, visibilizar el <i>burnout</i> como problema, ofrecer apoyos psicológicos activos, reflexivos y estructurados, prácticas de microrrestauración, adaptación positiva, logro personal, valores, fortalecer habilidades de comunicación efectiva, construcción de relaciones de empatía, confianza con equipos de trabajo, cursos de liderazgo consciente, medicina narrativa, apoyo social, apoyo a familias, capacitación en autocuidado, prácticas espirituales, <i>mindfulness</i> , tiempos de descanso, sueño, ejercicio, apoyo organizacional para actividades de descanso y relajación (10, 20-22, 79)

Fuente: elaboración propia.

humana, ética y en valores, mediante el diálogo interpersonal, fortaleciendo la confianza y las competencias en el ámbito colectivo con actividades educativas y asesorías por parte de los comités de ética institucionales, para prevenir el desgaste y la fatiga moral; estas son medidas que favorecen la toma de decisiones más acertadas (1, 78-80).

En el plano micro o individual se expuso en los diferentes artículos la intervención y el apoyo psicológico oportuno, así como estímulos a niveles económico y psicosocial que ayudaran a mitigar la angustia y el estrés laboral, como la conformación de grupos y programas de intervención psicológica que visibilizaran y mitigaran el *burnout* como problema, con prácticas de microrrestauración activa y reflexiva, para fomentar logros personales, reforzar valores, fortalecer habilidades de comunicación efectiva y favorecer la construcción de relaciones de empatía y confianza con el equipo de trabajo y el liderazgo consciente. Se recomendó, además, estimular prácticas de autocuidado, apoyo familiar, espiritual, tiempos de descanso, relajación, ejercicio, *mindfulness* (terapias para atención plena o conciencia plena), que permitieran, al interior de las organizaciones, concederle tiempo a estas actividades complementarias durante las jornadas laborales, y disminuyeran el agotamiento físico, psíquico y moral (48, 72, 81, 82).

Discusión

Desde la bioética se propone un análisis a partir de los cuatro principios enmarcados en la teoría de Diego Gracia (84), la cual plantea que el análisis de los problemas éticos ocurre a dos niveles: una etapa ético-ontológica, en la que se toman en cuenta aprehensiones morales básicas, y una etapa racional, en la que se evalúan las consecuencias de los posibles cursos de acción. La etapa ontológica parte de que todo hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio, a su vez, todos los hombres son iguales, por lo cual merecen igual consideración y respeto. La etapa moral o momento deontológico se expresa mediante deberes o normas *prima facie*, que son identificados operacionalmente con los principios enunciados por Beauchamp y Childress, pero ordenados jerárquicamente en dos grupos:

nivel 1, no-maleficencia y justicia; nivel 2, beneficencia y autonomía (85).

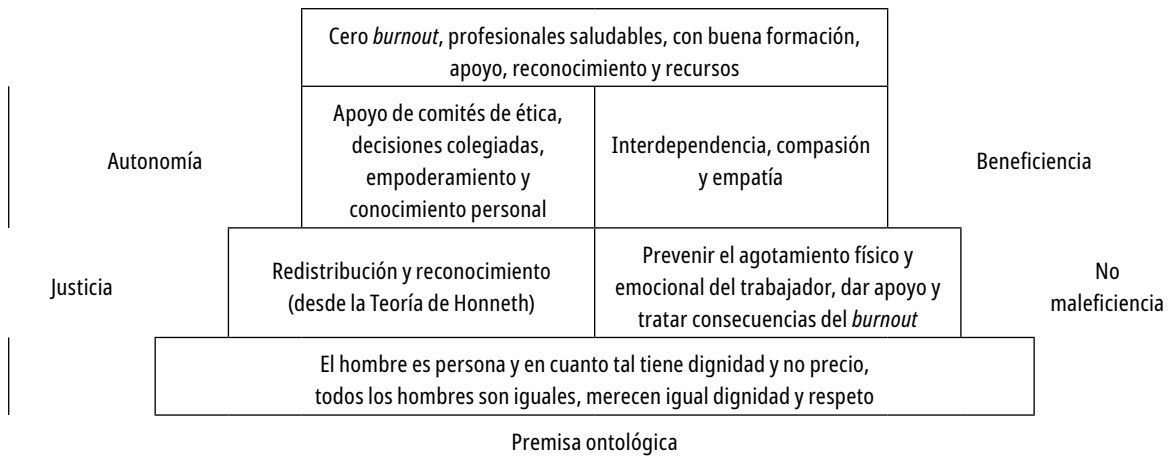
La razón de este ordenamiento radica en que, según Gracia (84), existe una ética de mínimos, en la cual se encuentran los principios de no maleficencia y justicia (primer nivel). Aquí están los deberes, máximas y obligaciones que son condición de posibilidad de la convivencia social y el reconocimiento del otro. Mientras que en una ética de máximos serían los deberes que no son exigibles, pero son deseables. De una forma análoga, se plantea una discusión para el abordaje de los conflictos éticos en tiempos de pandemia que favorecieron el síndrome de *burnout*, tal como se resume en la Figura 2.

Nivel 1: justicia

Según la OIT, “los trabajadores de la salud de todo el mundo están en la primera línea de la batalla diaria para contener el virus, su seguridad es fundamental para que puedan desarrollar su labor en esta crisis y su protección debe ser una prioridad” (21, 22). El personal de salud se enfrentó a cuidar vidas en peligro extremo, a costa de la suya propia; fue el más expuestos al contagio, no solo institucional, sino comunitario, y sacó fuerzas desde su compromiso, voluntad de servicio, ética y responsabilidad por el ejercicio de su profesión.

No obstante, en estas mismas organizaciones y algunos medios de comunicación nacional (86) se presentaron múltiples denuncias por parte del personal de salud acerca de las irregularidades en las condiciones de trabajo vividas durante la pandemia y la precariedad de las circunstancias laborales en algunas regiones del país, lo cual ha ocurrido de manera sistemática durante mucho tiempo, pero fue más acentuado durante la pandemia. Situaciones como vinculaciones laborales informales, sobrecarga de trabajo o reducciones de jornadas que afectan los ingresos, cambios en la contratación y retrasos en remuneración, falta de EPP o no entrega por parte de los empleadores, al punto de que en encuestas realizadas se reveló que tuvieron que ser costeados por el personal de salud, debido al insuficiente abastecimiento, o en ocasiones presentaron calidad deficiente o fueron entregados

Figura 2. Método deliberativo de Diego Gracia para la prevención y manejo del síndrome de *burnout* durante la pandemia por la Covid-19



Fuente: adaptado de Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela; 2008.

de forma inoportuna por parte de empleadores, intermediarios o contratistas tercerizados, siendo de paso, estas dos últimas, las modalidades más frecuentes de contratación al personal de salud, lo que sumó más angustia y estrés por inestabilidad laboral e incertidumbre respecto a la continuidad de su trabajo.

Sumado a esto, la seguridad física y mental del personal de salud se vio afectada tanto en sus lugares de residencia, barrios o unidades residenciales, así como en el transporte público, con discriminación social por parte de las comunidades, debido a su desconocimiento e incumplimiento de las medidas de prevención y propagación de la enfermedad (30, 38). Estas agresiones pasaron de ser injustas y desagradables a violar las normas plasmadas en la Carta magna colombiana (87) y la premisa ético-ontológica de la dignidad humana, por la que todos gozamos de los mismos derechos a la protección, trato digno y las mismas oportunidades, sin lugar a discriminación alguna.

Todos los seres humanos necesitan protección física, mental, laboral y familiar (20). Es de justicia proporcionar condiciones laborales y de calidad de vida dignas para el trabajador de la salud, además del reconocimiento como sujetos de derechos, ciudadanos y trabajadores, que es lo que corresponde, según la Constitución colombiana, e incluir no solo a los médicos, sino a todo el personal de salud

que se enfrentó al control de la pandemia desde su conocimiento y formación, y que asumió un gran riesgo al atender estos pacientes sin las condiciones laborales dignas necesarias para hacerlo; un riesgo no solo biológico, sino de carácter social, psicológico y moral, además del jurídico, que afectó la toma de decisiones éticas en un momento determinado. El personal de salud tiene el deber ético y moral de atender pacientes (88), pero también tiene derecho a ser protegido y tratado con dignidad como cualquier ser humano.

El *burnout*, como problema sanitario, es influido por los determinantes sociales en salud, lo cual implica que se requieren soluciones de fondo que permitan mitigar la inequidad que condiciona desde el acceso a los servicios asistenciales hasta el mismo proceso salud-enfermedad; se debieron hacer esfuerzos, con una visión de justicia distributiva, para contrarrestar las desigualdades preexistentes y afrontar las generadas durante la pandemia y que favorecieron el agotamiento profesional. La asignación de recursos debió trascender el sentido netamente monetario, teniendo en cuenta el contexto, la capacidad de atención, las posibilidades de sobrevivencia, la calidad de vida y también a las víctimas invisibles de la pandemia, los muertos que no salieron en las noticias y tantas personas que fueron afectadas de manera indirecta (89).

Pero no solo se requirieron soluciones redistributivas, sino una justicia desde la teoría del reconocimiento se hizo más que necesaria. El reconocimiento, como una categoría explicativa de ciertas luchas no materiales, sino morales, parte de la siguiente premisa: “la vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos solo pueden acceder a una autorrelación práctica si aprenden a concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales” (90, 91). En el problema del *burnout* subyace el no reconocimiento de la humillación y del desprecio, por lo que es necesario abordar una mirada amplia del concepto de justicia desde lo distributivo, el reconocimiento y los ámbitos individuales, institucionales y nacionales, de modo que se puedan impactar las tres categorías propuestas por Honneth, la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima (92).

No maleficencia

Con el enfoque del *burnout*, en primer lugar, se podría afirmar que el profesional sanitario, a causa de su desempeño laboral en la pandemia de la Covid-19, sufrió daño físico y psicológico (32, 74, 93), pero de manera secuencial, al padecer un síndrome de agotamiento en el que se comprometió el empoderamiento y la responsabilidad profesional, mediante un proceso de frustración y despersonalización, se generaron efectos colaterales en compañeros, pacientes y sus familias, por lo que el lema hipocrático *primum non nocere* (lo primero es no dañar) pasó a un segundo plano.

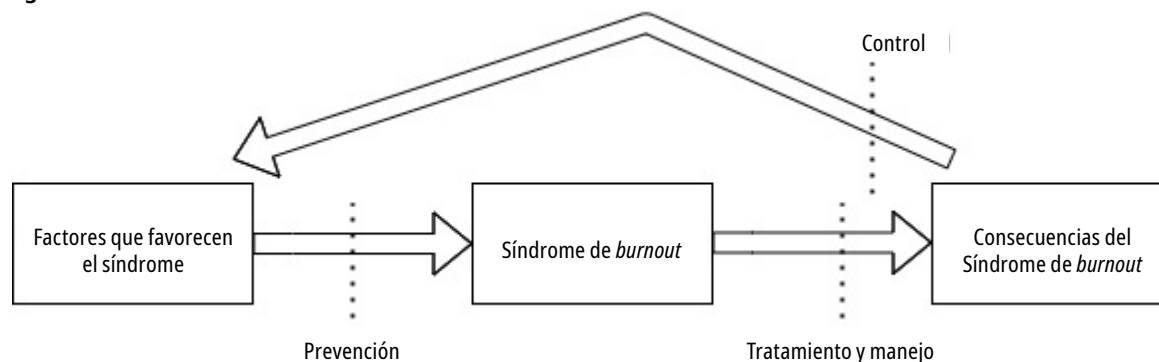
La sobrecarga laboral y sus consecuencias físicas y psicológicas favorecieron el desarrollo del ausentismo, el presentismo y los errores durante la atención médica (21). Todos estos factores parecen ser parte de un círculo vicioso de retroalimentación positiva. Vicioso en la medida en que el síndrome de *burnout* es pernicioso y parece tener algún grado de contagio psicosocial en ambientes propicios (94, 95), y de retroalimentación positiva, porque un mayor número de trabajadores con síndrome de *burnout* implica una mayor probabilidad de que surjan el ausentismo y el presentismo mencionados, lo cual condiciona más la carga laboral para el resto de los profesionales.

Esto generó mayor probabilidad de errores o disfunciones en la relación profesional-paciente y más sensación de culpa, frustración y agotamiento. Este proceso de *feedback* (Figura 3) se dio en medio de un terreno fértil que lo hizo más fuerte y difícil de controlar, cruzado por la inestabilidad económica, el aislamiento social, la pérdida de confianza en el Estado y las instituciones de salud (96), la infoxicación (97) y una gran inequidad. No obstante, contra cada una de las fases de desarrollo del síndrome de *burnout* es posible establecer barreras con diversos enfoques para detener este ciclo.

Nivel 2: beneficencia

¿Cómo hacer el bien con un cuerpo cansado, un espíritu abatido y una mente obnubilada, en medio de unas condiciones hostiles? Este es el reto para los profesionales de la salud afectados por el *burnout*. Con una respuesta desde la perspectiva

Figura 3. Círculo vicioso del *burnout*



Fuente: elaboración propia

lacaniana del amor se puede afirmar que es posible dar lo que no se tiene, en este caso, es posible dar confort desde el *disconfort*, ánimo desde el abatimiento y sosiego desde la intranquilidad. Se pudo apelar al amor y a la compasión en tiempos de pandemia y agotamiento profesional, aunque parezca utópico e ilusorio, la utopía y los ideales son necesarios para tener un marco de referencia, un horizonte al que apuntar, en palabras de Ortega y Gasset (98), más o menos la moral es siempre una utopía, con la contingencia y la circunstancia se reflexiona desde y hacia unos ideales.

Es ideal, loable y grandioso que, aun en circunstancias tan agrestes, la resiliencia humana, una confluencia de sentimientos y valores, pervivió y mantuvo la movilización por el otro y la hospitalidad en el sentido puro de acogida y desprendimiento. El problema radica precisamente en que no es posible exigir amor y compasión en la carencia, en el agotamiento y en la humillación, en que todo esto es un gesto que parte de la individualidad del ser, del yo y su circunstancia, de las posibilidades del ser. Al ser ontológicamente una posibilidad e incerteza, no se puede demandar garantía de solución, pero sí de esperanza, de luz en medio de la oscuridad. Los esfuerzos deben orientarse a formar en valores, a ampliar y fortalecer los círculos de empatía y compasión (99), no solo de los profesionales de la salud, sino de la comunidad en general.

Es preciso reconocer la interdependencia humana en los diferentes ámbitos de la vida, para abordar la preocupación y el cuidado del otro, y lo otro (no humano) como forma de ser en el mundo, en la medida en que el yo se constituye por una relación de un yo-tú (100). Reconocer esto implica estudiar y denunciar el *burnout* como un tema complejo que afectó a pacientes, trabajadores y familias, pero ante todo buscar el bien de todos los afectados por este síndrome; en otras palabras, se requieren de acciones encaminadas a la prevención y tratamiento del *burnout*.

Autonomía

El principio de autonomía, visto como una relación privada de confianza y respeto entre dos personas, es el elemento ético-moral fundamental del

acto médico, en el que se conceden de manera bidireccional, derechos y dignidad propios de cada persona, para deliberar y decidir (101). Es una relación entre dos personas: una con necesidades de salud que solicita de manera voluntaria respuestas y soluciones a su problema, y otra que pone a su disposición facultades, conocimientos, destrezas para lograrlo o, al menos, intentarlo, y por medio de la deliberación llegar a una decisión informada y consentida por parte del paciente.

Para el ejercicio de la autonomía es preciso que haya dos sujetos, sin ellos no hay ética, no hay deliberación, ni reflexión; se requiere entonces reconocer al otro y su condición de sujeto para dicha deliberación. “Somos autónomos no solo porque somos humanos, sino para ser más humanos” (100).

Los tiempos de la pandemia sometieron a los profesionales de la salud a vulneraciones de su ejercicio de autonomía profesional, que fue constreñido, menguado y despojado, por decirlo de alguna manera, debido a la participación de un tercero en la deliberación, a nivel burocrático y/o administrativo, que intervino en la toma de decisiones, muchas veces por encima del concepto médico, sin permitir libertad para aplicar el conocimiento especializado y el criterio para ofrecer definiciones diagnósticas y pronósticas, así como deliberar con el paciente la mejor conducta a tomar, en cada caso particular, lo que impuso una homogenización de pacientes y médicos, suplantó la palabra del médico y despojó a ambos de su condición de sujetos. Ante esta problemática, una fuerte base ético-teórica es fundamental para tomar decisiones de manera consensuada entre médicos y pacientes.

Cuando se vulneró la autonomía se favoreció la aparición de conflictos entre médicos y pacientes, enfrentamientos con familias demandantes o el sufrimiento de pacientes y familias (57, 67), lo que despojó a los profesionales del empoderamiento profesional, para convertirse en una víctima más en la pandemia, no solo por la posibilidad de contraer la Covid-19, sino también por la amenaza cercana de padecer el síndrome de *burnout* y todos sus factores gatillantes, como son la angustia moral, el estrés y el temor a perder su trabajo, al verse enfrentados a dilemas éticos, sociales, económicos

y laborales en el cumplimiento de su deber y responsabilidad (102). En este punto resalta el papel de los comités de ética clínica, las publicaciones sobre la toma de decisiones y algunos consensos de expertos que favorecieron la toma de decisiones en medio de la incertidumbre, el miedo al castigo y la escasez de recursos (103).

Conclusión

La tasa de incidencia del síndrome de *burnout* en profesionales de la salud aumentó durante la pandemia por la Covid-19. Los factores que favorecieron la aparición de esta enfermedad profesional tienen un profundo calado bioético, ya que subyacen en problemas de reconocimiento, equidad, seguridad laboral, deber de cuidar, buena práctica médica y el bienestar del paciente, la familia y la sociedad en general. De igual forma, las consecuencias del síndrome tienen repercusiones en los ámbitos sociales, institucionales e individuales, por lo que las intervenciones para su prevención y atención deben tener un multienfoque desde lo macro, meso y micro.

Es fundamental y urgente garantizar condiciones de seguridad adecuadas y de trabajo digno con jornadas razonables que permitan mejorar las relaciones familiares y laborales; así mismo, contrataciones más justas y mejor remuneradas. Si se hubiera contado con una fuerza laboral sólida y dispuesto de un personal suficiente, capacitado, reconocido y motivado, se habría enfrentado y manejado la crisis de salud y económica de la pandemia, y se tendría una mejor preparación para nuevas situaciones sanitarias a futuro.

Por esta razón, se debió mantener la capacitación y la formación permanentes para garantizar no solo la seguridad y las medidas para prevenir contagios, sino también la toma de decisiones más acertadas, tanto clínicas como éticas, con el apoyo de comités de ética institucionales ante situaciones difíciles y exigentes que se presentaron a diario en la pandemia.

En este mismo sentido, también es necesario investigar y visibilizar el problema, para poder comprenderlo mucho mejor, abordándolo con un enfoque amplio y científico que permita explicar,

predecir y, sobre todo, convencer a los diferentes actores de la imperiosa necesidad de intervenirlo.

Referencias

- (1) Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol*. julio de 2020;17(7):921-6. DOI: 10.1016/j.jacr.2020.05.021.
- (2) Dawood Mamoon. COVID 19 Data: Flatten the Curve Means Different for Different Regions. 2020 [citado 2 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.36822.19528>
- (3) Moscadelli A, Albora G, Biamonte MA, Giorgetti D, Innocenzio M, Paoli S, et al. Fake News and Covid-19 in Italy: Results of a Quantitative Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de agosto de 2020;17(16):5850. DOI: 10.3390/ijerph17165850.
- (4) Travassos LRFC, Moreira RMP, Cortez RS. The Virus, the Disease and the Inequality. *Ambiente Soc*. 2020;23:e0111. DOI: 10.1590/1809-4422asoc-20200111vu2020L3ID
- (5) Maxwell DN, Perl TM, Cutrell JB. "The Art of War" in the Era of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis*. 4 de marzo de 2020;ciaa229. DOI: 10.3390/ijerph19095205
- (6) Coronavirus confronts leaders with one of modern history's gravest challenges-CNNPolitics [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2020/03/18/politics/donald-trump-coronavirus-leadership-challenge/index.html>
- (7) We Need to Take Action to Address the Mental Health Crisis in This Pandemic [Internet]. United Nations Secretary-General. 2020 [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/articles/2020-05-21/we-need-take-action-address-the-mental-health-crisis-pandemic>
- (8) American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p. ISBN 978-0-89042-551-0
- (9) El Tiempo CEE. La otra epidemia: Discriminación al personal de salud en Medellín [Internet]. El Tiempo. 2020 [citado 2 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/la-otra-epidemia-discriminacion-al-personal-de-salud-en-medellin-491500>

- (10) Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 2 de septiembre de 2020];24. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30168-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30168-1/abstract). DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100424. eCollection 2020 Jul.
- (11) González Procel C, Sánchez Padilla Y, Peña Loaiza G. Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio Las Cienc.* 6 de febrero de 2018;4(1):483.
- (12) Gracia TJH, Varela OET, Zorrilla DMN, Olvera AL. El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. 2007;19.
- (13) Greene G. A Burnt-Out Case. *Open Road Media*; 2018. 211 p. ISBN: 978-1199980793
- (14) Roberts GA. Prevention of burn-out. *Adv Psychiatr Treat.* septiembre de 1997;3(5):282-9.
- (15) Muheim F. Burnout: History of a Phenomenon. En: Bährer-Köhler S, editor. *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2013 [citado 22 de octubre de 2020]. p. 37-46. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_3
- (16) Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, et al. Everyday Ethics: Ethical Issues and Stress in Nursing Practice. *J Adv Nurs* [Internet]. noviembre de 2010 [citado 16 de septiembre de 2020];66(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865804/>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x
- (17) Raines ML. Ethical Decision Making in Nurses: Relationships Among Moral Reasoning, Coping Style, and Ethics Stress. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* marzo de 2000;2(1):29-41.
- (18) Fry ST, Duffy ME. The Development and Psychometric Evaluation of the Ethical Issues Scale. *J Nurs Scholarsh.* septiembre de 2001;33(3):273-7.
- (19) Monsó Fernández C, Sales Moreno P, Loncán Vidal P, Mateos Torres A, Talavera Pérez ML, Zapater Torras F, et al. Estresores éticos y atención sanitaria. Análisis de estresores éticos en el ámbito del CèAVOC (Comité de Ética Asistencial del Vallés Oriental Central). *Rev Bioét Derecho.* 2017;(41):107-19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300008
- (20) Laurence T, Mourelo EL. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. *Organ Int Trab-ONU Mujeres.* 2020;7.
- (21) Nota informativa: La Covid-19 y el sector de la salud. 2020;1:15. <https://www.oitcinterfor.org/node/7841>
- (22) International Labour Organization. Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic. Geneva: ILO Publications; 2020. 36 p.
- (23) Organización Internacional del trabajo, Organización Mundial de la Salud. Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: Manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud; 2020. 152 p.
- (24) Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage.* 1 de julio de 2020;60(1):e60-5. DOI: 10.1016/j.jpainsym-man.2020.04.008
- (25) Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs.* 28 de agosto de 2020. DOI: 0.1111/jocn.15469
- (26) Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, Strickland JR, McAlister RP, Duncan J. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PloS One.* 2020;15(8):e0237301. DOI: 10.1371/journal.pone.0237301
- (27) Civantos AM, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. *Am J Otolaryngol.* 21 de agosto de 2020;41(6):102694. DOI: 10.1016/j.amjoto.2020.102694.
- (28) Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health.* 26 de 2020;17(17). DOI: 10.3390/ijerph17176180
- (29) Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Heal-*

- th. 30 de julio de 2020;17(15). DOI: 10.3390/ijer-ph17155514.
- (30) Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. Sustainability. enero de 2020;12(9):3834. DOI: 10.3390/su12093834
- (31) Tsan SEH, Kamalanathan A, Lee CK, Zakaria SA, Wang CY. A survey on burnout and depression risk among anaesthetists during COVID-19: the tip of an iceberg? Anaesthesia. 10 de agosto de 2020. DOI: 10.1111/anae.15231
- (32) Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020;290:113129. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113129.
- (33) Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. PLoS ONE [Internet]. 3 de septiembre de 2020 [citado 22 de octubre de 2020];15(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470306/>
- (34) Rodriguez RM, Medak AJ, Baumann BM, Lim S, Chinnock B, Frazier R, et al. Academic Emergency Medicine Physicians' Anxiety Levels, Stressors, and Potential Stress Mitigation Measures During the Acceleration Phase of the COVID-19 Pandemic. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 22 de junio de 2020. DOI: 10.1111/acem.14065
- (35) Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Pova P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. Ann Intensive Care. 8 de agosto de 2020;10(1):110. DOI: 10.1186/s13613-020-00722-3
- (36) Universidad Pedagógica Nacional, Hederich-Martínez C. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. CES Psicol. 2016;9(1):1-15.
- (37) Ripp J, Peccoraro L, Charney D. Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2020;95(8):1136-9. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003414
- (38) Cassiani-Miranda CA, Campo-Arias A, Tirado-Otálvaro AF, Botero-Tobón LA, Upegui-Arango LD, Rodríguez-Verdugo MS, et al. Stigmatisation associated with COVID-19 in the general Colombian population. Int J Soc Psychiatry. :9. DOI: 10.1177/0020764020972445.
- (39) Pedrazza M, Berlanda S, Trifiletti E, Bressan F. Exploring Physicians' Dissatisfaction and Work-Related Stress: Development of the PhyDis Scale. Front Psychol [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre de 2020];7. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01238/full>. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01238
- (40) Anderson LW, Gustavson CU. The Impact of a Knitting Intervention on Compassion Fatigue in Oncology Nurses. Clin J Oncol Nurs. 1 de febrero de 2016;20(1):102-4. DOI: 10.1188/16.CJON.102-104
- (41) Delgado J, Groot J de, McCaffrey G, Dimitropoulos G, Sitter KC, Austin W. Communities of practice: acknowledging vulnerability to improve resilience in healthcare teams. J Med Ethics [Internet]. 24 de enero de 2020 [citado 16 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://jme.bmj.com/content/early/2020/01/24/medethics-2019-105865>. DOI: 10.1136/medethics-2019-105865
- (42) Arnold TC. Moral distress in emergency and critical care nurses: A metaethnography: Nurs Ethics [Internet]. 23 de julio de 2020 [citado 16 de noviembre de 2020]; Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020935952?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
- (43) Borges LM, Barnes SM, Farnsworth JK, Bahraini NH, Brenner LA. A commentary on moral injury among health care providers during the COVID-19 pandemic. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. agosto de 2020;12(S1):S138-40. DOI: doi: 10.1037/tra0000698.
- (44) Colville G, Dawson D, Rabinthiran S, Chaudry-Daley Z, Perkins-Porras L. A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. J Intensive Care Soc. agosto de 2019;20(3):196-203. DOI: 10.1177/175114371878775
- (45) Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Ann Intensive Care [Internet]. 17 de junio de 2020 [citado 16 de noviembre de 2020];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298921/>. DOI: 10.1186/s13613-020-00702-7
- (46) McAndrew NS, Hardin JB. Giving nurses a voice during ethical conflict in the Intensive Care Unit: Nurs Ethics [Internet]. 14 de julio de 2020 [citado 16 de noviembre de 2020]; Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020934148?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

- (47) Wilson MA. Analysis and evaluation of the moral distress theory. *Nurs Forum* (Auckl). 2018;53(2):259-66. DOI: 10.1111/nuf.12241.
- (48) Goldsmith ES, Krebs EE. Roles of Physicians and Health Care Systems in “Difficult” Clinical Encounters. *AMA J Ethics*. 1 de abril de 2017;19(4):381-90. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.4.pfor1-1704
- (49) Rubio-Navarro A, Garcia-Capilla DJ, Torralba-Madrid MJ, Ruttu J. Ethical, legal and professional accountability in emergency nursing practice: An ethnographic observational study. *Int Emerg Nurs*. septiembre de 2019;46:100777.
- (50) Jones Y, Durand V, Morton K, Ottolini M. Collateral Damage: How COVID-19 Is Adversely Impacting Women Physicians. *J Hosp Med* [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 23 de noviembre de 2020];15(8). Disponible en: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/225381/hospital-medicine/collateral-damage-how-covid-19-adversely-impacting-women>. DOI| 10.12788/Jhm.3470.
- (51) Chandrashekar P, Jain SH. Addressing Patient Bias and Discrimination Against Clinicians of Diverse Backgrounds. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1 de septiembre de 2020. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003682.
- (52) Moral distress: Developing strategies from experience - Andrew Helmers, Karen Dryden Palmer, Rebecca A Greenberg, 2020 [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733020906593?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- (53) Niconchuk JA, Hyman SA. Physician Burnout: Achieving Wellness for Providers and Patients. *Curr Anesthesiol Rep*. 3 de julio de 2020;1-6. DOI: 10.1007/s40140-020-00401-w.
- (54) Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emerg Med*. 20 de 2018;18(1):24. DOI: 10.1186/s12873-018-0177-2
- (55) Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*. 16 de julio de 2020;20764020942788. DOI: 10.1177/0020764020942788.
- (56) Ong AML. Outrunning Burnout in a GI Fellowship Program During the COVID-19 Pandemic. *Dig Dis Sci*. 2020;65(8):2161-3. DOI: 10.1007/s10620-020-06401-4
- (57) Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Ruantay Y, Boonchieng W, Nanta S, et al. Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). *Medicine* (Baltimore). 26 de junio de 2020;99(26):e20751. DOI: 10.1097/MD.00000000000020751
- (58) Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cuéllar-Pompa L. [Emotional management of the health crisis by coronavirus: A narrative review]. *Enfermería Clin*. 18 de mayo de 2020. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.05.010
- (59) Rachiotis G, Syrgani C, Symvoulakis EK, Dadouli K, Papagiannis D, Gourgoulis KI, et al. Burnout and associated factors among Greek substance use disorder treatment providers during economic crisis. *Arch Environ Occup Health*. 5 de noviembre de 2020;1-7. DOI: 10.1080/19338244.2020.1842311.
- (60) Kim E, Mallett R, Hrabok M, Yang YA, Moreau C, Nwachukwu I, et al. Reducing Burnout and Promoting Health and Wellness Among Medical Students, Residents, and Physicians in Alberta: Protocol for a Cross-Sectional Questionnaire Study. *JMIR Res Protoc*. 17 de abril de 2020;9(4):e16285. DOI: 10.2196/16285
- (61) Melnyk BM. Burnout, Depression and Suicide in Nurses/Clinicians and Learners: An Urgent Call for Action to Enhance Professional Well-being and Healthcare Safety. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17(1):2-5. DOI: 10.1111/wvn.12416
- (62) Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, Mosnaim G, Nanda A, Oppenheimer J, et al. Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(6):1781-1790.e3. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.04.001
- (63) Jaremka LM, Ackerman JM, Gawronski B, Rule NO, Sweeny K, Tropp LR, et al. Common Academic Experiences No One Talks About: Repeated Rejection, Impostor Syndrome, and Burnout. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2020;15(3):519-43. DOI: 10.1177/1745691619898848
- (64) Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*. 2020;34(6):620-32. DOI: 10.1111/bioe.12771
- (65) Bellazzi F, Boyneburgk KV. COVID-19 calls for virtue ethics. *J Law Biosci*. junio de 2020;7(1):lsaa056. DOI: 10.1093/jlb/lsaa056
- (66) Savulescu J, Cameron J, Wilkinson D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators.

- tors. Br J Anaesth. 2020;125(1):10-5. DOI 10.1016/j.bja.2020.04.011
- (67) Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG. Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia:8.
- (68) Shevell M. Health Professional Burnout: An (Un) Ethical Consequence of Modern Health Care? Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol. noviembre de 2019;46(6):682-3. DOI: 10.1017/cjn.2019.280.
- (69) Epstein EG, Haizlip J, Liaschenko J, Zhao D, Bennett R, Marshall MF. Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. AACN Adv Crit Care. 15 de junio de 2020;31(2):146-57. DOI: 10.4037/aacnacc2020285.
- (70) Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Hum Resour Health. 05 de 2020;18(1):41. DOI: 10.1186/s12960-020-00469-9.
- (71) Barelo S, Palamenghi L, Graffigna G. Stressors and Resources for Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic: Lesson Learned From Italy. Front Psychol. 2020;11:2179. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.02179
- (72) Kersemaekers WM, Vreeling K, Verweij H, van der Drift M, Cillessen L, van Dierendonck D, et al. Effectiveness and feasibility of a mindful leadership course for medical specialists: a pilot study. BMC Med Educ. 4 de febrero de 2020;20(1):34. DOI: 10.1186/s12909-020-1948-5
- (73) Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. Anesth Analg [Internet]. 20 de abril de 2020 [citado 23 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173087/>. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004866
- (74) Cho HL, Huang CJ. Why Mental Health-Related Stigma Matters for Physician Wellbeing, Burnout, and Patient Care. J Gen Intern Med. 1 de mayo de 2020;35(5):1579-81. DOI: 10.1007/s11606-019-05173-6
- (75) Alvarez C. Replenish at Work: An Integrative Program to Decrease Stress and Promote a Culture of Wellness in the Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Clin North Am. 1 de septiembre de 2020;32(3):369-81. DOI: 10.1016/j.cnc.2020.05.001
- (76) Schallenger CD, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Rocha LP, Dalmolin G de L, Pereira LA. Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units. Rev Bras Enferm. febrero de 2019;72(suppl 1):2-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0202
- (77) Remein CD, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, et al. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019. BMJ Open. 1 de enero de 2020;10(1):e031568. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031568
- (78) Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 21 de 2020;382(21):2049-55. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114
- (79) Kapu AN, Borg Card E, Jackson H, Kleinpell R, Kendall J, Lupear BK, et al. Assessing and addressing practitioner burnout: Results from an advanced practice registered nurse health and well-being study. J Am Assoc Nurse Pract. 5 de noviembre de 2019. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000324
- (80) Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. Anesth Analg. 2020;131(1):43-54. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004912
- (81) Dzung E, Curtis JR. Understanding ethical climate, moral distress, and burnout: a novel tool and a conceptual framework. BMJ Qual Saf. 2018;27(10):766-70. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-007905
- (82) Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Br J Nurs. 14 de enero de 2016;25(1):36-9. DOI: 10.12968/bjon.2016.25.3.156
- (83) Real de Asúa D, Herreros B. ¿Por qué dedicarse a la bioética? Siete razones para comenzar a hacerlo. Rev Clínica Esp. 1 de junio de 2016;216(5):271-5.
- (84) Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2.ª ed. Madrid: Triacastela; 2008. 160 p.
- (85) López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. Acta Bioethica. noviembre de 2015;21(2):281-90.
- (86) Coronavirus: encuesta revela las precarias condiciones laborales del personal médico en Colombia - Servicios - Justicia - EL TIEMPO.COM [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/servicios/coronavirus-encuesta-revela-las-precarias-condiciones-laborales-del-personal-medico-en-colombia-514272>
- (87) Consejo Superior de la Judicatura del Estado Colombiano. Constitución Política de Colombia: actuali-

- zada con los actos legislativos hasta 2010 [Internet]. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia; 2010 [citado 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
- (88) Singh JA. COVID-19 vaccine trials: Duty of care and standard of prevention considerations. *Vaccine*. 10 de noviembre de 2020;38(48):7578-80. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.10.012
- (89) Rehman Khalid MO, Zaheer R. The invisible victims - Impact of the pandemic on patients without COVID-19. *JPMA J Pak Med Assoc*. mayo de 2020;70(Suppl 3)(5):S149-52. DOI: 10.5455/JPMA.36
- (90) Barbosa S. Axel Honneth y Nancy Fraser, una teoría crítica de la sociedad capitalista para la contextualización de las luchas del presente. *Ágora UNLaR*. 31 de agosto de 2019;4(9):13.
- (91) IgorHoa. Lateoría del reconocimiento de Axel Honneth como un enfoque alternativo al cartesianismo:7.
- (92) Fraser N, Honneth A. Redistribución o reconocimiento? un debate político-filosófico. Madrid: Ediciones Morata; 2006.
- (93) Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri S. Burnout and its influencing factors between front-line nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 10 de julio de 2020 [citado 16 de septiembre de 2020];38(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/342790>. DOI: 10.17533/udea.iee.v38n2e03.
- (94) Stapleton FB, Oipari VP. The Current Health Care Crisis—Inspirational Leadership (or Lack Thereof) Is Contagious. *JAMA Netw Open*. 16 de junio de 2020;3(6):e208024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8024
- (95) Bakker AB, Blanc PML, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 2005;51(3):276-87. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x
- (96) Murillo F. El Covid-19: la pandemia de la desconfianza [Internet]. 2020 [citado 23 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=l-8fhtVKsuwA>
- (97) Alfons Cornella KA. Infoxicación [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://alfonscornella.com/2013/10/02/infoxicacion/>
- (98) Ferreras JAP. Ética vital en Ortega y Gasset reflexiones sobre su fundamentación. 2015;38.
- (99) Rifkin J. La civilización empática: La carrera hacia una conciencia global en un mundo en crisis. España: Paidós; 2010.
- (100) Cohen SC. Martin Buber y su aproximación a la psicoterapia. 2007;106.
- (101) Bioética: ¿hay autonomía en pandemia? [Internet]. Prodavinci. 2020 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://prodavinci.com/bioetica-hay-autonomia-en-pandemia/>
- (102) Garcia JC. Burnout as a social pathology in nursing professionals: an analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab*. 2022;20(03):505-12. 10.47626/1679-4435-2022-771
- (103) Asmedas Antioquia. Foro «Autonomía y Ética Médica en la Pandemia del COVID-19» [Internet]. 2020 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ws24FWM7KjQ&app=desktop>