Artículo de experiencia

https://doi.org/10.56085/isss.565

Síndrome de desgaste profesional (SDP): definición e importancia en varias especialidades de la medicina

Professional Burnout Syndrome (BOS): definition and importance in various medical specialties

Síndrome de Burnout (esgotamento profissional) (SB): definição e importância em várias especialidades da medicina

Juan Felipe Nieto-Rodríguez[1]

Resumen

El Síndrome de desgaste profesional (SDP), también conocido como "Burnout", es un término que define una caída del entusiasmo, sumado a síntomas de ansiedad, depresión y agresividad. Consta de tres etapas: agotamiento personal, despersonalización y déficit de realización personal. Pese a que todos los profesionales pueden llegar a experimentar el SDP, este es más frecuente entre los trabajadores de la salud, en especial los que trabajan en el área de oncología y en unidades de cuidados intensivos. La prueba de elección para medir el SDP es el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) realizado por Christina Maslach en 1986 y validado en Colombia por la Universidad de Antioquia en el 2004. Existen intervenciones de dos tipos para el SDP, a nivel del individuo y a nivel de su entorno. A nivel del individuo existe el control del estrés, el ejercicio, las estrategias de higiene del sueño y los pasatiempos, entre otros. En cuanto al entorno del paciente, se tiene el adecuado manejo de los horarios de trabajo, evitar la sobrecarga laboral, cuidar los ambientes físicos del trabajo y priorizar el trabajo en equipo. En esta revisión narrativa se examina el tema del SDP y se describe cómo se desarrolla este en varios campos de la medicina: en la oncología, medicina de emergencias, la cirugía plástica, cirugía general, ortopedia y cuidado paliativo.

Palabras clave: agotamiento profesional, estrés psicológico, carga de trabajo, satisfacción laboral, prevención y control.

Abstract

Professional Burnout Syndrome (BOS), also known as "Burnout" is a term that defines a reduction in enthusiasm, together with the symptoms of anxiety, depression, and aggressiveness. It has three stages: personal exhaustion, depersonalization, and personal

1. Médico Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá (Colombia).

performance deficit. Despite the fact that all professionals can experience BOS, it is most frequent among healthcare workers, especially those that work in oncology and intensive care units. The selection test to measure BOS is the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire carried out by Christina Maslach in 1986 and validated in Colombia by the Universidad de Antioquia in 2004. There are two types of interventions for BOS, on an individual and environmental level. On an individual level, there are stress control, exercise, sleep hygiene strategies, and pastimes, etc. Regarding the patient's environment, there is correct handling of work hours, avoiding work overload, looking after the physical workplace environment, and prioritizing teamwork. This literature review examines the subject of BOS and describes how it develops in various fields of medicine, in oncology, emergency medicine, plastic surgery, general surgery, orthopedics, and palliative care.

Keywords: Professional exhaustion, psychological stress, workload, labor satisfaction, prevention, and control.

Resumo

A Síndrome de Esgotamento Profissional (SEP), também conhecida como "Síndrome de Burnout" (SB), é um termo que define uma queda no entusiasmo, somada a sintomas de ansiedade, depressão e agressividade. É composta por três fases: exaustão pessoal, despersonalização e déficit de autorrealização. Embora todos os profissionais possam experimentar a SB, ela é mais frequente entre os profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam na área de oncologia e em unidades de terapia intensiva. O teste de escolha para medir a SB é o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI) desenvolvido por Christina Maslach em 1986 e validado na Colômbia pela Universidade de Antioquia em 2004. Existem dois tipos de intervenções para a SB, ao nível do indivíduo e ao nível do seu ambiente. Ao nível do indivíduo há gerenciamento do estresse, exercícios, estratégias de higiene do sono, passatempos, entre outros. Em relação ao ambiente do paciente, há gerenciamento adequado dos horários de trabalho, evitando sobrecarga de trabalho, cuidando dos ambientes físicos de trabalho e priorizando o trabalho em equipe. Esta revisão narrativa examina o tema da SB e descreve como se desenvolve em vários campos da medicina: oncologia, medicina de emergência, cirurgia plástica, cirurgia geral, ortopedia e cuidados paliativos.

Palavras chave: esgotamento profissional, estresse psicológico, carga de trabalho, satisfação no trabalho, prevenção e controle.

Introducción

El síndrome de desgaste profesional (SDP), también conocido como "Burnout", fue descrito inicialmente por Herbert Fredudenberger en 1971 (1). Las exigencias y la competitividad laboral en la actualidad, convierten a ciertas profesiones en actividades demandantes con altos niveles del estrés físico, mental y emocional. El SDP ocurre más a menudo en los empleos con un nivel alto de exigencia y en aquellos que implican tener bajo su responsabilidad a otras personas, como los trabajadores sociales, maestros y los profesionales del área de la salud (2). En cuanto a los trabajadores de la salud, médicos y enfermeros, debido a que están expuestos a altos niveles de angustia en el trabajo, por lo general, se aumenta el riesgo de errores y la satisfacción laboral tiende a disminuir (3).

El propósito de esta revisión narrativa es conocer de manera amplia cómo se define el SDP, su origen, clasificación, sus estrategias de prevención y la forma en la que se desarrolla en algunos campos de las especialidades medico quirúrgicas.

Desarrollo del tema

Herbert Fredudenberger, quien en 1971 explicó inicialmente el SDP (1), notó un agotamiento emocional por parte de los cuidadores de pacientes de una clínica de toxicología en Nueva York, después de un año de trabajo (2). El SDP ocurre más a menudo en profesiones que implican tener bajo su responsabilidad a otras personas (3). Por ejemplo, los trabajadores de la salud están expuestos a altos niveles de angustia y bajos niveles de satisfacción laboral (3).

Christina Maslach, una estadounidense investigadora en el campo de la psicología social, mencionó en 1981 al SDP como la manera en la que profesionales de la salud y de ciertos servicios sociales pueden llegar a perder todos los sentimientos emocionales y la preocupación por sus pacientes después de varios meses de escuchar sus problemas (4).

Según Masách, el SDP consta de tres etapas: la primera es el agotamiento emocional, la cual se describe como el grado en que una persona se siente emocionalmente sobrecargada y agotada por su trabajo (5). La segunda es la despersonalización, la cual representa el grado en el que una persona ha desarrollado sentimientos de indiferencia y actitudes cínicas hacia los destinatarios de la atención. La última es el déficit de realización personal, en la cual se aprecia un sentimiento establecido de falta de competencia y éxito por parte del profesional hacia su trabajo (5).

Pese a que todos los profesionales pueden llegar a experimentar el SDP, este es más frecuente entre los trabajadores de la salud (5), en especial los que trabajan en el área de oncología y en unidades de cuidados intensivos (6,7).

El SDP alcanza síntomas que pueden afectar negativamente la calidad de vida de los profesionales, estos incluyen ansiedad, insomnio, depresión y, en algunos casos, adicción a las drogas (8). Adicionalmente, se ha demostrado asociación entre el estrés, los problemas de salud y la reducción en el rendimiento laboral (9). Por lo tanto, el SDP es un factor inevitable que puede afectar la calidad de la atención de la salud.

Medición

El estándar de oro para medir el SDP es el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (10). La escala está constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El cuestionario Maslach se realiza entre 10 y 15 minutos, y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. En Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el 2004 (11).

A su vez, la escala MBI está dividida en las siguientes tres subescalas.

1. Agotamiento emocional, la cual está integrada por nueve ítems que analizan la disminución o pérdida de recursos emocionales y describen sentimientos de sobrecarga o cansancio laboral (12).

2. Despersonalización. Está formada por cinco ítems que describen una respuesta fría e impersonal o una insensibilidad hacia los sujetos objeto de la atención (12).

3. Realización personal en el trabajo, la cual está compuesta por ocho ítems, describe cómo el profesional evalúa su propio trabajo de forma negativa y se siente poco satisfecho con el mismo (12).

Las altas puntuaciones de las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización se correlacionan con SDP, por el contrario, las bajas puntuaciones en la subescala de realización personal en el trabajo corresponden a una alta probabilidad de tener SDP (12).

Es importante una diferenciación del SDP con depresión y estrés. En la depresión existe un conglomerado de síntomas de alteración en el estado de ánimo de carácter generalizado, mientras que en el SDP estos son específicos al ámbito laboral (13).

Causas

Las elevadas demandas del trabajo están fuertemente relacionadas con el SDP. Además, se ha dado particular importancia al rol del conflicto, el cual se define como la presencia de exigencias opuestas y contradictorias que pueden impedir la realización de una tarea o trabajo; también al rol de la ambigüedad (inadecuada información para hacer el trabajo correctamente) y, finalmente, al rol de la sobrecarga (exceso de trabajo o la lucha contra los plazos de este) (14).

En estos ámbitos influye la capacidad de autonomía o control que el sujeto tenga sobre el trabajo realizado (15). En los servicios de salud, un apoyo inadecuado o algunos estilos autoritarios de las directivas sumadas a la falta de recursos, se asocian en un alto grado con SDP (16). Adicionalmente, el exceso de la frecuencia y cantidad de tiempo dedicado a los pacientes desencadena, en muchas ocasiones, el SDP; esto se ve particularmente en enfermedades terminales o de gran gravedad, como por ejemplo, cáncer, SIDA, quemaduras y traumatismos severos (17).

En cuanto a los profesionales del área de la salud, específicamente, no se puede negar la estrecha relación del SDP con las arduas jornadas de trabajo (que incluyen turnos nocturnos) y poco tiempo para mantener una estabilidad familiar (18). Se ha descrito una personalidad médica única con perfil de altas expectativas, baja tolerancia al fracaso y sentimientos de omnipotencia sobre los males del enfermo, que, junto con necesidades personales en los médicos y la exigencia de resultados favorables, constituyen un escenario ideal para la presencia del SDP (16).

Es importante aclarar que la edad y el tiempo de experiencia en el trabajo son factores inversamente relacionados con el SDP (19).

Intervenciones

Teniendo en cuenta el carácter diverso del SDP, las estrategias que se empleen deben estar encaminadas no solo al individuo como tal, sino también deben encaminarse a su entorno (20).

Intervenciones en el individuo

Manejo del estrés.

El manejo del estrés abarca desde la relajación hasta la terapia cognitivo-conductual centrada en el paciente. La evidencia ha demostrado que los profesionales de salud que buscan ayuda tienden a experimentar menores niveles de agotamiento emocional que aquellos que no lo hacen (21).

La eficacia a largo plazo de estos procesos de ayuda para prevenir el estrés depende de la combinación de un tratamiento psicoeducativo con un cronograma de sesiones de refuerzo y acompañamiento periódico hacia el profesional (22). Adicionalmente, el manejo del estrés con estrategias de respiración y meditación también se ha considerado un factor de ayuda importante (23).

Ejercicio.

Las pausas activas o ejercicios de estiramiento en el lugar de trabajo han demostrado reducir los niveles de ansiedad y los síntomas de agotamiento, al tiempo que mejora el bienestar mental y físico de los profesionales de la salud (24).

El médico oncólogo estadounidense Tait Shanafelt estudió los hábitos de vida saludable y las prácticas de bienestar entre un grupo de cirujanos estadounidenses, encontró que aquellos que participaron en ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular tenían mejores niveles de calidad de vida que el promedio (25).

Dormir y descansar bien.

El agotamiento crónico secundario por la mala higiene del sueño afecta todas las actividades cotidianas. Un sueño ininterrumpido es una buena herramienta para disminuir el estrés y la desconcentración (26).

Por otro lado, durante el día se necesitan períodos cortos de descanso para evitar que la fatiga o el estrés

reduzcan la productividad y afecten el estado de ánimo. Tomar pausas cortas cada 90 minutos durante los cuales se salga a caminar, dormir, hablar por teléfono, tomar una bebida, o en general cualquier cosa que sea diferente al trabajo, disminuye de forma importante el agotamiento laboral, y en consecuencia el SDP (27).

Humor y ocio.

Se recomienda aprovechar cada oportunidad para reír y generar algo de humor en el día. La risa es buena para el profesional, su equipo de trabajo y sus pacientes. Además, es absolutamente contagiosa. Es importante buscar actividades externas o pasatiempos, escribir ensayos, poesía, cartas y cuentos, ya que resultan de gran beneficio (26).

Vacaciones.

Las vacaciones pueden servir como un factor que disminuye el SDP; no obstante, se ha visto que cuatro semanas después de la reincorporación al trabajo los niveles de estrés vuelven a ser muy elevados (28).

Intervenciones en el entorno del profesional de salud con SDP

En el trabajo.

Además de lo que se describió anteriormente en las medidas de descanso, el profesional de la salud debe planificar un horario flexible, limitar el número de horas de trabajo, procurar el mejoramiento de los ambientes físicos del trabajo, y fomentar la participación de los otros trabajadores en la toma de decisiones. También es importante hacer un balance controlado del número de pacientes que se va a atender (29).

Por otro lado, el hecho de plantear objetivos claros a conseguir con el equipo de trabajo, contribuye a evitar caer en confusiones y discernimientos con las metas propuestas.

En cuanto al manejo de pacientes.

En caso de estrés o agotamiento, el profesional de la salud puede llevar una conversación con el paciente con intención puramente social, durante la cual no se esté en modo de resolución de problemas, sino simplemente interactuando. Permitirse unos pocos minutos de charla con un paciente no sólo puede ser de alguna manera tranquilizante, sino también puede retroalimentar al profesional acerca de las razones originales por las cuales eligió su profesión (26).

Para muchos profesionales de la salud el tiempo libre significa tiempo completo lejos de las responsabilidades, dedicado en su totalidad a su familia y amigos, lo cual representa una buena manera de disminuir el agotamiento. No obstante, otros profesionales optan por mantener su teléfono móvil encendido en todo momento o dar a los pacientes sus números telefónicos de la casa. Por esta razón, es bueno enfatizar que las instituciones deben respetar a los profesiones que deciden desconectar su comunicación y estos no deben ser castigados o despreciados por sus colegas por llevarlo a cabo (26).

SDP en especialidades

El SDP se ha visto relacionado con algunas especialidades de la medicina, a continuación se describe cómo se ha desarrollado y qué características se han observado.

SDP en oncología.

El SDP afecta a los profesionales del área de la salud, especialmente los que trabajan en el área de la oncología. Tratar con los pacientes de cáncer y los problemas emocionales relacionados con la muerte y los cuidados paliativos son algunos de los desafíos que enfrentan diariamente estos profesionales, haciéndolos mucho mas vulnerables al SDP (4) (30). Un metaanálisis de Trufelli et al. llegó a la conclusión de que en el mundo la prevalencia del SDP es más elevada entre los profesionales que manejan pacientes con cáncer (31).

El SDP en profesionales del área de oncología afecta tanto a hombres como mujeres. Según un estudio de Liakopoulou et al. se reportaron altos niveles de SDP en los profesionales de oncología que no tenían hijos; también los que no estaban casados, es decir, solteros, comprometidos o divorciados. Por lo tanto, se propuso que tener hijos podría ser un factor protector para el agotamiento emocional en el trabajo (32). Adicionalmente, es de anotar que los profesionales con menor experiencia son mas propensos al SDP (4), así

mismo, aquellos quienes están sometidos a cargas laborales con alta intensidad horaria (33).

Por último, la prevención y la terapia del SDP en oncología deben instaurarse haciendo un balance entre la vida personal y profesional, realizando actividad física, pasatiempos, asesorándose en psicoterapia, hábitos de vida saludable y reuniones de apoyo o grupos de conversación con profesionales en el tema (4).

SDP en medicina de emergencias.

La medicina de emergencia es física, emocional e intelectualmente desafiante. Las posibles consecuencias adversas del agotamiento en los médicos de urgencias, sus pacientes e instituciones de salud han sido fuente de estudio.

En un estudio publicado, Lloyd et al. encontraron que el 61 % de los médicos de emergencias estaban satisfechos con la vida y el 76 % se sentían a gusto con su trabajo. A pesar de este alto grado de satisfacción, hubo altos niveles de SDP en los médicos que hicieron parte del estudio (34).

Según Arora et al., los factores asociados con el SDP en medicina de emergencias se dividen entre los que están relacionados con el trabajo y los que no están relacionados con el trabajo. Dentro de los primeros están la falta de participación en el grupo laboral, la insatisfacción con la carrera, los trastornos del sueño, el aumento de turnos mensuales, y el aumento de horas trabajadas por semana. Dentro de los no relacionados con el trabajo, el mantener un empleo sin tiempo para la familia fue el factor de riesgo más alto para el SDP entre mujeres médicas de emergencias, mientras que una baja capacidad de trabajo en equipo fue el más alto para sus colegas masculinos (35).

Dentro de otros factores importantes se encontró que los médicos de emergencias que no asisten a actividades de educación continua tenían más probabilidades de SDP en comparación con los que sí asistían (36). Por otro lado, Goldberg et al. encontró que a niveles más altos de consumo de alcohol y menores niveles de ejercicio el SDP era más frecuente en los médicos de emergencias (37).

En conclusión, los médicos de emergencias son altamente propensos al agotamiento; no obstante, la satisfacción laboral de estos profesionales es alta.

SDP en cirugía general.

En el contexto de las especialidades quirúrgicas se ha visto que el SDP es originado por factores similares a los anteriormente descritos en los campos de oncología y medicina de emergencias. Sin embargo, en los cirujanos los errores médicos constituyen un factor adicional a otras especialidades que fácilmente puede desencadenar el SDP (38). Pocos estudios han explorado la relación entre los errores del cirujano y el agotamiento o angustia emocional. La mayoría de estudios se han centrado principalmente en la fatiga y la privación del sueño (25).

Según Shanafelt et al., una vez que ocurren errores durante los procedimientos quirúrgicos, los cirujanos a menudo experimentan angustia y se sienten insuficientemente apoyados por sus instituciones de salud mientras tratan de hacer frente a sus errores, lo cual los convierte en profesionales más vulnerables al SDP. Además, los cirujanos pueden tener una tendencia a culparse de los errores que afectan a sus pacientes facilitando así un ambiente de angustia y estrés emocional en el trabajo (25).

Por lo tanto, una estrategia valiosa en este campo es implementar programas de capacitación a los médicos sobre cómo manejar los errores. En este sentido, los cirujanos pueden beneficiarse con la educación de que los errores, a menudo, son causados por una serie de eventos en lugar de ser culpa de un individuo, lo que puede ayudarlos a ser más proactivos en la prevención de errores, reducir la auto culpabilidad y, de esta manera, hacerlos menos propensos al SDP (25).

SDP en cirugía plástica.

La carrera de cirujano plástico es tan gratificante como desafiante. El camino para convertirse en cirujano es bastante dispendioso y puede traer consigo desafíos significativos no solo para el cirujano sino también para su familia. Un estudio del Colegio Americano de Cirujanos sugirió que más del 40 % de los cirujanos experimentan desgaste; del mismo modo, una encuesta de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos mostró que más de un cuarto de los cirujanos plásticos padece de SDP (39).

Según una encuesta de Medscape, en 2015 la tasa de SDP entre cirujanos plásticos fue del 45 %. De acuerdo con el Informe de estilo de vida del médico

2016 de Medscape, las cinco principales causas de SDP entre cirujanos plásticos estadounidenses son: demasiadas funciones administrativas, remuneración insatisfactoria, aumento de los métodos computarizados en la práctica, pasar demasiadas horas en el trabajo y la influencia de los precios a la baja por las nuevas leyes de salud (40). Además, trabajar más de 70 horas por semana, tener una remuneración basada en la facturación en lugar de un salario, o tener una subespecialidad de microcirugía o cirugía estética actúan como predictores independientes de SDP (39).

La mayoría de los médicos no son conscientes de que están experimentando agotamiento hasta que es demasiado tarde. Las manifestaciones de agotamiento severo incluyen depresión, suicidio, alcoholismo, abuso de sustancias, problemas matrimoniales, y pobre desempeño laboral (41). Desafortunadamente, muchos de estos problemas son más frecuentes entre los cirujanos en comparación con aquellos que practican otras especialidades.

En la cirugía plástica, el alto número de pacientes y la competencia en el mercado pueden distraer al profesional de la importancia del equilibrio entre la vida y el trabajo (39). Es esencial que el cirujano plástico reconozca los síntomas del agotamiento y sus implicaciones para poderlos manejar con anticipación y prevenir problemas mayores.

SDP en ortopedia.

Los cirujanos ortopédicos también se ven afectados por el SDP. Un trabajo de investigación de la American Orthopaedic Association (AOA) en 2007 informó la prevalencia y la gravedad del desgaste de los profesionales de esta área en los Estados Unidos. Los factores estresantes más importantes fueron la carga de trabajo excesiva, el aumento de los gastos generales, los déficits presupuestarios, la pérdida de profesores o personal, y el trabajo nocturno o de fines de semana. Dada la relación entre la angustia y la calidad de la atención, se vio como necesidad promover el bienestar del médico dentro de los ortopedistas (42).

Los autores de la AOA concluyeron que claramente existía la necesidad de desarrollar y evaluar intervenciones efectivas para el tratamiento de problemas en los profesionales del área con la ayuda de las sociedades ortopédicas (43).

Saleh et al. publicaron una lista de soluciones prácticas, específicamente para cirujanos ortopédicos dentro de las cuales recomendaron que los programas de residencia introdujeran intervenciones estructuradas donde las instituciones apoyaran el flujo de trabajo de los profesionales (44). Por ejemplo, en los Estados Unidos algunas instituciones ya han creado programas para identificar a los médicos en riesgo de SDP y proporcionarles programas de educación y tratamiento sin ningún tipo de castigo disciplinario (45).

SDP en cuidados paliativos.

El mayor auge de los cuidados paliativos en la práctica clínica actual lleva a los profesionales en esta área a manejar mayores niveles de estrés y a enfrentarse a desafíos cada vez más exigentes en cuanto a conocimientos avanzados, competencias humanas, toma de decisiones éticas y capacidad de manejo del sufrimiento y el final de la vida de las personas (46). Estos retos pueden desencadenar diversas sensaciones en los profesionales tales como fatiga física, psicológica y emocional, lo que genera altos niveles de estrés relacionado con el trabajo, los cuales, si no se tratan a tiempo, pueden terminar en el SDP (47).

Según Gillman et al., las estrategias para contrarrestar o prevenir un SDP en los profesionales del área de cuidado paliativo, deben estar dirigidas a fomentar conexiones dentro del equipo de trabajo usando enfoques formales e informales, proporcionando educación y capacitación para desarrollar comportamientos que ayuden a controlar el estrés laboral, procesar las emociones y aprender de las experiencias (48).

Aunque es responsabilidad de los propios profesionales desarrollar estrategias para ayudar a sobrellevar la situación, el apoyo organizacional es esencial para ayudar a las personas a enfrentar los desafíos relacionados con el trabajo (48).

Discusión

La intervención y el control del SDP pueden ser herramientas importantes para reducir toda clase de riesgos en cuanto a las responsabilidades del profesional se refiere en las instituciones de salud.

Pocos estudios se han centrado en analizar intervenciones organizacionales (a nivel del entorno), en lugar

de intervenciones individuales (3). Un estudio que se llevó a cabo en la Clínica de atención primaria "Legacy" en la ciudad de Portland en los Estados Unidos, mostró que hubo una mejoría significativa en el agotamiento emocional y laboral de los profesionales de la salud con la implementación de una política institucional que priorizó el bienestar de los médicos así como la calidad de la atención. Esto fue posible gracias a una intervención que consistió en ayudar a los profesionales a identificar los factores que influían en su bienestar, midiendo sus niveles de bienestar con regularidad y planificando estrategias de mejora utilizando instrumentos validados (49).

Una revisión realizada por la Escuela Médica de Hannover mostró que los programas de intervención individual son beneficiosos para reducir el agotamiento a corto plazo (seis meses o menos), mientras que una combinación de intervenciones personales y organizacionales tienen efectos positivos más duraderos (12 meses o más) (50).

Por otro lado, Melamed y su equipo argumentaron que tratar el agotamiento es una tarea desafiante, ya que involucra consecuencias a nivel cardiovascular (51). El éxito de muchas intervenciones puede estar limitado por el hecho de que las etapas posteriores del agotamiento conllevan cambios fisiológicos que no se revierten fácilmente (52).

En consecuencia, se necesitan más estudios a largo plazo para destacar los planes de intervención a fin de mantener los efectos positivos mencionados anteriormente y prevenir o tratar el agotamiento. En el caso particular de Bogotá es importante considerar los aspectos transculturales y las características particulares del personal de salud, debido a que en esta ciudad el ejercicio profesional se ve afectado por múltiples factores inherentes a una ciudad cosmopolita, algo que también debe tenerse en cuenta para futuras líneas de investigación con diseños metodológicos que enfaticen el contexto transcultural del burnout.

Conclusiones

El SDP es una consecuencia de la pérdida del entusiasmo y preocupación por el trabajo. Pese a que todos los profesionales pueden llegar a experimentar el SDP, este es más frecuente entre los trabajadores de la salud (5), en especial los que trabajan en el área de oncología y en unidades de cuidados intensivos (6,7). Debido al carácter variante del SDP, las estrategias que se emplean para intervenirlo o prevenirlo siempre deben estar encaminadas no solo al individuo como tal sino también en su entorno (20). Hábitos de vida saludable, mantener un equilibrio entre la vida familiar y personal, dedicarle tiempo al descanso y crear un ambiente agradable con los compañeros de trabajo donde prime la comunicación y el trabajo en equipo, son factores fundamentales para evitar el SDP.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

Referencias

1 Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159-165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

2 Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. J Psychoactive Drugs. 1986;18(3):247-51. https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10472354

3 Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014:9. https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556

4 Demirci S, Yildirim YK, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Aras AB. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. Med Oncol. 2010;27:968-74. https://doi.org/10.1007/s12032-009-9318-5

5 Klersy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzardi V, Navino C, Malberti F, et al. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy—a multicentre study. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(8):2283-90. https://doi.org/10.1093/ndt/gfm111

6 Cubrilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome—assessment of a stressful job among intensive care staff. Coll Antropol. 2006;30(1):131-5.

7 Chen SM, McMurray A. ''Burnout'' in intensive care nurses. J Nurs Res. 2001;9(5):152–64. https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000347573.45553.e0

8 Parker PA, Kulik JA. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. J Behav Med. 1995;18(6):581-99. https://doi.org/10.1007/BF01857897

9 Akroyd D, Caison A, Adams RD. Burnout in radiation therapists: the predictive value of selected stressors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002;52(3):816-21. https://doi.org/10.1016/S0360-3016(01)02688-8

10 Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory-General Survey. The Maslach burnout inventory-test manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.

11 Restrepo N, Colorado G, Cabrera G. Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Revista de Salud Pública. 2006;8(1):63-73. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000100006

12 Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. California: Consulting Psychol Press: 1986.

13 Hernández J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(2):103-10.

14 Salazar M, Beatoon R. Ecological model of occupational stress: Application to urban firefighters. AAOHN Journal. 2000;48:470-8. https://doi.org/10.1177/216507990004801005

15 Gundersen L. Physician Burnout. Ann Intern Med. 2001;135:146-8. https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-2-200107170-00023

16 Moreno-Jiménez B, Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA, editor. Manual de Psicología de la salud. Madrid. Casa editorial Siglo XXI. 1999; p.739-64.

17 Servellen GV, Leake B. Burnout in hospital nurses: a comparison of AIDS, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. J Prof Nurs. 1993;9:169-77. https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90069-O

18 Barrett L, Yates P. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. Aust Health Rev. 2002;25(3):109-121. https://doi.org/10.1071/AH020109

19 Vega Neil V, Sanabria A, Domínguez L, Osorio C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional. Rev. Colomb. Cir. 2009;Sep.24 (3):138-146.

20 Pozo-Romero J, Betancourt-Navarro M, Correa-Borrell M, Ramírez-Labrada F, Capote-Betancourt A. Síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la provincia camagüey. Cuba. Rev Cub Anest Rean. 2007;6(2):93-10.

21 Ito JK, Brotheridge C. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: a conservation of resources perspective. J Vocat Behav. 2003;63:490-509. https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00033-7

22 Gunthner A, Batra A. Prevention of burnout by stress management. Bundegesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesund- heitsschutz. 2012;55:183-9. https://doi.org/10.1007/s00103-011-1406-y

23 Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the respira- tory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. Int J Emerg Ment Health. 2003;5:29-32.

24 Montero-Marín J, Asún S, Estrada-Marcén N, Romero R, Asún R. Effectiveness of a stretching program on anxiety levels of workers in a logistic platform: a randomized controlled study. Aten Primaria. 2013;45:376-83. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.002

25 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russel T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg. 2010;251:995-1000. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3

26 Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. Lancet Oncol 2001;2:750-2. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(01)00590-3

27 Posen DB. Stress management for patient and physician. Canadian J of Continuing Medical Educa tion [serial online] 1995 April. Available from: URL: http://library.vorpal.net/mentalhealth/text/Stress-Management.txt

28 Westman M, Etzion D. The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. Psychol Health. 2007;16:595-606. https://doi.org/10.1080/08870440108405529

29 Palmer Y. Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad. Anestesia en México. 2009;21(1):23-25.

30 Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of Burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ. 2000;163(2):166–9.

31 Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrao MN, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer Care (Engl). 2008;524-31. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00927.x

32 Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, Katsika A, Sarafidou J, Laskari H, et al. Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. Support Care Cancer. 2008;16(2):143-50. https://doi.org/10.1007/s00520-007-0297-9

33 Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. Arch Intern Med. 2005;165(22):2601-6. https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2601

34 Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. J. Emerg. Med. 1994;12:559-65. https://doi.org/10.1016/0736-4679(94)90360-3

35 Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. Emerg Med Australas. 2013;25:491-5. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135

36 Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians results from the French SESMAT study. Emerg. Med. J. 2011;28:397-410. https://doi.org/10.1136/emj.2009.082594

37 Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon W, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. Acad. Emerg. Med. 1996;3:1156-64. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03379.x

38 Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33:467–476. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33050-X

39 Prendergast C, Ketteler E, Evans G. Burnout in the Plastic Surgeon: Implications and Interventions. Aesthet Surg J. 2017;37(3):363-368.

40 Peckham C. Medscape Plastic Surgery Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout. January 13, 2016.

41 Shanafelt TD, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Satele D, Hanks J, Sloan J, et al. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practic- es of US surgeons. Ann Surg. 2012;255(4):625-633. https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0

42 Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physi- cian burnout and promoting patient-centered care. JAMA. 2009;302(12):1338-40. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1385

43 Ames SE, Cowan JB, Kenter K, Emery S, Halsey D. Burnout in Orthopaedic Surgeons: A Challenge for Leaders, Learners, and Colleagues: AOA Critical Issues. J Bone Joint Surg Am. 2017;99(14):e78. https://doi.org/10.2106/JBJS.16.01215

44 Saleh KJ, Quick JC, Conaway M, Sime WE, Martin W, Hurwitz S, et al. The prevalence and severity of burnout among academic orthopaedic departmental leaders. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(4):896-903. https://doi.org/10.2106/JBJS.F.00987

45 Haskins J, Carson JG, Chang CH, Kirshnit C, Link DP, Navarra L, et al. The suicide prevention, depression awareness, and clinical engagement

program for faculty and residents at the University of California, Davis health system. Acad Psychiatry. 2016;40(1):23-9. https://doi.org/10.1007/s40596-015-0359-0

46 Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. Nurs Ethics England 2011;18(3):317-26. https://doi.org/10.1177/0969733011398092

47 Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(7):1905-1933. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309

48 Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2015;13(5):131-204. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898

49 Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. J Gen Intern Med. 2007;22:1544-52. https://doi.org/10.1007/s11606-007-0363-5

50 Awa W, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns. 2010;78:184-90. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008

51 Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bull. 2006;132:327-53. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327

52 Danhof-Pont M, Van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in Burnout: a systematic review. J Psychosom Res. 2011;70:505-24. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.012

53 Rodríguez MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML, Pinzón JY. Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario, Universidad CES. Escuela de medicina y Ciencias de la salud. Mar 2011.

Recibido para evaluación: 18 de octubre de 2017
Aceptado para publicación: 23 de mayo de 2020

Correspondencia:
Juan Felipe Nieto-Rodríguez
faniro@hotmail.com

Bogotá, D.C., Colombia