

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

# *BURNOUT* EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD EN CHILE

**Martín Oyarzo Alfaro**  
**Matías Goyenechea Hidalgo**  
Julio 2021



Este documento resume evidencia nacional e internacional sobre el síndrome de *burnout* en trabajadores/as de la salud.



Hace una caracterización del *burnout* en trabajadores/as de la salud en Chile, dando cuenta de la prevalencia del síndrome y sus factores asociados. Describe el impacto de la pandemia en la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud. Y revisa el abordaje de los riesgos psicosociales y del *burnout* en la legislación internacional.



Finalmente, se entregan recomendaciones de políticas públicas, que incluyen su incorporación en el listado de enfermedades profesionales y la ratificación del Convenio 190 de la OIT.

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

# *BURNOUT* EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD EN CHILE

Martín Oyarzo Alfaro  
Matías Goyenechea Hidalgo  
Julio 2021

En Cooperación con



Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la Fundación FIEL y la oficina en Chile de la Friedrich Ebert Stiftung, instituciones que contribuyeron, así mismo, con el financiamiento y la infraestructura necesaria para llevarlo a cabo.

# Índice

	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>1</b>	<b>OBJETIVOS Y METODOLOGÍA</b> .....	5
<b>2</b>	<b>ANTECEDENTES</b> .....	6
	Salud mental laboral en Chile.....	6
	Síndrome de <i>burnout</i> .....	6
	Trabajadores y trabajadoras de la salud, salud mental y COVID-19 .....	7
<b>3</b>	<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	8
	Caracterización del <i>burnout</i> en trabajadores/as de la salud.....	8
	<i>Prevalencia del burnout en trabajadores/as de la salud</i> .....	9
	<i>Factores asociados al burnout en trabajadores/as de la salud</i> .....	10
	Caracterización del impacto de la pandemia del COVID-19	
	en la salud mental de trabajadores de la salud .....	11
	<i>Resultados de la búsqueda</i> .....	12
	<i>Síntesis narrativa de la evidencia</i> .....	14
	Riesgos psicosociales, <i>burnout</i> y legislación: experiencias	
	internacionales.....	15
	<i>Riesgos psicosociales y burnout en la Unión Europea</i> .....	16
	<i>Burnout como enfermedad profesional en Latinoamérica</i> .....	19
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	21
<b>5</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	22
<b>6</b>	<b>REFERENCIAS</b> .....	24

# INTRODUCCIÓN

El presente documento es un resumen de evidencia, tanto nacional como internacional, respecto al fenómeno del síndrome de *burnout* –más conocido como “síndrome de quemarse en el trabajo”–, en trabajadores/as de la salud en Chile, y tiene como objetivo dar sustento al establecimiento de dicho síndrome como enfermedad profesional reconocida en la legislación laboral chilena.

A partir de dicho objetivo, en primer lugar, se realiza una caracterización del *burnout* en trabajadores/as de la salud en Chile, dando cuenta de la prevalencia del síndrome y sus factores asociados. En segundo lugar, dado el contexto global de pandemia, que ha afectado de manera particular al personal de salud, se realiza una caracterización del impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud; posteriormente, se realiza una revisión respecto al abordaje de los riesgos psicosociales y particularmente del síndrome de *burnout* en la legislación internacional, con énfasis en los países de la Unión Europea y Latinoamérica.

Posterior a la presentación de resultados, se entrega una serie de recomendaciones de políticas públicas, entre las que destacan:

- 1) Incorporación del síndrome de *burnout* en el listado de enfermedades profesionales,
- 2) Generación de una adecuada vigilancia epidemiológica respecto al síndrome de *burnout*,
- 3) Implementación de programas de prevención e intervención específicos y
- 4) Ratificación del Convenio 190 contra la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

Finalmente, cabe destacar que avanzar en la construcción de políticas de salud basadas en la evidencia resulta central. A nivel internacional, los objetivos sanitarios que se han ido construyendo por parte de los países y las organizaciones internacionales, como la cobertura universal y el acceso equitativo a la salud, así como los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con salud, requieren para su concreción de políticas informadas en la evidencia (Lavis et al., 2010; Haines, 2004; Oxman et al., 2007). La toma de decisiones en el ámbito de salud sin respaldo en la evidencia puede conducir a que las acciones no afecten a quienes más lo requieran, así como tener repercusiones en aspectos como la eficiencia, costo y equidad (ONU, 2007). Contar con una mirada informada en la evidencia permite contar con una mirada crítica respaldada en la evidencia sobre las políticas defendidas, demostrar la utilización de buena información sobre la cual están basadas las decisiones, asegurando la evaluación, y que los resultados sean medibles y realistas.

## 1

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La presente investigación teórica tiene como objetivo general construir un resumen de evidencia sobre el síndrome de *burnout* en trabajadores/as de la salud que permita dar sustento a su establecimiento como enfermedad profesional reconocida en Chile.

Y como objetivos específicos:

- Caracterizar el fenómeno del *burnout* en los trabajadores y trabajadoras de la salud en Chile.
- Identificar los principales impactos del COVID-19 en la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud.
- Describir el tratamiento del *burnout* en la legislación internacional respecto a su establecimiento (o no) como enfermedad profesional.

Para lograr los objetivos de investigación, se realizará un resumen de evidencia a partir de una revisión de literatura nacional e internacional, en idioma español o inglés, utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed, Health Systems Evidence, Cochrane Library, OCDE Library, Embase, SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea) y Bibliografías de documentos. La cobertura temporal de la búsqueda considerará los últimos 10 años (2010-2020).

La revisión de la literatura se realizó siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Planteamiento del problema,
- 2) Identificación de los estudios y documentos relevantes,
- 3) Selección de los estudios y documentos,
- 4) Extracción de datos (*charting*) y
- 5) Síntesis y resumen de los resultados.

Para la síntesis y resumen de los resultados, se presentará el flujo de identificación, tamizaje y selección de los documentos de acuerdo con la directriz PRISMA. La síntesis de los resultados será presentada en tablas y en forma narrativa. Se presentará una visión de la extensión, naturaleza y distribución de los documentos encontrados e incluidos en la revisión, además de la distribución geográfica de los mismos, características principales del problema relativo al *burnout* en trabajadores de la salud, y cualquier antecedente que permita generar una visión de conjunto del estado de arte sobre el fenómeno nivel regional y global.

## 2

## ANTECEDENTES

### SALUD MENTAL LABORAL EN CHILE

Indudablemente, la preocupación por la salud mental ha ido ganando terreno, sobre todo cuando esta se analiza desde los contextos laborales. En el caso de Chile, esta preocupación se ha generado a partir de motivos más bien reactivos que preventivos, ya que en los últimos años se ha producido un aumento considerable en la tasa de patologías mentales en la población, tal como da cuenta el hecho de que, según el Ministerio de Salud, las licencias médicas por afecciones psiquiátricas y psicológicas hayan aumentado un 53% en los últimos cinco años: de 616.942, en el año 2013, a 944.627, en 2018, lo que sitúa a los cuadros clínicos de origen psicológico (tales como la depresión, el estrés, la ansiedad y el *burnout*) como la primera causa de licencias médicas en el país. En esta línea, la evidencia señala que los principales grupos de trastornos mentales que se presentan en relación con el trabajo son tres: trastornos adaptativos (entre los cuales se incorpora el *burnout*); trastornos del ánimo (incluyendo depresión mayor) y trastornos de ansiedad.

Por otra parte, de acuerdo con la legislación chilena, una enfermedad profesional (EP) "es la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte" (art. 7°, ley 16.744); además, a través del Decreto 109, artículo 16, la regulación agrega que "para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando estos no se estén desempeñando a la época de diagnóstico" (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968).

Respecto a las enfermedades profesionales psiquiátricas, el Decreto 109, en su artículo 19, nro. 13, establece que estas corresponden a las "neurosis profesionales incapacitantes que pueden adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como: trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y por dolor crónico", estableciendo a su vez, que los trabajos que entrañan riesgo de EP psiquiátrica, son "todos los trabajos que expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa a efecto" (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968).

De manera complementaria, el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades

Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), establece un listado taxativo de patologías de salud mental que podrían catalogarse eventualmente como de origen laboral: trastorno de adaptación (F43.2), reacciones al estrés (F43.0, F43.8 y F43.9), trastorno de estrés postraumático (F43.1), trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2 y F41.3), trastorno de ansiedad (F41.9), episodio depresivo (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8 y F32.9) y trastorno de somatización (F45.0, F45.1 y F45.4). Así mismo, el Compendio en su Libro III, establece que:

"el diagnóstico de una enfermedad de salud mental debe ser preciso y cumplir con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), lo que será válido tanto para las patologías consideradas como de origen laboral, como para aquellas de origen común. En caso de diagnosticar alguna de las enfermedades señaladas en la tabla precedente, estas deberán ser consignadas como diagnóstico principal, al menos con las glosas descritas, sin perjuicio de complementarse con especificaciones o diagnósticos secundarios" (SUSESO, 2019, p. 27).

### SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de *burnout* tiende a presentarse en trabajadores/as que realizan sus funciones en forma directa con otras personas (como, por ejemplo, personal de la salud, profesores, psicólogos, etc.) y que están expuestos a factores psicosociales de riesgos, entendidos estos como aquellas "interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo" (Oficina Internacional del Trabajo, 1984, p. 12) que pueden tener efectos negativos en la salud y bienestar del trabajador.

El *burnout* se caracteriza por ser una respuesta al estrés laboral crónico, es decir, cuando las exigencias del trabajo superan los recursos de los cuales se dispone, generándose un sentimiento de "sentirse quemado por el trabajo" o de "sentirse sobrepasados por el trabajo". Las dimensiones que componen el *burnout* son tres:

- 1) Cansancio emocional: "sensación de estar agotados a nivel emocional, desarrollo de sentimientos negativos" (Gil-Monte, 2003, p. 183)

- 2) Despersonalización o deshumanización: “actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo” (Gil-Monte, 2003, p. 183)
- 3) Falta de realización personal: “tendencia a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden” (Gil-Monte, 2003, p. 183)

En esta línea, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que ya fue publicada pero entrará en vigor a partir del año 2022, el *burnout* o síndrome de desgaste ocupacional se define como:

“Un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y, 3) una sensación de ineficacia o falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (OMS, 2019, p. 47).

Por otra parte, actualmente la OMS no considera el *burnout* como una enfermedad propiamente tal, sino que lo cataloga dentro de los fenómenos que influyen en la salud de las personas o que las llevan a ponerse en contacto con los servicios de salud, bajo el código Z73.0, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

A pesar de ello, la definición de *burnout* incluida en la próxima versión del CIE da cuenta de que el *burnout* corresponde a un cuadro clínico y que es intrínsecamente laboral; sin embargo, en la actualidad el marco normativo chileno no lo considera de esta manera ya que, como se revisó anteriormente, queda fuera de la taxonomía de patologías de salud mental reguladas por el protocolo de calificación de la SUSESO. Es decir, cumpliendo con los requisitos para ser considerada como enfermedad profesional (ser de origen laboral y estar contenida en el CIE-10), queda fuera de dicha cobertura.

## TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD, SALUD MENTAL Y COVID-19

A raíz de la pandemia, el personal de salud está expuesto a nuevas fuentes específicas de estrés y ansiedad (Restauri & Sheridan, 2020):

- Acceso al equipo de protección personal adecuado.
- Exposición al COVID-19 en el trabajo y transmisión de la infección a la familia.
- Falta de acceso a las pruebas, si los médicos desarrollan síntomas de COVID-19 y el miedo asociado a propagar la infección en el trabajo.

- Incertidumbre de que la organización de médicos respaldará y atenderá las necesidades personales de los médicos, si se infectan.
- Acceso a cuidado infantil durante el aumento de las horas de trabajo y el cierre de las escuelas.
- Falta de apoyo para otras necesidades personales y familiares a medida que aumentan las demandas laborales.
- Poder proporcionar atención médica competente, si se despliega en una nueva área.
- Falta de acceso a información y comunicación actualizadas.

Otras de las características del trabajo a las que están expuestos los trabajadores de la salud en el marco de la pandemia (Vieta et al., 2020) son:

- El agente etiológico no se conoce bien; no existe un tratamiento eficaz comprobado y no es fácil predecir quién experimentará las complicaciones más graves que requieren cuidados críticos.
- La demanda masiva significa que los especialistas que trabajan en especialidades que generalmente no tratan a pacientes de esta naturaleza (como pediatras administrando sedación a pacientes moribundos de 80 años), tienen que hacerlo en esta situación.
- Los profesionales de la salud no están preparados ni capacitados para dejar morir a las personas que podrían salvar en circunstancias normales; la escasez de camas de cuidados críticos ha significado que deben negar las camas de cuidados intensivos cuando los médicos las solicitan porque sus pacientes no son una prioridad debido a la edad, la comorbilidad, etc.
- La carga de trabajo y la necesidad de tomar decisiones no consensuadas provocan que muchos profesionales trabajen de manera disociada, ya que no bloquear su lado emocional podría hacer que colapsen.
- Existe un desafío que agota a los profesionales, que consiste en el miedo al contagio (por sí mismos, lo que también implica tener que dejar de trabajar y ayudar a sus colegas, y por infectar a su familia, especialmente a los ancianos), y la culpa de no poder hacer más.
- A menudo hay una sensación de impotencia aprendida y desesperanza.

Esta exposición a nuevas fuentes de estrés y ansiedad, podría tener implicancias en el desarrollo de *burnout* en los/as trabajadores/as de la salud, como ya lo señala un estudio realizado en Italia (Barello et al., 2020), en el cual los profesionales de la salud italianos mostraron altos puntaje en al menos una de las dimensiones del Maslach *Burnout* Inventory o MBI (cuestionario que mide *burnout*), de lo que se desprende la necesidad de recabar elementos en torno al fenómeno del síndrome de *burnout* en los trabajadores de la salud y, sobre todo, estudiarlo en el actual contexto de pandemia.

## 3

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### CARACTERIZACIÓN DEL *BURNOUT* EN TRABAJADORES/AS DE LA SALUD EN CHILE

A partir de la búsqueda realizada utilizando la Biblioteca Digital de la Universidad de Chile (la cual entrega acceso a más de 100 bases de datos especializadas y 18.000 revistas científicas) y, de manera particular, las bases de datos Pubmed, Health Systems Evidence, Cochrane Library, OCDE

Library, Embase y Scielo.cl, se encontró un total de 1.103 resultados. Luego de aplicar criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se preseleccionaron 16 estudios. Además, a partir de la revisión de las referencias de las investigaciones preseleccionadas, se incorporaron 2 estudios nuevos que no surgieron en la búsqueda inicial. Por tanto, el número total de estudios incorporados corresponde a 18 investigaciones.

**TABLA 1**  
**RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Nº	TÍTULO	AUTOR(ES)	AÑO
1	<i>Burnout</i> en trabajadores de hospitales comunitarios de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad.	M. Chiang y M. Sigoña	2011
2	Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud. Un desafío pendiente.	D. Flores, V. Vega, C. del Río y D. Zavala	2014
3	Relación entre la fatiga laboral y el síndrome <i>burnout</i> en personal de enfermería de centros hospitalarios.	Seguel y Valenzuela	2014
4	Relationships between <i>burnout</i> and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers.	Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Mena, Jélvez-Wilke & Figueiredo-Ferraz	2014
5	Apoyo en duelo y <i>burnout</i> en equipos de enfermería de unidades pediátricas de hospitales chilenos.	Vega, González, Santibáñez, Ferrada, Spicto, Sateler y Bustos	2017
6	Presencia de síndrome de <i>Burnout</i> en una muestra de residentes y otorrinolaringólogos de Chile.	Ortega, Pío, Cardemil y Sade	2015
7	Síndrome de <i>burnout</i> en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile.	Seguel y Valenzuela	2016
8	<i>Burnout</i> en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario.	Díaz, Arab, Núñez, Robles, Bitran, Nitsche, Véliz, Pizarro, Lopetegui, Torres, González, Hoyl y Riquelme	2017
9	Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliar de Chile.	Marilaf, San Martín, Delgado-Boston y Vivanco	2017
10	Evaluación de la efectividad de una intervención breve para reducir síntomas de <i>burnout</i> y distrés emocional en trabajadores de un hospital en Chile.	Tapia, Ensignia y Alvarado	2017
11	Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de <i>burnout</i> en profesionales y técnicos de la salud infantil.	Vega, González, Bustos, Rojo, López, Rosas y Hasbún	2017
12	Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria.	Soto, Barrios y Molina	2017
13	Bienestar psicológico y <i>burnout</i> en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile.	Veliz, Dörner, Soto y Arriagada	2018
14	<i>Burnout</i> y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos.	García, Cova-Solar, Bustos Torres y Reyes-Pérez	2018
15	Prevalencia de síndrome de <i>burnout</i> en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile.	Losada, Curitol, Astudillo, Schneeberger y Coronado	2018
16	Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados.	Muñoz, Campaña y Campaña	2018
17	Violence and <i>burnout</i> in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study.	Jiménez, Bachelet, Gomolán, Lefio y Goyenechea	2019
18	<i>Burnout</i> , satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos.	Salgado-Roa y Lería-Dulcic	2020

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los instrumentos utilizados para la medición del *burnout*, el más utilizado es el MBI (en sus diferentes versiones), seguido por el Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo.

**TABLA 2**  
**INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA MEDICIÓN DEL BURNOUT**

Instrumento	Nº de estudios
Maslach Burnout Inventory (MBI)	12
Maslach Burnout Inventory General Survey	2
Maslach Burnout Inventory para profesionales de la Salud (MBI-HSS)	1
Spanish Burnout Inventory	1
Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al tipo de personal incluido en las distintas muestras, siete estudios consideraron al personal de enfermería (tanto profesional como técnico); la misma cantidad abordó al personal sanitario en general (sin especificar función o profesión); cuatro estudios incorporaron al personal médico; también cuatro consideraron a médicos residentes (profesionales médicos que están realizando alguna especialidad); y tres estudios consideraron al personal paramédico (técnicos o auxiliares paramédicos). Cabe destacar que algunos estudios abordaron más de un tipo de personal en sus muestras.

**TABLA 3**  
**CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS UTILIZADAS DE LOS ESTUDIOS**

Tipo de personal (muestra)	Nº de estudios
Enfermeras(os)	7
Médicos	4
Residentes	4
Paramédico(as)	3
Fisioterapeutas	1
Internos(as)	1
Funcionarios en general sin especificar	7

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de institución en el cual se realizaron los estudios, la mayor parte se concentra en hospitales públicos (atención terciaria) de distintos niveles de complejidad. Un estudio se realizó tanto en una sociedad profesional como en una unidad académica de formación superior, siendo la única investigación que abarcó a más de una población.

**TABLA 4**  
**TIPO DE INSTITUCIONES DONDE SE REALIZARON LOS ESTUDIOS**

Tipo de institución	Nº de estudios
Hospitales de alta complejidad	6
Hospitales (sin especificación)	3
Sociedades profesionales	2
Unidades académicas de formación superior	2
Hospitales de baja complejidad	1
CESFAM	1
Sin especificar	4

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta una síntesis cualitativa de la evidencia encontrada a partir de la revisión sistemática. Se seleccionó este tipo de análisis, debido principalmente a la heterogeneidad de los distintos estudios encontrados, lo cual dificulta la realización de un metaanálisis que logre integrar los resultados de manera cuantitativa. De esta manera, se sintetizarán los principales resultados de las investigaciones encontradas, con el fin de generar una síntesis integradora capaz de dar cuenta de los saberes construidos hasta el momento respecto al *burnout* en los/as trabajadores/as de la salud en Chile. Para ello, se han definido dos ejes: 1) Prevalencia del *burnout* en trabajadores/as de la salud y 2) Factores asociados al *burnout* en trabajadores/as de la salud, los cuales se revisarán a continuación.

## PREVALENCIA DEL *BURNOUT* EN TRABAJADORES/AS DE LA SALUD

Como se mencionó anteriormente, los estudios sobre *burnout* son ampliamente heterogéneos, no solo en lo que respecta a las características de las muestras en las cuales se aplican (por ejemplo: diversidad de estamentos, tipo de instituciones y niveles de atención de salud), sino también en términos de los instrumentos aplicados (principalmente el MBI en sus distintas versiones y, en menor medida, el CESQT), los criterios para definir los puntajes de corte y la presentación de resultados (ya sea como puntaje global o por dimensiones). Considerando estos antecedentes, a continuación se presentan de manera sintetizada los resultados de los estudios que dieron cuenta de la prevalencia del síndrome de *burnout* en las distintas muestras estudiadas:

- Todos los participantes tienen síndrome de *burnout* o se encuentran en riesgo de padecerlo. En las subdimensiones de **agotamiento emocional** y **despersonalización**, los puntajes se concentran en los niveles medios, mientras que en la escala de **realización personal**, los puntajes se concentran en los niveles altos (Flores et al., 2014).

- El 100% del total de los encuestados presentó *burnout* ya sea de alto grado o intermedio. Los que presentaron mayor porcentaje de alto grado de *burnout* son aquellos entre 25 y 35 años. El mayor grado de *burnout* se observó en los residentes (57%) ( $p=0,03$ ) (Ortega et al., 2015).
- Un 10% de los trabajadores percibió altos niveles de síndrome de *burnout* y un 88,8%, medio/moderado, concentrándose los puntajes más elevados en las subdimensiones de **agotamiento emocional** y **realización personal** (Salgado-Roa y Lería-Dulcic, 2020).
- Los resultados muestran que un 4% de los profesionales presenta síndrome de *burnout* (SB) y un 89% corre riesgo de padecerlo. Los profesionales de la oncología tienen mayor riesgo ya que presentan mayores niveles de **agotamiento emocional** y menores niveles de **realización personal** (Vega, González, Santibáñez et al., 2017).
- El 38,3% de los residentes cumplió criterios de *burnout*, con un 41,9% en residentes de especialidad y 24,1%, en residentes de subespecialidad. En el análisis por subgrupos, la mayor prevalencia se encontró en especialidades quirúrgicas (55,3%) (Díaz et al., 2017).
- El 4% de los participantes presentó *burnout* y un 71% estaba en riesgo de padecerlo (Vega, González, Bustos et al., 2017), presentando mayor **agotamiento emocional** y **baja realización personal**.
- Respecto a la escala de MBI, la prevalencia global del síndrome fue del 64,4%, mientras que, por dimensiones, el **cansancio emocional** mostró una prevalencia del 76%; la **baja realización personal** en el trabajo, el 55%, y la **despersonalización**, el 62% (Losada et al., 2018).
- El 72,8% cumple criterios de síndrome de *burnout* (SBO) en al menos una subescala, de los cuales el 26%, 27% y 19% presentan SBO en al menos una, dos y tres subescalas respectivamente (Muñoz et al., 2018).
- El 25,5% presenta síntomas de *burnout*, un 26,8% presenta niveles medios y un 47,7% presenta niveles bajos de *burnout* (Veliz et al., 2018).
- La media de MBI total fue de 33,45, en hombres, y de 31,68, en mujeres. El personal técnico-paramédico presentó la media más alta (33,83), mientras que las enfermeras presentaron la media más baja (29,62) (García et al., 2018).
- De los 565 trabajadores que participaron, 57 encuestados presentaron síndrome de *burnout*, es decir, el 10,5% de la muestra (IC 95% 8,1-13,5) (Jiménez et al., 2019).
- La subescala **desgaste emocional** muestra una puntuación promedio de 10.6 pts. (DS = 7.0); en esta dimensión, las clasificaciones media y alta concentran un 50,7% de la muestra. En la subescala de **cinismo** el puntaje promedio fue de 13.2 pts. (DS = 5.9); concentrándose un 61% de la muestra en las clasificaciones media y alta. Por último, en la dimensión **eficacia profesional**, el promedio de puntuación fue de 26.1 pts. (DS = 4.8), donde las clasificaciones media y alta concentran un 97,9% de la muestra (Seguel y Valenzuela, 2014).
- Los resultados muestran que un 76% de los funcionarios no presenta *burnout*; un 18% presenta trastorno pero no está inhabilitado clínicamente y un 6% está inhabilitado para trabajar sin tratamiento clínico (Chiang y Sigoña, 2011).
- La muestra estudiada se mantuvo en un nivel “bajo” de *burnout*, aunque próximo a su límite superior. El análisis individual de las tres dimensiones medidas del *burnout* también mostró que en el caso del **agotamiento emocional** la puntuación media se ubicó en el nivel “intermedio bajo”, en el de **despersonalización** en nivel “bajo” y en el de **realización personal** se ubicó en nivel “intermedio alto” (Marilaf et al., 2017).
- La muestra presentó clasificación baja y media en las subescalas **desgaste emocional** y **cinismo**, y clasificación alta en la subescala **eficacia profesional**. Destacaron con puntajes promedios más altos los servicios de Medicina Adulto, Diálisis, Pensionado y Esterilización (Seguel y Valenzuela, 2016).
- El resultado global de *burnout* mostró valores bajos (media=23,62; DS=9,63). El **desgaste psíquico** es la dimensión en que las enfermeras presentan el mayor nivel de síndrome de *burnout*. Las dimensiones que presentan menor *burnout* son **ilusión por el trabajo**, **indolencia** y **culpa** (Soto et al., 2017).

En síntesis, la mayoría de los estudios dan cuenta de una prevalencia importante de *burnout* en trabajadores/as de la salud, con una concentración en niveles medios, lo que supone que el personal sanitario está en un riesgo permanente de padecer síndrome de *burnout*. Por otro lado, cabe destacar que, en términos generales, la subdimensión de **agotamiento emocional** es la que presenta los niveles más altos, dando cuenta del desgaste al que están expuesto los/as trabajadores. Por otro lado, la subdimensión de **falta de realización profesional** es la que presenta mejores resultados en la mayoría de los estudios, lo que podría dar cuenta de que, a pesar del desgaste, el personal sanitario sienta una valoración positiva por su trabajo, lo que se constituiría como un factor protector frente al *burnout*.

## FACTORES ASOCIADOS AL BURNOUT EN TRABAJADORES/AS DE LA SALUD

Los distintos estudios analizaron, entre otras cosas, cómo se relacionan distintas variables con el desarrollo del síndrome de *burnout*, ya sea como factores protectores o factores de riesgo. A continuación, se presentan los principales resultados encontrados al respecto:

- **Escolaridad:** De acuerdo con el estudio de Chiang y Sigoña (2011), el nivel de escolaridad influye en la aparición de *burnout*, presentándose niveles más altos del síndrome en el personal auxiliar de servicio, administrativo y técnico; de esta manera, es esperable que, a mayores niveles de escolaridad (formación universitaria),

se presentasen más recursos para enfrentar el *burnout* (Chiang y Sigoña, 2011); sin embargo, es necesario mencionar que si bien existe dicha correlación, esta es significativamente baja.

- **Fatiga:** La fatiga y el síndrome de *burnout* presentaron una correlación significativa, particularmente en su dimensión de **desgaste emocional** (Seguel y Valenzuela, 2014), dando cuenta de que, a medida que aumenta la fatiga, también lo hace el **desgaste emocional**. Por tanto, de acuerdo con estudio de Seguel y Valenzuela (2014), se podría establecer la fatiga como un indicio o predictor de *burnout*, lo que se condice con los resultados de otro estudio (Leone et al., 2009).
- **Ambigüedad y conflicto de rol:** Los resultados de un estudio (Olivares-Faúndez et al., 2014) dan cuenta de la influencia de la ambigüedad y conflicto sobre el *burnout*, estableciéndose particularmente el conflicto de rol como un predictor del síndrome y, de manera significativa, de **desgaste emocional**. Estos resultados se condicen con estudios realizados en otros países con trabajadores que no pertenecen al área de la salud (eg. Osca et al., 2003; Jawahar et al., 2007; y Zellars et al., 1999).
- **Apoyo al duelo:** Respecto al apoyo en duelo, dos estudios indican la relación de esta variable con el síndrome de *burnout*. Un estudio de Vega, González, Bustos et al. (2017) establece que aquellos funcionarios que percibían reconocidos su vínculo con el paciente y la pérdida, tenían menores probabilidades de desarrollar *burnout*. Un segundo estudio también da cuenta de que la percepción de los trabajadores en relación al reconocimiento y el apoyo recibido frente a la muerte de los pacientes bajo su cargo se relaciona con el desarrollo del *burnout* (Vega, González, Santibáñez et al., 2017). Al correlacionar el apoyo en duelo y el *burnout*, los datos sugirieron que tanto el reconocimiento del vínculo como de la pérdida tras la muerte de un paciente, disminuye la despersonalización del profesional y mejora su realización personal (Vega, González, Bustos et al., 2017). Por tanto, el apoyo en duelo se constituiría como un factor mediador en el desarrollo de *burnout*, disminuyendo el riesgo de padecerlo.
- **Apoyo social:** El apoyo social es quizás uno de los factores asociados al *burnout* más estudiados, sobre todo en muestras de profesores (eg. Jiménez et al., 2012; Quiñones et al., 2012; Ramírez y Zurita, 2010). Los estudios dan cuenta de una correlación negativa de esta variable con el **desgaste emocional** y la **despersonalización**, así como de una correlación positiva con **realización personal**. A pesar de que en la presente revisión solo un estudio abordó esta variable, dicha investigación dio resultados similares a los mencionados para muestras de docentes, estableciéndose una relación inversa entre apoyo social y *burnout* (García et al., 2018); en esta mis-

ma línea, y relacionada con el apoyo social, el estudio de Salgado-Roa y Lería-Dulcic (2020) dio cuenta de que el apoyo directivo (es decir, de las jefaturas) explica en parte la variabilidad del **agotamiento emocional**, proponiéndose como un buen predictor de *burnout*.

- **Violencia:** El estudio realizado por Jiménez et al. (2019) indicó que el *burnout* –particularmente, en sus dimensiones **agotamiento emocional** y **despersonalización**–, se relaciona de manera positiva con episodios de violencia al interior de los servicios de emergencia, lo cual es preocupante si se considera que más del 70% de la muestra reportó haber sido víctima de violencia en los últimos doce meses. Sin embargo, a pesar de establecer dicha relación, dado el diseño del estudio no es posible establecer causalidad entre violencia y *burnout*.
- **Satisfacción laboral:** De acuerdo con los resultados presentados por Soto et al. (2017), la mayoría de las dimensiones de satisfacción laboral evidenciaron correlaciones estadísticamente significativas negativas con las dimensiones de *burnout*, es decir, a mayor satisfacción laboral, menor es el riesgo de padecer *burnout*.

En síntesis, la evidencia indica que la mayor parte de los factores estudiados relacionados con el *burnout*, corresponden a factores organizacionales más a que a factores personales, lo cual da cuenta de la influencia que tienen las condiciones de trabajo en la salud de los/as trabajadores/as y, particularmente, en el desarrollo del síndrome de *burnout* en ellos.

## CARACTERIZACIÓN DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD

Los trabajadores de la salud constituyen uno de los grupos de la población significativamente más expuestos al virus SARS-COV2, lo que ha implicado que los países han tenido que considerar a sus trabajadores de la salud como el más valioso de los recursos para enfrentar la pandemia, expandiendo la protección de los mismos, tanto mediante la entrega de elementos de protección personal (EPP), como generando intervenciones para garantizar la seguridad y bienestar (COVID-19: protecting health-care workers, 2020).

Un elemento importante para visibilizar el problema relativo a la salud mental es el contexto de la pandemia por COVID-19. Lo anterior, en el sentido del impacto que tendrá la crisis sanitaria sobre la salud mental de los trabajadores de la salud, sus familias e incluso en población general. Para estos efectos se efectuó una revisión de la literatura con la finalidad de visibilizar la evidencia que se ha producido a la fecha en esta materia.

## RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Los resultados de la búsqueda sobre el impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud se presentan a continuación en la tabla 5, y consideran el o los autores y año de publicación, el país en donde se efectúa el estudio, contexto, objetivo del estudio, los diseños de investigación y los efectos producidos.

<b>TABLA 5</b> <b>RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA</b>					
Autor, año	País	Población/ contexto	Objetivo	Diseño	Efectos producidos
Ying et al., 2020	China	Hospitales en Ningbo, China. Trabajadores de salud y familiares.	Investiga el estado de salud mental y los factores relacionados en las familias de los trabajadores sanitarios empleados en hospitales designados en Ningbo, China.	Estudio transversal	Detecta importante carga en salud mental en los familiares de los trabajadores de la salud.
Preti et al., 2020		Trabajadores de salud laborando en respuesta al COVID-19.	Levantar evidencia cuantitativa sobre el impacto psicológico de los brotes epidémicos / pandémicos.	Revisión de la literatura	Trabajadores de salud que responden a brotes epidémicos / pandémicos muestran consecuencias negativas para la salud mental.
Talevi et al., 2020		Población general, trabajadores de la salud de China.	Sintetiza la evidencia sobre las respuestas psicológicas durante la etapa inicial de la pandemia entre la población general y los trabajadores de la salud.	Revisión de la literatura	Confirma impacto psicológico en la población general y entre los trabajadores de salud.
Fawaz & Samaha, 2020	Líbano	Profesionales de salud del Líbano	El objetivo de este estudio fue explorar los efectos psicosociales de estar en cuarentena después de la exposición al COVID-19 entre los profesionales de la salud libaneses.	Estudio cualitativo	Se corrobora un impacto psicológico en el personal de salud, así como problemas de estigmatización.
Varshney et al., 2020	India	Población general en la India.	Este estudio buscó determinar el impacto psicológico inicial del COVID-19 en la población general; y comprender su relación con los síntomas físicos.	Estudio transversal	Se determina que COVID-19 tuvo impacto psicológico significativo.
Yang et al., 2020	Corea del Sur	Fisioterapeutas	Evalúa carga de salud mental en fisioterapeutas, expuestos al trabajo en COVID-19.	Estudio transversal	Se detectan síntomas de ansiedad y depresión.
Liu et al., 2020	China	Personal médico en China	Identificar los factores que influyen en la ansiedad de los trabajadores médicos en China durante el brote de COVID-19.	Estudio transversal	Se determina que hubo síntomas de ansiedad, especialmente aquellos que tuvieron contacto clínico directo con pacientes infectados.
Sun et al., 2020	China	Trabajadores de la salud expuestos a pacientes son virus SARS-COV2.	Evalúa el impacto del brote de 2019-nCoV en el estado psicológico de los trabajadores de la salud chinos y explora los factores que influyen.	Estudio transversal	El impacto general del brote en la salud mental es de nivel leve.
Xing et al., 2020	China	Personal médico en 12 hospitales de China, en donde se enfrenta el brote de SARS-COV2.	Estudia relación entre los rasgos de personalidad y las condiciones de salud mental del personal médico para proporcionar una base y referencia para la implementación de una educación específica sobre salud mental.	Estudio transversal	Este estudio muestra que la salud mental general del personal médico es generalmente deficiente cuando se trata con COVID-19.

Wu & Wei, 2020	China	Personal médico en centros hospitalarios.	Comprender los cambios en los factores psicológicos y el estado del sueño del personal médico de primera línea en la lucha contra el COVID-19.	Estudio transversal	Hay evidencia de síntomas psicológicos y de afectación del sueño en el personal médico que participa en la lucha contra el COVID-19.
Lu et al., 2020	China	Personal de salud del Hospital Provincial de Fujian, que lucha contra el SARS-CoV-2	Evalúa el estado psicológico del personal de salud.	Estudio transversal	El personal de salud está expuesto a una mayor carga psicológica, la cual se incrementa en caso de estar frente a pacientes con COVID-19.
Zhang et al., 2020	China	Trabajadores de la salud	Explora si los trabajadores de la salud médica tenían más problemas psicosociales que los trabajadores de salud no médicos durante el brote de COVID-19.	Estudio transversal	Se encontró factores de riesgo potenciales para que los trabajadores de la salud desarrollen insomnio, ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y somatización.
Lai et al., 2020	China	Trabajadores de la salud	Evalúa la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China.	Estudio transversal	Los trabajadores de la salud que respondieron al brote de COVID-19 informaron altas tasas de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia.
Song et al., 2020	China	Personal médico	Evalúa la salud mental del personal médico del departamento de emergencias durante la epidemia en China.	Estudio transversal	El personal de salud expuesto a enfrentar la crisis sanitaria tiene mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y TEPT.
Shi et al., 2020	China	Población general	Investiga la prevalencia y los factores de riesgo asociados con los síntomas de salud mental en la población general de China durante la pandemia de COVID-19.	Estudio transversal	Se identifican síntomas de salud mental frecuentes durante el brote de COVID-19 entre la población general en China, especialmente entre las personas infectadas.
Hou et al., 2020	China	Trabajadores de la salud	Examinó el efecto del apoyo social en la salud mental de los trabajadores de la salud.	Estudio transversal	Se comprueba un papel protector del apoyo social en la salud mental para los trabajadores sanitarios.
Cai et al., 2020	China	Trabajadores de la salud de primera línea y quienes no lo fueron.	Compara el impacto psicológico del brote de COVID-19 entre los trabajadores médicos de primera línea y quienes no lo son en China.	Estudio de caso y control	Los trabajadores de salud de primera línea tenían más problemas mentales, pero no hubo diferencia significativa en relación a comportamientos de búsqueda de ayuda y tratamiento para estos problemas, en comparación a quienes no trabajaban en primera línea.

Fuente: Elaboración propia.

## SÍNTESIS NARRATIVA DE LA EVIDENCIA

En la revisión de la literatura sobre los efectos de la pandemia desatada por el virus SARS-COV2 sobre la salud mental de trabajadores de la salud, familiares y población general, se puede corroborar un impacto; solamente en un estudio se identifican efectos leves (Sun et al., 2020). Sin embargo, hay que señalar que en todos los trabajos identificados se identifican efectos negativos de la crisis sanitaria sobre la salud mental.

El COVID-19 ha afectado profundamente al mundo, golpeando tanto la actividad económica, en general, como lo propiamente sanitario. Los familiares del personal de salud constituyen un grupo de la población particularmente expuesto a ser afectado por problemas de salud mental. En un estudio desarrollado en la provincia de Ningbo, China, se determinó que hay una prevalencia de síntomas de ansiedad de un 33,73% (IC del 95%: 30,53–36,92%), y depresión 29,35% (IC del 95%: 26,27–32,43%), lo cual evidencia una carga de salud mental entre familiares de los trabajadores de la salud, con especial énfasis en aquellos casos donde un miembro del grupo familiar es parte de la respuesta al COVID-19 (Ying et al., 2020).

En esta búsqueda de evidencia, se encontraron dos revisiones de la literatura que, si bien no son revisiones sistemáticas, entregan una visión sobre los posibles efectos de los brotes epidémicos sobre el personal de salud. En el caso de Preti et al. (2020) SARS, MERS, COVID-19, ebola, and influenza A, se identificó que entre un 11% y 73,4% de los trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras y personal auxiliar), informaron síntomas de estrés postraumático durante los brotes.

También se identifican síntomas depresivos entre un 27,5% a 50,7%; síntomas de insomnio en un 34% y 36,1%, y síntomas de ansiedad grave en 45% de los casos. Los síntomas psiquiátricos generales durante los brotes tienen un rango comprendido entre el 17,3% y el 75,3%. Se reportan altos niveles de estrés relacionado con el trabajo en 18,1% a 80,1%. Otro elemento que aporta la revisión de Preti, fue puntualizar que hay varias características individuales y relacionadas con el trabajo que pueden considerarse factores de riesgo o de protección, como las características de la personalidad, el nivel de exposición de los pacientes afectados y el apoyo organizacional.

En la segunda revisión de la literatura (Talevi et al., 2020), se puso la atención en la población general, así como en los efectos sobre los trabajadores de la salud y como esta podría verse afectada por problemas de salud mental. En la población general, los hallazgos mostraron que la población de China sufrió una afectación: entre 7% y 53,8%, experimentó angustia psicológica durante la etapa inicial del brote de COVID-19. En el caso de los trabajadores de la salud, los hallazgos identificados mostraron que los trabajadores de la salud han estado expuestos a altos niveles de eventos estresantes o traumáticos, generando importantes resultados negativos de salud mental, incluidos síntomas relacionados con el estrés, depresión, ansiedad e insomnio.

La tasa de depresión fue del 50,4%; la tasa de ansiedad varió de 23,04% a 44,6%; la tasa de insomnio fue de 34%, y la tasa de estrés tuvo una variación entre 27,39% a 71,5%.

Los trabajos de Varshney y Shi están centrados en analizar los efectos en la salud mental en la población general. En el caso del estudio de Varshney et al. (2020), los resultados apuntan a que un 33,3% de los encuestados tuvo un impacto en salud mental relacionado con el brote de COVID-19. Los factores que predijeron un mayor impacto fueron: ser menores de edad, mujeres y contar con una comorbilidad física conocida. El trabajo de Shi et al. (2020), es un estudio que realizó una encuesta en línea, con una gran muestra de población. Se llevó a cabo desde el 28 de febrero de 2020 al 11 de marzo de 2020 e involucró a las 34 regiones a nivel provincial de China. En este trabajo se identificó tasas de síntomas de salud mental entre los encuestados que fueron de 27,9% (IC del 95%, 27,5%-28,2%) para la depresión, 31,6% (IC del 95%, 31,2%-32,0%) para la ansiedad, 29,2% (IC del 95%, 28,8%-29,6%) para el insomnio y 24,4% (IC del 95%, 24,0%-24,7%) para el estrés agudo.

Adicionalmente, se puede extraer del trabajo de Shi et al. (2020) que los resultados indican que los síntomas de salud mental pueden haber sido comunes durante el brote de COVID-19 entre la población general en China, especialmente entre las personas infectadas, las personas con sospecha de infección y las personas que podrían haber estado en contacto con pacientes con COVID-19. Algunas medidas, como la cuarentena y los retrasos en el regreso al trabajo, también se asociaron con la salud mental entre la población.

En los estudios que tuvieron como foco el análisis sobre los efectos del brote de COVID-19 sobre el personal de salud hay que destacar la consistencia en los resultados, donde se puede comprobar una afectación de la salud mental, sobre todo en el personal que estuvo directamente enfrentando al COVID-19 como parte de la primera línea de respuesta.

El trabajo de Fawaz & Samaha (2020), nos entrega luz sobre los efectos en salud mental de aquellos trabajadores de salud que laboran en la respuesta al COVID-19 y tuvieron que ser puestos en cuarentena debido a la exposición. Se encontraron síntomas como estrés severo, frustración, conflicto e ira, como resultado de la separación y estigmatización. Este estudio plantea la necesidad de establecer una comunicación de salud adecuada al público para que pueda conocer la realidad de la situación y evitar cualquier concepto erróneo y estigmatización al personal de salud.

En el caso de Yang et al. (2020), se centró la atención en los fisioterapeutas que forman parte de la respuesta al COVID-19. Estos presentaron en un 32,3% y 18,5% síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente.

El estudio desarrollado por Liu et al. (2020) estuvo enfocado en realizar una encuesta para identificar prevalencia de ansiedad en trabajadores de hospitales que enfrentaron el brote de COVID-19 en China. La prevalencia de ansiedad fue del 12,5%, con ansiedad leve (10,35%), ansiedad moderada (1,36%) y ansiedad severa (0,78%).

En el estudio desarrollado por Xing et al. (2020) se señala que las pruebas psicológicas muestran que las personas requieren un proceso de adaptación a emergencias catastróficas, desde el rechazo inicial, el impacto y el miedo, hasta la habituación, la aceptación y la calma, hasta un proceso regular de convivencia. En el caso del personal médico, es particularmente importante prestar atención a las condiciones de salud mental mientras cumple con sus responsabilidades, dado que esto puede afectar decisiones que toma, pudiéndose afectar los resultados de salud.

En un trabajo centrado sobre el análisis sobre las condiciones psicológicas y de calidad del sueño en médicos de primera línea realizado por Wu & Wei (2020), se determinó que existe evidencia de presencia de síntomas psicológicos como somatización, depresión, ansiedad y terror. En el caso de síntomas de afectación del sueño, los participantes con insomnio moderado alcanzaron el 61,67% y los participantes con insomnio severo, el 26,67%.

Otro trabajo centrado en el estado de la salud mental del personal médico durante el brote de COVID-19, centró su atención en los médicos del hospital provincial de Fujian, China (Lu et al., 2020). Entre los hallazgos de este estudio se identifica que la proporción del grupo de personal médico con miedo moderado y severo fue mayor que en el grupo de personal administrativo (70,6% versus 58,4%). Además, el 22,6% del personal médico mostró ansiedad leve a moderada y el 2,9%, grave. Las proporciones correspondientes de personal administrativo fueron 17,1% y 2,9%. Un 11,8% del personal médico presentó depresión leve a moderada y 0,3%, depresión severa. Una de las conclusiones del estudio señala que los médicos muestran mayor miedo, ansiedad y depresión que el personal administrativo. Además, los médicos de primera línea que trabajaban en el departamento de enfermedades respiratorias, urgencias, UCI y enfermedades infecciosas, tenían dos veces más probabilidades de sufrir ansiedad y depresión.

En el estudio realizado por Zhang et al. (2020), se profundiza en caracterizar las diferencias al interior del personal de salud. Entre los hallazgos destaca que, en comparación con los trabajadores de salud no médicos ( $n = 1255$ ), los trabajadores de salud médicos ( $n = 927$ ) tenían una mayor prevalencia de insomnio (38,4% frente a 30,5%,  $p < 0,01$ ), ansiedad (13,0% frente a 8,5%,  $p < 0,01$ ), depresión (12,2% frente a 9,5%;  $p < 0,04$ ), somatización (1,6% frente a 0,4%;  $p < 0,01$ ) y síntomas obsesivo-compulsivos (5,3% frente a 2,2%;  $p < 0,01$ ).

Otro estudio desarrollado en la misma línea, en el sentido de identificar grupos con mayor riesgo de tener problemas de salud mental, es el efectuado por Lai et al (2020). Dicho estudio concluyó que el personal de enfermería, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y los que trabajan en Wuhan, China, informaron grados más severos de todas las mediciones de síntomas de salud mental que otros trabajadores de la salud, siendo los síntomas más frecuentes: depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]). En una línea similar, Song et al. (2020), encuentra altos niveles de prevalencia de síntomas depresivos y tras-

torno de estrés postraumático (TEPT) del 25,2% y el 9,1%, respectivamente, siendo los hombres más propensos a tener síntomas depresivos y TEPT que las mujeres. Los sujetos de mediana edad, que trabajaban menos años, tenían más tiempo de trabajo diario y niveles más bajos de apoyo social, tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y TEPT. Adicionalmente, ser personal de enfermería se asoció con un mayor riesgo de TEPT.

En la revisión, el trabajo que posee una mayor fortaleza metodológica es el trabajo de Cai et al. (2020), que es un estudio de caso y control entre trabajadores de salud de primera línea frente aquellos que no lo son, en el periodo del brote de COVID-19 en China. Los resultados del trabajo de Cai están expresados en Odds Ratio (OR), entre ambos grupos de la población. Considerando lo anterior, los trabajadores de salud de primera línea tenían tasas más altas de cualquier problema mental (52,6% frente a 34,0%, OR ajustado = 1,88, IC del 95% = 1,57-2,25), síntomas de ansiedad (15,7% frente a 7,4%, OR ajustado = 1,95, IC del 95% = 1,46-2,61), estado de ánimo depresivo (marginamente insignificante; 14,3% frente a 10,1%, OR ajustado = 1,32, IC del 95% = 0,99-1,76) e insomnio (47,8% frente al 29,1%, OR ajustado = 1,96, IC del 95% = 1,63-2,36) que los trabajadores médicos que no están en primera línea. No se observaron diferencias significativas en términos de ideación suicida (12,0% frente a 9,0%, OR ajustado = 1,25, IC del 95% = 0,92-1,71), búsqueda de ayuda (4,5% frente al 4,5%, OR ajustado = 1,00, IC del 95% = 0,53-1,87) o tratamiento (3,4% vs 2,3%, OR ajustado = 1,38, 95% CI = 0,54-3,52) para problemas mentales. Los trabajadores de salud de primera línea presentaban más problemas mentales pero también comportamientos de búsqueda de ayuda y tratamiento para estos problemas.

En la búsqueda de evidencia, uno de los trabajos resaltó el efecto del apoyo social en la salud mental de los trabajadores de la salud (Hou et al., 2020). Los hallazgos mostraron que la resiliencia podría mediar parcialmente el efecto del apoyo social en la salud mental entre los trabajadores de la salud, además de identificar un papel protector del apoyo social.

## RIESGOS PSICOSOCIALES, *BURNOUT* Y LEGISLACIÓN: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Los cambios en el mundo del trabajo, principalmente aquellos relacionados con el avance tecnológico, la globalización, el desarrollo productivo, las crisis económicas, los cambios demográficos, entre otros factores, han generado nuevos desafíos en el ámbito de los factores de riesgo a los cuales los trabajadores están expuestos, adquiriendo un papel principal los factores psicosociales, algunos de los cuales pueden devenir en factores de riesgo psicosociales, si no son abordados de la manera adecuada. De acuerdo con la OIT (1984), los factores psicosociales en el trabajo pueden definirse como:

Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su orga-

nización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (p. 12).

Considerando esta definición, elementos tanto del contenido del trabajo (por ejemplo, diseño de tareas, carga de trabajo, etc.) como de su organización (cultura organizacional, niveles de autonomía, tipos de liderazgos, etc.), pueden convertirse en factores de riesgo psicosociales, generando, a su vez, consecuencias no solo en la salud física del trabajador, sino también en su salud mental, a través del estrés laboral, la violencia en el trabajo, el acoso laboral y el síndrome de *burnout*, entre otros.

## RIESGOS PSICOSOCIALES Y *BURNOUT* EN LA UNIÓN EUROPEA

En las últimas décadas, en la Unión Europea (UE) se ha registrado un interés creciente respecto al abordaje de los riesgos psicosociales en el trabajo, asumiendo principalmente una tutela preventiva que ha quedado plasmada en diversas *soft laws* (principalmente, guías y directrices) y, en distintos niveles, a través de las respectivas legislaciones nacionales de los países miembros.

Uno de los puntos de partida del abordaje de los riesgos psicosociales en el trabajo por parte de la UE fue la Estrategia Comunitaria para el período 2002-2007 (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002), que establece en uno de sus capítulos que:

La creciente incidencia de los trastornos y las enfermedades psicosociales plantea nuevos retos para la salud y la seguridad en el trabajo y compromete la mejora del bienestar en el trabajo. Las diversas formas de acoso psicológico y violencia en el trabajo representan actualmente un problema particularmente peliagudo, que justifica una acción de carácter legislativo (p. 13).

De esta manera, la UE comenzaba a establecer las primeras directrices que guiarían el desarrollo del abordaje de los riesgos psicosociales –entendidos en ese tiempo como “riesgos emergentes”–, con especial énfasis en el acoso y la violencia en el trabajo, en los países miembros. Posteriormente, el año 2003, la UE estableció la importancia de desarrollar diálogo social antes de tomar cualquier tipo de acción legislativa por parte de los países miembros (Velásquez, 2020), luego de lo cual surgieron tres principales acuerdos marco relativos al estrés laboral (2004), la violencia y el acoso (2007), y la violencia de terceros (2020).

Por otro lado, los distintos países también comenzaron a abordar la temática en sus legislaciones nacionales, con distintos niveles de profundidad, ya sea limitándose a adoptar las directrices de la UE o profundizando el abordaje a través de legislación específica. A continuación, se revisará brevemente la forma de abordar los riesgos psicosociales en algunos de los países miembros de la UE (Velásquez, 2020):

- **Reino Unido:** Existe una regulación mínima, adoptando las directivas emanadas por la Unión Europea, pero sin legislar de manera particular en torno a los riesgos psicosociales, excepto por el estrés a través del “Stress Management Standards”, normativa que incorpora al estrés en la prevención de riesgos.
- **España:** El tratamiento de los riesgos psicosociales se ha efectuado principalmente por la vía administrativa (a través de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social), de modo jurisprudencial por parte de los tribunales de justicia, incorporando de manera implícita los riesgos psicosociales en el derecho a la seguridad y salud en el trabajo.
- **Francia:** De manera particular, se ha incorporado el acoso en el trabajo en el Código del Trabajo y en el Código Penal, sin embargo, no se abordan los riesgos psicosociales en general en la legislación.
- **Italia:** Solo el estrés laboral se ha abordado de manera legislativa, incorporándose en la obligación general de evaluación de riesgos. Cabe destacar que la violencia y el acoso no se consideran dentro de la normativa laboral, siendo materia de los tribunales de justicia.
- **Alemania:** Se han reconocido e incorporado los riesgos psicosociales en la ley general de riesgos laborales. Además, se han desarrollado importantes campañas de información y prevención, incorporando a actores tanto del mundo público como privado.
- **Bélgica:** Posee una regulación que aborda de manera específica los riesgos psicosociales a través del Real Decreto del 10 de abril de 2014 sobre prevención de riesgos psicosociales en el trabajo.
- **Suecia:** A través de la ordenanza AFS 2015-4, se describen los factores psicosociales más relevantes, aunque sin emplear el término de “riesgos psicosociales”.

De esta manera, se da cuenta que el énfasis ha estado puesto en la prevención de los riesgos, con un reconocimiento –ya sea implícito o explícito– del impacto que pueden tener en la salud de los y las trabajadores/as; a pesar de ello, esto no se ha traducido en un cambio en términos del abordaje de las patologías de origen psicosocial en la legislación respecto a las enfermedades profesionales o de origen laboral, tal como se revisará a continuación.

En la Recomendación 194 de la OIT (2002), que aborda la lista de enfermedades profesionales, revisada en 2010, si bien en el punto 2.4, Trastornos mentales y del comportamiento, solo se incluye al estrés postraumático como enfermedad profesional, se deja abierta la posibilidad de incorporar otras patologías de carácter mental en las que se pueda establecer el vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo y el desarrollo de enfermedad:

2.4.2. Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de

las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador (OIT, 2002, p. 7).

Este hecho marca un punto de inflexión en términos del tratamiento de las enfermedades mentales como enfermedades profesionales ya que, hasta la actualización del año 2010, estas no habían sido incorporadas en el listado de la OIT. Sin embargo, a pesar de que la OIT recomienda la incorporación del síndrome de *burnout* (entre otras patologías mentales) en las listas de enfermedades profesionales nacionales (OIT, 2016), esta modificación no ha conllevado necesariamente una adopción de esta o de un cambio en las regulaciones nacionales por parte de los distintos países.

A nivel de la Unión Europea, de acuerdo con un estudio de Lastovkova et al. (2018), el único país que ha incorporado el síndrome de *burnout* en su legislación respecto a enfermedades profesionales es Letonia.

Por otra parte, Dinamarca, Eslovaquia, Hungría, Portugal y Estonia, cuentan con un sistema mixto de clasificación de enfermedades profesionales. Es decir, existe la posibilidad de reconocer como enfermedades de origen laboral ciertas patologías que no estén listadas, en la medida en que se cumplan determinados criterios. En los Países Bajos y Suecia, en donde no utilizan el sistema de listado, también es posible el reconocimiento del origen laboral del *burnout*, en la medida en que se pueda establecer la relación de causa-efecto (trabajo-enfermedad). En Francia, también es posible este reconocimiento, ya que su legislación establece un "sistema adicional de reconocimiento de enfermedades profesionales" (Lastovkova et al, 2018).

Existen otros países en donde es posible el reconocimiento del *burnout* como enfermedad laboral, ya que, aunque poseen listados de enfermedades profesionales, se trata de listados abiertos: Bosnia y Herzegovina, Islandia, Malta y Turquía (Guseva et al., 2019).

En el resto de los países, el *burnout* no está listado como enfermedad profesional ni existe la posibilidad de su reconocimiento, por tanto, no existen medidas compensatorias para los trabajadores afectados, teniendo estos que recurrir a la vía judicial en busca de algún tipo de reconocimiento o indemnización. Cabe destacar el caso de España ya que, al igual que en la mayoría de los países miembros de la Unión Europea, el síndrome de *burnout* no ha sido reconocido como enfermedad profesional, pero existe jurisprudencia respecto a su reconocimiento como accidente de trabajo, tal como dan cuenta los siguientes ejemplos de fallos de tribunales de justicia españoles:

Consideramos que ha de concluirse que el proceso de incapacidad temporal iniciado el 24-6-2010 al que se acumuló el de 15-3-2011 y así mismo la situación de incapacidad permanente total reconocida deben considerarse derivadas de contingencia profesional. No de enfermedad profesional, dado que no se encuentra la enfermedad listada en el RD 1995/1978 de 12 de mayo (la ley 876/1978) (Art. 116 LGSS Texto de 1994), pero sí accidente de trabajo de conformidad con la previsión

contenida en el Art. 115.2 e) LGSS (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, 2017).

El mantenimiento en su actual puesto de trabajo y ubicación impide una evolución correcta y adecuada y le hace recaer de nuevo en la presencia de sintomatología que resulta compatible con el síndrome de *burnout*, siendo por todo ello acreedora del grado de incapacidad permanente total, con efectos desde la fecha del dictamen del EVI (Juzgado de lo Social N° 10 de Las Palmas de Gran Canaria, 2015).

De esta manera, si bien en España el *burnout* no ha podido ser reconocido como enfermedad profesional (debido principalmente al sistema de lista cerrada en su clasificación de enfermedades profesionales, que implica que solo se consideran como tal aquellas patologías incorporadas en la legislación respectiva: Real Decreto 1299/2006), los fallos judiciales marcan un precedente importante respecto al reconocimiento del origen laboral del síndrome de *burnout*.

**TABLA 6**  
**RECONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PAÍSES EUROPEOS**

País	Estado del país <sup>a</sup>	Existencia de lista de enfermedades profesionales	Posibilidad de reconocer el síndrome de burnout	Criterios de evaluación	Nº de sujetos con síndrome de agotamiento reconocido (año)	Nº de sujetos compensados (año)	Plan de acción para limitar el estrés en el trabajo (% establecimientos) <sup>b</sup>	Participación de los empleados para abordar los riesgos psicosociales (% establecimientos) <sup>b</sup>
Bosnia y Herzegovina	2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Examen ocupacional	2 (2014-2016)	2 (2014-2016)	7	68
Chipre	1, 2, 3	Sí	Sí, pero no notificable	N/A	N/A	N/A	22	61
Dinamarca*	1, 2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Evaluación del comité, asociada con depresión (F32.9, F33.0), trastorno de adaptación (F43.2), trastorno de ansiedad (F41.9)	738 (2005-2015)	592 (2005-2015)	51	77
Estonia*	1, 2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Examen ocupacional individual	0	0	24	42
Francia*	1, 2, 3	Sí	Sí, sistema adicional	Evaluación del comité; la tasa de incapacidad mínima del 25%, asociada con trastornos mentales diagnosticados	1 (2015)	1 (2015)	7	68
Hungría*	1, 2	Sí	Sí, elemento abierto	Examen ocupacional individual	0	0	33	51
Islandia	2, 3	Sí	Sí	Examen psiquiátrico y ocupacional individual (directrices de la OIT)	0	N/A	26	69
Letonia*	1, 2, 3	Sí	Sí, listado	Examen psiquiátrico y ocupacional individual	42 (2013-2015)	42 (2013-2015)	20	55
Malta	1, 2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Evaluación del comité. Examen psiquiátrico y ocupacional individual	0	0	38	57
Países Bajos*	1, 2, 3	No	Sí	Examen ocupacional individual (de acuerdo con las pautas de NCOD)	1989 (2015)	N/A	26	62
Portugal*	1, 2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Examen psiquiátrico y ocupacional individual	N/A	7 (2015)	20	55
Eslovaquia*	1, 2	Sí	Sí, elemento abierto	Evaluación del comité, examen psiquiátrico y ocupacional individual	0	0	15	43
Suecia*	1, 2, 3	No	Sí	Examen psiquiátrico y ocupacional individual, duración del trastorno durante al menos un año y pérdida mínima de ingresos del 6,66%	329 (2015)	99 (2015)	51	73
Turquía	2, 3	Sí	Sí, elemento abierto	Evaluación del comité después del diagnóstico psiquiátrico individual	0	0	38	55

\* Datos de Lastovkova et al (2018).

a) 1: Estado miembro de la Unión Europea, 2: Miembro de pleno derecho de la Asociación de Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST); 3: Miembro de la Acción COST OMEGA-NET.

b) Datos de la encuesta Eurobarómetro sobre condiciones de trabajo (2014). NCOD: Centro Holandés de Enfermedades Profesionales; N/A: no aplica.

Fuente: Guseva et al (2019).

## BURNOUT COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LATINOAMÉRICA

A diferencia de lo que ocurre en Europa, en Latinoamérica no existe un marco común de acuerdo respecto al abordaje de los riesgos psicosociales, quedando este netamente al arbitrio legislativo de cada país. A continuación, se revisará el tratamiento de los riesgos psicosociales en Chile y se proporcionará una breve reseña del tratamiento que otras legislaciones latinoamericanas hacen particularmente del *burnout*.

Específicamente en Chile, la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es el cuerpo legal que establece las regulaciones frente a accidentes o enfermedades laborales. Dicha normativa, establece que es el empleador el responsable de la identificación y evaluación de los riesgos.

Si bien la ley no especifica el tipo de riesgos (no se mencionan de manera explícita los riesgos psicosociales) que deben ser identificados y evaluados, el año 2013 se aprobó por parte del Ministerio de Salud el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el trabajo, que tiene como principal objetivo “identificar la presencia y nivel de exposición a riesgos psicosociales al interior de una organización” (Minsal, 2013, p. 15). De esta manera, se centra el foco en las estrategias preventivas, estableciéndose una serie de factores de riesgos psicosociales validados para la realidad chilena (ver tabla 7).

**TABLA 7**  
**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL VALIDADOS PARA LA REALIDAD CHILENA**

Organización y condiciones del empleo	Se refiere a materias de seguridad y estabilidad en el trabajo; formas de comunicación y acceso a la información; interferencia trabajo y vida familiar; ausentismo por enfermedad; acciones de retorno al trabajo y cumplimiento de normativas de salud y bienestar en el trabajo.
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Hace referencia a las posibilidades de desarrollo en el trabajo, la influencia, el control sobre los tiempos de trabajo, la libertad para la toma de decisiones, la integración en la empresa y el sentido del trabajo.
Demandas psicológicas	Exigencias de tipo cuantitativas; emocionales; de esconder emociones; sensoriales y cognitivas.
Violencia y acoso	Existencia de situaciones de hostigamiento emocional, físico o sexual.
Relaciones al interior del trabajo	Alude a la existencia de claridad de rol, conflicto de rol, calidad de liderazgo, calidad de la relación con los superiores, apoyo social de los superiores, calidad de la relación con los compañeros de trabajo y apoyo social de los mismos.
Doble presencia	Preocupación que las tareas del trabajo doméstico y/o familiar producen en el trabajador(a).

Fuente: Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo (Minsal, 2013).

A través del cuestionario SUSESO/ISTAS-21, incorporado en el protocolo, se pretende establecer el grado de exposición a riesgos psicosociales en el trabajo orientando, a partir de los resultados, las líneas de acción a seguir por parte de la organización en las dimensiones en que se presenten niveles riesgos medios o altos.

Si bien la aprobación de este protocolo supone un avance significativo en el reconocimiento del impacto de los factores psicosociales en la salud de los trabajadores, aún existe una deuda pendiente respecto a las formas compensatorias y de cobertura de seguridad social más allá de las medidas preventivas, particularmente en lo que respecta al síndrome de *burnout*.

De acuerdo con el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social, las enfermedades mentales que pueden ser consideradas de origen laboral son: trastorno de adaptación, reacción al estrés, trastorno de estrés postraumático, trastorno mixto de ansiedad y depresión, episodio depresivo y trastorno de somatización. Debido a que este listado no es taxativo, deja abierta la posibilidad de reconocimiento individual de otras patologías no listadas, siempre y cuando (en el caso de las patologías de salud mental) cumplan al menos dos criterios: se debe demostrar la causalidad directa trabajo-enfermedad y, además, la patología debe cumplir con los criterios de clasificación del CIE-10. Sin embargo, este proceso de reconocimiento es complejo, ya que generalmente conlleva una apelación por parte de los Organismos Administradores de la Ley (AOL).

En el resto de Latinoamérica, la situación no es muy distinta a la de Chile respecto al abordaje del *burnout*, salvo algunas excepciones, tal como se revisará a continuación:

- **Paraguay:** A través del Decreto 5.649 del año 2011, este país adoptó el listado propuesto por la OIT en la Recomendación 194. De tal manera, si bien no se incluye explícitamente el *burnout* como enfermedad profesional, queda la posibilidad abierta de reconocerlo.
- **Uruguay:** Mediante el Decreto 210/011 del año 2011, se adoptó el listado propuesto por la OIT en la Recomendación 194. De esta manera, al igual que Paraguay, existe la posibilidad de reconocer al *burnout* como enfermedad profesional
- **Argentina:** el Decreto 658/1996, actualizado por el Decreto 1167/2003, establece una lista cerrada de enfermedades profesionales, que no considera el síndrome de *burnout*.
- **Perú:** La legislación peruana no incluye al *burnout* dentro del listado de enfermedades profesionales. Además, la ley estipula que solo se pueden reconocer patologías causadas por agentes físicos, químicos o biológicos; de esta manera, el *burnout* queda fuera de cualquier posibilidad de reconocimiento como enfermedad profesional, al ser causada principalmente por factores psicosociales.

- **Colombia:** El *burnout* es reconocido como enfermedad profesional, de acuerdo con el Decreto 1477 del 5 de agosto de 2014.
- **Ecuador:** De acuerdo con la Resolución No. C.D. 513 que establece el Reglamento del Seguro de Riesgos del Trabajo, Ecuador adopta el listado propuesto por la OIT para la consideración de las enfermedades profesionales.
- **Brasil:** El manual *Doenças relacionadas ao trabalho* del Ministério da Saúde do Brasil (2001), basado en la clasificación del CIE-10, reconoce el síndrome de *burnout* como una enfermedad de origen laboral. En dicho manual, se realiza una descripción del síndrome, se exponen los factores de riesgo de naturaleza laboral, se presenta el cuadro clínico y diagnóstico, los posibles tratamientos e intervenciones, y algunos mecanismos de prevención.
- **Venezuela:** De acuerdo con datos aportados por la OIT (2016), Venezuela incorpora el agotamiento emocional o síndrome de *burnout* en su listado de enfermedades ocupacionales. Sin embargo, no fue posible encontrar la legislación respectiva.

A modo de síntesis, es posible afirmar que el interés por la prevención en torno a los riesgos psicosociales en el trabajo ha tenido un importante auge en las últimas décadas, lo que se ha traducido en legislaciones, planes y programas destinados a abordarlos, sobre todo en países europeos. Sin embargo, en términos de la cobertura de la seguridad social respecto a las enfermedades laborales de origen psicosocial, y particularmente respecto al reconocimiento del *burnout* como enfermedad laboral, aún falta bastante por avanzar, existiendo en la actualidad solo cuatro países (Letonia, Colombia, Venezuela y Brasil) que hacen este reconocimiento explícito del síndrome, incorporándolo en sus listados de enfermedades profesionales.

## 4

## CONCLUSIONES

Los trabajadores de salud tienen una mayor exposición a los factores de riesgo que pueden conducir a padecer síndrome del *burnout*, así como otros problemas de salud mental. Esto se produce por las condiciones laborales propias del sector salud, que está sujeto a una importante presión y carga asistencial durante ciertos meses del año (por ejemplo, la campaña de invierno), así como también, la existencia de áreas dentro del sector clínico, con alta presión asistencial durante todo el año.

Algunos factores de riesgo frente a los cuales los trabajadores de la salud están expuestos son, por un lado: la escolaridad. En la medida que hay mayor escolaridad, eventualmente existirían mayores recursos para enfrentar el *burnout*, por lo que puede actuar como un factor protector, pero para los estamentos técnicos o auxiliares, este factor influye negativamente. La fatiga es un factor predictor de que se produzca o desarrolle el *burnout*, principalmente porque este factor está asociado al desgaste emocional. La ambigüedad y/o conflictos de rol es también un factor de riesgo que puede llevar al desarrollo del *burnout*. El manejo del duelo es un factor clave. En la medida en que se pueda contar con apoyo al personal de salud en el momento de duelo, sería clave para evitar el desarrollo del *burnout*. Otro elemento que resulta importante es el apoyo social, el cual tiene una correlación negativa con las dimensiones de desgaste emocional y despersonalización. La exposición a episodios de violencia puede ser considerado como un factor de riesgo, aunque no está demostrada una causalidad directa, sin embargo, en los trabajadores de la salud hay una exposición alta a episodios de violencia, sobre todo en las unidades de urgencia. Otro factor clave es la satisfacción laboral, es decir, que en la medida en que se producen situaciones que alteran este factor, hay una mayor predisposición a que se desarrolle *burnout* en los trabajadores de salud. Este es un punto clave dado que en muchos casos la satisfacción laboral depende de la estabilidad o condiciones de contratación, lo que cobra relevancia debido a que gran parte del personal tiene contratos precarios que los expone a malas condiciones laborales. De esta manera, los estudios revisados dan cuenta de la importancia que poseen los aspectos organizacionales en el desarrollo de *burnout* en los trabajadores de la salud.

Por otro lado, en este periodo los trabajadores de la salud han estado adicionalmente expuestos a mayores riesgos de desarrollar problemas de salud mental. Esto, debido a la

crisis sanitaria a nivel global producida por el virus SARS-COV2, devenida pandemia, generando una presión gigantesca sobre los sistemas de salud a nivel mundial, lo que ha provocado incluso el colapso de las redes asistenciales en algunos países desarrollados. En este sentido, son los trabajadores de la salud quienes deben estar en la primera línea de respuesta al COVID-19, lo que los convierte en uno de los grupos de la población más expuesto a contraer COVID-19, así como a transformarse en un vector de transmisión viral. Pero no solo esto, sino que la presión que acarrea la crisis sanitaria, viene de la mano con una mayor exposición a factores de riesgo de desarrollo de problemas de salud mental, siendo los más frecuentes la angustia, la ansiedad, el insomnio, la depresión e, incluso, el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Lo anterior implica que se debe prestar una atención particular a los trabajadores de la salud y a las condiciones en las cuales ejecutan su labor, en el sentido de desarrollar intervenciones que puedan proteger la salud mental, dado que no es posible producir una respuesta deficiente frente a la crisis sanitaria producto del COVID-19, ni tampoco al enfrentarse con las consecuencias asistenciales de la postergación de intervenciones quirúrgicas, consultas, entre otras actividades que vendrán en la pospandemia.

Finalmente, a partir de la revisión de la experiencia comparada a nivel internacional, se puede señalar que existe un creciente interés por parte de algunos países en el mundo de abordar los riesgos psicosociales en el ámbito del trabajo, desde una perspectiva no solamente curativa, sino principalmente desde la prevención. En concreto, esto ha tenido un importante desarrollo en los últimos 30 años, con lo que se ha ocasionado un auge en incorporación de legislación, planes y programas destinados a abordar los riesgos psicosociales, con especial énfasis en los países europeos. No obstante, los avances identificados, aún se evidencian brechas en cobertura de la seguridad social respecto a las enfermedades laborales de origen psicosocial, y particularmente respecto al reconocimiento del *burnout* como enfermedad laboral, existiendo en la actualidad solo cuatro países (Letonia, Colombia, Venezuela y Brasil) que reconocen explícitamente al síndrome, incorporándolo en su legislación como enfermedad profesional.

## 5

## RECOMENDACIONES

- Incorporación del síndrome de *burnout* en el listado de enfermedades profesionales: A pesar de que a nivel nacional no existen datos generales sobre la prevalencia del síndrome de *burnout*, las investigaciones realizadas a la fecha dan cuenta de que este es un problema que cada vez adquiere mayor relevancia, sobre todo en áreas críticas como el sector salud, en donde los trabajadores están sometidos a una exposición permanente al estrés laboral y a una alta demanda psicológica. Por tanto, se hace necesario incorporar al síndrome de *burnout* como enfermedad profesional, con el objetivo de facilitar su reconocimiento por parte de los organismos administradores de la ley 16.744 (mutualidades e Instituto de Salud Laboral), para el posterior tratamiento, indemnización o compensación, en caso de ser necesarias. Esto representaría no solo un avance en términos de seguridad social y protección de los trabajadores respecto a su salud mental laboral, sino también, un ahorro para el Estado, ya que las prestaciones estarían cubiertas por los OAL y no por el sistema de previsión de salud común.

Si bien en Chile se han logrado materializar avances en materia de prevención en riesgos psicosociales, aún persisten importantes barreras para el abordaje, tanto desde el punto de vista de la institucionalidad de la salud ocupacional vigente en Chile, como desde el punto de vista económico o discriminación (rechazo de licencias por causas de salud mental). Si bien esto último escapa a los alcances del estudio, no es posible omitir la necesidad de emprender reformas a la vigente legislación e institucionalidad en el área.

- Generación de una adecuada vigilancia epidemiológica: En función de los preocupantes niveles de *burnout* de los que dan cuenta los distintos estudios realizados en profesionales de la salud (así como otros estudios realizados en poblaciones de trabajadores vinculados principalmente a la relación con otras personas), es fundamental observar y analizar la ocurrencia y distribución del síndrome de *burnout* a nivel nacional. Así mismo, es necesario desarrollar estudios en relación a la determinación de prevalencia del síndrome de *burnout* en la población laboralmente activa donde, si bien hay investigaciones centradas en el mundo de los trabajadores de la salud, estas investigaciones aún no son lo suficientemente robustas para lograr determinar la

prevalencia general del *burnout*. Otros aspectos que deben ser desarrollados se relacionan con el abordaje de algunos de los factores de riesgo de los trabajadores, específicamente, en términos de seguridad, condiciones laborales, clima laboral y debido descanso. Igualmente deben profundizarse las intervenciones centradas en el bienestar de los trabajadores, considerando los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, identificados en la evidencia internacional.

- Implementación de programas de prevención e intervención específicos: Es necesario implementar programas específicos respecto al *burnout* en el sector salud que consideren el nivel individual, pero con un fuerte énfasis en lo organizacional. Estos programas deben permitir mejorar la organización y las condiciones de trabajo, ya que ahí es donde se radican principalmente los factores de riesgo psicosociales más relevantes relacionados con el desarrollo de *burnout*.
- Ratificación del Convenio 190 contra la violencia y el acoso en el mundo del trabajo: Aprobado por la OIT en su 108° Conferencia del año 2019, el C190 establece que "todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá respetar, promover y asegurar el disfrute del derecho de toda persona a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso" (art. 4, nro. 1). La ratificación de este convenio por parte del Estado de Chile contribuiría de manera fundamental al abordaje decidido de la violencia y acoso laborales, entendidos estos y sus factores psicosociales asociados, como elementos estrechamente relacionados al desarrollo de síndrome de *burnout*. Avanzar en esta línea, significa también un estrechamiento de la brecha de género en cuanto al abordaje del *burnout* ya que, en términos generales, un número cada vez mayor de investigaciones indica que son las mujeres las que presentan mayores riesgos de padecer *burnout*, al impactar con mayor frecuencia en ellas algunos de los factores psicosociales asociados al síndrome (como por ejemplo, la violencia y el acoso, además de otros tales como la doble presencia, desigualdad salarial, violencia doméstica y más).
- Actualización del listado de enfermedades profesionales de la OIT (Recomendación 194): En la última actualización de la Recomendación 194 de la OIT, aprobada el año 2010, por primera vez se incorporó la categoría de

trastornos mentales y del comportamiento, dejando el punto abierto para el reconocimiento de enfermedades no listadas en la medida que se logre establecer una relación causal entre la exposición a factores de riesgo y las patologías o enfermedades contraídas por el trabajador. A pesar de ello, se hace necesaria la incorporación explícita de las nuevas enfermedades profesionales derivadas de los cambios en el mundo del trabajo, y con especial énfasis, del síndrome del *burnout*, dada su importante prevalencia de acuerdo con los estudios que se han realizado. Esta actualización ya fue realizada por la OMS a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la cual entra en vigencia el 01 de enero de 2022, ubicando al síndrome de *burnout* en la categoría de “Problemas asociados con el empleo o desempleo”; de esta manera, se reconoce al *burnout* como un síndrome intrínsecamente relacionado con el trabajo. Por tanto, esta actualización se constituye como un desafío para la OIT, sobre todo considerando que, en la misma R194, se establece que “la lista que figura en anexo a esta Recomendación debería ser reexaminada regularmente y actualizada mediante reuniones tripartitas de expertos convocadas por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo” (OIT, 2002, p. 3).

## REFERENCIAS

- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G.** (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 113129. [Advance online publication]. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., Xie, Y., Wang, X., Liu, Z., Hou, B., Ouyang, K., Pan, J., Lin, Q., Fu, B., Deng, Y., & Liu, Y.** (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 275 (octubre), 210-215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.031>
- Chiang, M., y Sigoña, M.** (2011). Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología*, 20 (1), 33-52. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2011.13723>
- Comisión de las Comunidades Europeas** (2002). Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: Una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006). COM (2002) 18 final. Bruselas. <https://www.insst.es/documentos/94886/472607/Estrategia+Comunitaria+de+Seguridad+y+Salud+en+el+Trabajo+2002-2006/cda7dc38-6322-4797-96b2302db20b5b93>
- COVID-19: protecting health-care workers** [Editorial]. (21 de marzo de 2020). *The Lancet*, 395 (10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Díaz, L., Arab, J., Núñez, C., Robles, C., Bitran, M., Nitsche, M. P., Véliz, D., Pizarro, M., Lopetegui, M., Torres, P., González, M., Hoyl, T. y Riquelme, A.** (2017). Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 42 (2). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i2.541>
- Fawaz, M., & Samaha, A.** (2020). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers. *International Journal of Social Psychiatry*, 66 (6), 560-565. <https://doi.org/10.1177/0020764020932202>
- Flores, D., Vega, V., Del Río, C., y Zavala, D.** (2014). Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud. Un desafío pendiente. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (1), 33-44. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2014.32386>
- García, F., Cova-Solar, F., Bustos-Torres, F., y Reyes-Pérez, É.** (2018). Burnout y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. *Duazary*, 15 (1), 23-38. <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2101>
- Gil-Monte, P.** (2003). Burnout syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), 181-197. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318052004>
- Guseva Canu, I., Mesot, O., Györkös, C., Mediouni, Z., Mehlum, I. S., & Bugge, M. D.** (2019). Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research. *Industrial Health*, 57 (6), 745-752. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0159>
- Haines, P. A.** (2004). Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: Towards an international cooperative agenda for health-systems research. *Lancet*. 364 (9438), 997-1003.
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C.** (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, 15 (5), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>
- Jawahar, I. M., Stone, T. H., & Kisamore, J. L.** (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14, 142-159. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.142>
- Jiménez, R., Bachelet, V., Gomolán, P., Lefio, L., & Goyenechea, M.** (2019). Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. *International emergency nursing*, 47, 100792. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100792>
- Jiménez, A., Jara, M., y Miranda, E.** (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional SP*, 16 (1), 125-134. <https://www.scielo.br/j/pee/a/5WWW9BHj5Zc7RR9c5scP3pVWN/?lang=es&format=pdf>
- Juzgado de lo Social nro. 10 de Las Palmas de Gran Canaria** (2015). Sentencia del 13 noviembre de 2015, Proc. 371/2015. <https://diariolaley.laleynext.es/content/Documento.aspx?params=H-4sIAAAAAAEEAMtMSbH1CjUwMDA1Nba0sDBQK0stKs7Mz-7MtyOxPzStjBfEz0ypd8pNDKgtSbdMSc4pT1RKtivNzSktSQ4sy-bUOKSMBqfXh80UAAAA=WKE>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S.** (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3 (3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H. M., Sjoberg, L., de Groene, G. J., Sauni, R., Vevoda, J., Vevodova, S., Lasfargues, G., Svartengren, M., Varga, M., Colosio, C., & Pelclova, D.** (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial Health*, 56 (2), 160-165. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132>
- Lavis, J., Wilson, M., Oxman, A., Lewin, S. & Fretheim A.** (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Sys* 7, S4. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S4>
- Leone, S., Huibers, M., Knottnerus, J., & Kant, I.** (2009). The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. *Stress and Health*. 25 (4), 365-74. <https://doi.org/10.1002/smi.1280>
- Ley 16.744.** Que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago de Chile, 1 de febrero de 1968. <http://bcn.cl/2f780>
- Liu, C., Yang, Y., & Zhang, X.** (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*, 148 (e98), 1-7. <https://doi.org/10.1017/s0950268820001107>
- Losada, H., Curitol, S., Astudillo, P., Schneeberger, P. y Coronado, F.** (2018). Prevalencia de Síndrome de burnout en un Centro de Cirugía Académico-Asistencial Público en Chile. *Revista chilena de cirugía*, 70 (2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000200117>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L.** (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288 (marzo), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Marilaf, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R. y Vivanco, L.** (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliar de Chile. *Enfermería Clínica*, 27 (6), 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>

- Ministério da Saúde do Brasil & Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil** (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho*. Manual de Procedimientos para os Serviços de Saúde. Brasília/DF, Brasil. [https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho1.pdf](https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf)
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social** (1968). Decreto 109. Aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 16.744, de 1° de febrero de 1968, que estableció el seguro social contra los riesgos por estos accidentes y enfermedades. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago de Chile, 7 de junio de 1968. <http://bcn.cl/2f9sx>
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Minsal** (2013). Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo. [https://www2.mutual.cl/Portals/0/prevencion\\_riesgos/riesgos\\_sicosociales\\_pdf/Protocolo\\_Psicosocial.pdf](https://www2.mutual.cl/Portals/0/prevencion_riesgos/riesgos_sicosociales_pdf/Protocolo_Psicosocial.pdf)
- Muñoz, N., Campaña, N., y Campaña, G.** (2018). Prevalencia del síndrome de *burnout* en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados. *Revista chilena de cirugía*, 70 (6), 544-550. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600544>
- OIT** (1984). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra, Suiza. <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
- OIT** (2002) Lista de enfermedades profesionales de la OIT (revisada en 2010). Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_125164.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_125164.pdf)
- OIT** (2016). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Ginebra, Suiza. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_466549.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf)
- OIT** (2019). C190: Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190). [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C190](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190)
- OMS** (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Capítulo 24, 1-64. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- ONU** (2007). United Nations: The Millennium Development Goals Report. <https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>
- Olivares-Faúndez, V., Gil-Monte, P., Mena, L., Jélvez-Wilke, C. & Figueiredo-Ferraz, H.** (2014). Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia psicológica*, 32, 111-120. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000200004>
- Ortega, G., Pio, G., Cardemil, F., y Sade, C.** (2015). Presencia de síndrome de burnout en una muestra de residentes y otorrinolaringólogos de Chile. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 75 (3), 227-231. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162015000300005>
- Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P., y Peiró, J. M.** (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, 15 (1), 54-57. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1022>
- Oxman, A. D., Lavis, J. N., Fretheim, A.** (2007). Use of evidence in WHO recommendations. *Lancet*. 369 (9576), 1883-9.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., Calati, R.** (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22 (43). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Quiñones, M., Van den Broeck, A. & De Witte, H.** (2012). Burnout in Chilean public teacher: analysis of the health impairment process. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16 (3), 212-224.
- Ramírez, M. y Zurita, R.** (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de *burnout* en trabajadores del ámbito educacional. *Polis*, 9 (25), 515-534. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000100029>
- Restauri, N. & Sheridan, A. D.** (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 17 (7), 921-926. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
- Salgado-Roa, J., y Lería-Dulcic, F.** (2020). Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos. *Universidad y Salud*, 22 (1), 6-16. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.202201.169>
- Seguel, F. y Valenzuela, S.** (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*, 11 (4), 119-127. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70923-6](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70923-6)
- Seguel, F., y Valenzuela, S.** (2016). Síndrome de *burnout* en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile. *Avances en Enfermería*, 34 (1), 39-47. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41599>
- Shi, L., Lu, Z.-A., Que, J.-Y., Huang, X.-L., Liu, L., Ran, M.-S., Gong, Y.-M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y.-K., Shi, J., Bao, Y.-P., Lu, L.** (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3 (7), e2014053. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>
- Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N., Yan, S., Lv, C.** (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain Behavior and Immunity*, 88 (agosto), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002>
- Soto, P., Barrios, S., y Molina, Y.** (2017). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Ciencia y enfermería*, 23 (3), 99-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300099>
- Sun, D., Yang, D., Li, Y., Zhou, J., Wang, W., Wang, Q., Lin, N., Cao, A., Wang, H., Zhang, Q.** (2020). Psychological impact of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak in health workers in China. *Epidemiology and Infection*, 148 (e96), 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001090>
- Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO** (2019). Compendio de normas del Seguro Social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Gobierno de Chile. <https://www.suseso.cl/613/w3-article-582782.html>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, A., Capelli, F., Pacitti, F.** (2020). Mental health outcomes of the covid-19 pandemic. *Rivista Di Psichiatria*, 55 (3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Tapia, E., Ensignia, A. y Alvarado, R.** (2017). Evaluación de la efectividad de una intervención breve para reducir síntomas de *burnout* y estrés emocional en trabajadores de un hospital en Chile. *Revista de Salud Pública* (ed. especial), 51-59. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.n0.16789>
- Tribunal Superior de Justicia de Andalucía** (2017). Sentencia 1683/2017 de 1 de junio de 2017, Rec. 1607/2016. [https://diariolaley.laleynext.es/content/Documento.aspx?params=H4slAAAAAAAAEAMt-MSbH1CjUwMDC1NDxtdDBWk0stKs7Mz7Mty0xPz5tBfEz0ypd8pN-DKgtSbdMSc4pT1RKTivNzSktSQ4sybUOKS1MB\\_yOY0UUA AAAA=WKE](https://diariolaley.laleynext.es/content/Documento.aspx?params=H4slAAAAAAAAEAMt-MSbH1CjUwMDC1NDxtdDBWk0stKs7Mz7Mty0xPz5tBfEz0ypd8pN-DKgtSbdMSc4pT1RKTivNzSktSQ4sybUOKS1MB_yOY0UUA AAAA=WKE)
- Varshney, M., Parel, J. T., Raizada, N., & Sarin, S. K.** (2020). Initial psychological impact of COVID-19 and its correlates in Indian Community: An online (FEEL-COVID) survey. *PLoS ONE*, 15 (5), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233874>

**Vega, P., González, R., Bustos, J., Rojo, L., López, M. E., Rosas, A., y Hasbún, C. G.** (2017). Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de *burnout* en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista chilena de pediatría*, 88 (5), 614-621. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500007>

**Vega, P., González, R., Santibáñez, N., Ferrada, C., Spicto, J., Sateler, A., y Bustos, J.** (2017). Apoyo en duelo y *burnout* en equipos de enfermería de unidades pediátricas de hospitales chilenos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03289. Epub, 15 de marzo de 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017004303289>

**Velásquez, M.** (2020). Cómo se está legislando sobre los riesgos psicosociales en el trabajo en la Unión Europea. En Correa Carrasco, M., Quintero Lima, M. G. (Coord.). *Los nuevos retos del trabajo decente: la salud mental y los riesgos psicosociales* (Objetivos de Desarrollo Sostenible: 3, 5, 8, 10), pp. 38-62. Universidad Carlos III de Madrid, España.

**Veliz, A., Dörner, A., Soto, A., y Arriagada, A.** (2018). Bienestar psicológico y *burnout* en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta universitaria*, 28 (3), 56-64. <http://dx.doi.org/10.15174/au.2018.1895>

**Vieta, E., Pérez, V., & Arango, C.** (2020). Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 13 (2), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>

**Wu, K., & Wei, X.** (2020). Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. *Medical Science Monitor Basic Research*, 26, e924085. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.924085>

**Xing, J., Sun, N., Xu, J., Geng, S., & Li, Y.** (2020). Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia. *PLoS ONE*, 15 (5), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>

**Yang, S., Kwak, S. G., Ko, E. J., & Chang, M. C.** (2020). The Mental Health Burden of the COVID-19 Pandemic on Physical Therapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103723>

**Ying, Y., Ruan, L., Kong, F., Zhu, B., Ji, Y., & Lou, Z.** (2020). Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02784-w>

**Zellars, K. L., Perrewe, P. L., & Hochwarter, W. A.** (1999). Mitigating burnout among high-NA employees in health care: What can organizations do? *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (11), 2250-2271. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00109.x>

**Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., Wang, H.** (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89 (4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

## AUTORES

**Martín Oyarzo Alfaro.** Psicólogo de la Universidad de Chile. Mg© en Psicología Educacional y Diplomado en Psicología Educacional por la misma casa de estudios. Encargado del Programa de Salud Mental Laboral e investigador del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Fundación Instituto de Estudios Laborales (FIEL).

**Matías Goyenechea Hidalgo.** Cientista Político de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales ARCIS y Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Presidente de la Fundación Creando Salud. Asesor de Salud Pública de organizacionales gremiales del área de la Salud.

## FICHA TÉCNICA

Fundación Friedrich Ebert en Chile  
Hernando de Aguirre 1320 | Providencia | Santiago de Chile

Responsable  
Simone Reperger  
Representante de FES-Chile

[www.fes-chile.org](http://www.fes-chile.org)

Edición de contenido:  
Arlette Gay  
Directora de proyectos FES-Chile

Edición de estilo:  
Guillermo Riveros Álvarez

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

# BURNOUT EN TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE LA SALUD EN CHILE



El presente documento es un resumen de evidencia, tanto nacional como internacional, respecto al fenómeno del síndrome de *burnout* –más conocido como “síndrome de quemarse en el trabajo”–, en trabajadores/as de la salud en Chile, y tiene como objetivo dar sustento al establecimiento de dicho síndrome como enfermedad profesional reconocida en la legislación laboral chilena.



A partir de dicho objetivo, en primer lugar, se realiza una caracterización del *burnout* en trabajadores/as de la salud en Chile, dando cuenta de la prevalencia del síndrome y sus factores asociados. En segundo lugar, dado el contexto global de pandemia, que ha afectado de manera particular al personal de salud, se realiza una caracterización del impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud; posteriormente, se realiza una revisión respecto al abordaje de los riesgos psicosociales y particularmente del síndrome de *burnout* en la legislación internacional, con énfasis en los países de la Unión Europea y Latinoamérica.



Posterior a la presentación de resultados, se entrega una serie de recomendaciones de políticas públicas, entre las que destacan:

- Incorporación del síndrome de *burnout* en el listado de enfermedades profesionales,
- Generación de una adecuada vigilancia epidemiológica respecto al síndrome de *burnout*,
- Implementación de programas de prevención e intervención específicos y
- Ratificación del Convenio 190 contra la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.