

**ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES DE PREVENCIÓN DEL BURNOUT  
EN PROFESIONALES DE LA SALUD: REVISIÓN DE LITERATURA.**

**MARIA FERNANDA CORREA ARTEAGA**

**LEIDY KATERINE CHACON FANDIÑO**

**YADIRA LUZ GARCÍA PÉREZ**

**SILVANA LÓPEZ GÓMEZ**

**Asesora: Ángela María Córdoba Mazo**

**UNIVERSIDAD CES  
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA  
MEDELLÍN  
2020**

**ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES DE PREVENCIÓN DEL BURNOUT  
EN PROFESIONALES DE LA SALUD: REVISIÓN DE LITERATURA.**

**MARIA FERNANDA CORREA ARTEAGA**

**LEIDY KATERINE CHACON FANDIÑO**

**YADIRA LUZ GARCÍA PÉREZ**

**SILVANA LÓPEZ GÓMEZ**

**Asesora: Ángela María Córdoba Mazo**

**UNIVERSIDAD CES  
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA  
MEDELLÍN  
2020**

## **Dedicatorias**

El presente trabajo está dedicado a mi esposo José Camilo López por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi especialidad, a mis hijas María Camila y María Fernanda por su gran amor y comprensión en este proceso. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, Docentes y compañeros de clase quienes aportaron a mi formación tanto profesional como ser humano.

**Leidy Katerine Chacón Fandiño**

Este trabajo de grado lo dedico a mi madre Gloria Patricia Correa y mi hermano Juan Camilo Yepes que son el motor y el faro que ilumina cada paso que doy en mi vida. A mis padrinos Alba Luz Correa y Rodrigo Montoya por ser un apoyo incondicional en mi carrera. A mi pareja Jorge Esteban Pulgarín quien ha sido mi compañero de viaje para alcanzar mis metas y a mi jefe Dr. Juan Carlos Chacón quien todos los días me motiva a ser la mejor versión de mí.

**María Fernanda Correa Arteaga**

A memoria de mi madre Enalba quien fue una mujer trabajadora, alegre, aguerrida, quien con su ejemplo y dedicación me enseñó que todo es posible si me lo propongo. A mi mami Noris, mi padre Alirio García, hermanos y sobrinas por su apoyo incondicional quienes llenan de felicidad mi vida y son mi razón de ser. A mi pareja Jairo Nieto por su amor, tolerancia y apoyo.

**Yadira Luz García Pérez**

## INDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
1.1 Pregunta De Investigación .....	11
1.1.1. Figura 1. Diagrama De La Pregunta De Investigación .....	11
1.2 Planteamiento Del Problema.....	12
1.3 Justificación.....	14
<b>2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....</b>	<b>16</b>
2.1 MARCO CONCEPTUAL:.....	16
2.1.1 ¿Qué Es El Síndrome De Burnout? .....	16
2.1.2 Figura 2. Dimensiones Del Síndrome De Burnout .....	18
2.1.3 Tabla 1. Encuesta Mbi Inventory (23). .....	19
2.1.4 Tabla 2. Puntuación De Resultados Mbi (23).....	20
2.1.5 Figura 3. Severidad Del Agotamiento Laboral.....	21
2.1.6 Otras Escalas.....	21
2.1.7 Fases Del Burnout .....	23
2.1.7.1 Figura 4. Fases Del Síndrome De Burnout (12). .....	23
2.1.8 Síntomas .....	24
2.1.9 Factores De Riesgo .....	24
2.1.9.1 Factores De Riesgo Individuales.....	25
2.1.9.2 Factores De Riesgo Organizacionales:.....	25
2.1.10 Asociación Con Otras Condiciones.....	27
2.2 MARCO LEGAL.....	27
2.2.1 Tabla 5. Cie 10 (38). .....	28
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
3.1 Objetivo General.....	30
3.2 Objetivos Específicos .....	30
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>31</b>
4.1 Tipo De Estudio:.....	31
4.2 Pregunta De Investigación: .....	31
4.3 Tabla 6. Pregunta De Investigación.....	31
4.4 Definición De Criterios De Búsqueda: .....	32
4.5 Criterios De Inclusión .....	32

4.6	Criterios De Exclusión: .....	32
4.7	Control De Errores Y Sesgos: .....	32
4.8	Recopilación De La Información:.....	32
4.9	Instrumentos De Recolección De Información.....	33
4.9.1	Tabla 7. Formato Para Definición De Criterios De Inclusión Y Exclusión. .....	33
4.9.2	Tabla 8. Formato Para Síntesis De Información .....	33
4.10	Proceso De Búsqueda Filtro Y Selección:.....	34
4.10.1	Figura 5 Diagrama De Proceso De Búsqueda Filtro Y Selección Metodología Prisma. ....	34
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
5.1	Figura 6. Gráfica De Distribución De Estrategias. ....	35
5.2	Estrategias Individuales:.....	36
5.2.1	Figura 7. Grafica Estrategias De Prevención Individual .....	36
5.2.2	Figura 8. "Manejo Del Estrés (Sesión 2): Una Imagen Aislada Y Gris Del Estrés Se Transforma Con La Adición De Colores Y Figuras" (53). ....	41
5.3	Estrategias Organizacionales:.....	42
5.4	Tabla 9. Artículos Estrategias De Prevención Para El Síndrome De Burnout. .....	51
<b>6.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>58</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>61</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar las estrategias Organizacionales e individuales para la prevención del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud reportadas en la literatura científica entre 2010 y 2020.

**Metodología:** Se realizó una revisión sistemática en la literatura sobre artículos relacionados con estrategias de manejo de Burnout en profesionales de la salud, publicados entre 2010 Y 2020 en cuatro bases de datos relacionadas con salud. La búsqueda se realizó a través del portal de búsqueda de bases de datos de la universidad CES, las seleccionadas fueron: EBSCO (Academic Search), PubMed, Science Direct y Elsevier.

**Resultado:** De los 84 artículos consultados, el 33,3 % mencionaba estrategias de prevención individual liderando por excelencia la técnica el mindfulness con 57,4 % de registro en los artículos. También el 41,6 % de los artículos reportaron estrategias organizacionales y el 25 % estrategias mixtas (Individuales y Organizacionales).

**Conclusión:** A lo largo de la realización de este proyecto se ha evidenciado la alta prevalencia del síndrome de Burnout entre el personal de salud. El llamado principal es a utilizar las estrategias mixtas (individuales y organizacionales) para un manejo integral de esta condición. El profesional necesita una nueva manera de experimentar el vivir humano, una manera de mirar su entorno, contemplar la realidad tal cual como es e implementar, mejorar y fortalecer hábitos de vida saludable. Lograr este bienestar es un trabajo mancomunado con la organización, ellos también son parte fundamental de este proceso y deben brindar las herramientas necesarias para lograr el equilibrio entre vida personal y vida laboral que necesitan sus colaboradores.

**Palabras claves:** Síndrome de Burnout, Prevención, Profesional de la salud, Atención médica, Trabajadores de la salud

**Abstract:**

**Objective:** To characterize the Organizational and individual strategies for the prevention of Burnout Syndrome in health professionals reported in the scientific literature between 2010- 2020.

**Methodology:** A systematic review of Burnout management strategies in health professionals was carried out. The search strategy included papers published between 2010 and 2020 in four health-related databases, i.e., EBSCO (Academic Search), PubMed, Science Direct, and Elsevier. The application of the inclusion and exclusion criteria resulted in a set of 84 papers.

**Results:** Of the 84 papers reviewed, 33.3 % of the studies reported individual prevention strategies. Moreover, mindfulness was the leading technique with 57. 4% of the papers describing this method. Also, 41.6 % of the papers reported Organizational strategies, and a 25 % reported mixed strategies (individual and organizational).

**Conclusions:** The high Prevalence of Burnout syndrome among health professionals has been evidenced in the numerous papers reviewed. The main call is to use the mixed strategies to have a comprehensive management of this phenomenon. These health-care personnel require new ways of experience life, changing the perception of their environment and contemplating reality as it is. Moreover, they require to implement, improve, and strengthen healthy-lifestyle habits. To achieve this personnel wellbeing the organizations, play a fundamental role in this process and must provide the necessary tools to achieve a balance between personal and professional life.

**Key Words:** Burnout Syndrome, Prevention, Health professional, medical attention, health worker

## 1.INTRODUCCIÓN

Las estrategias para prevención del burnout en profesionales de la salud tanto a nivel individual como organizacional son aquellas medidas, metodologías o conductas que se aplican tanto para el individuo como para las instituciones de salud, con el fin de minimizar el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout, fenómeno cuya importancia ha venido en ascenso, lo que ha permitido mayor reconocimiento y alerta en el entorno mundial y local, en el cual los profesionales de salud se ven enfrentados a niveles mayores de competitividad a nivel técnico (nuevas generaciones), así como mayores retos frente a las exigencias de las organizaciones (mayor compromiso laboral, menores garantías de estabilidad y bienestar). De igual manera el profesional actual se ve inmerso en un ambiente donde los cambios trascendentales en los enfoques de la vida que conducen a un ritmo de vida acelerado, provocando angustia, agotamiento físico y emocional, trastornos en los hábitos alimentarios y del sueño y menor dedicación a la actividad física y a los espacios de disfrute, hacen que sobrevengan molestias físicas y psicológicas que se convierten en factores de riesgo para el bienestar de los profesionales de la salud.

El síndrome de burnout es definido de varias formas, pero la mayoría de los investigadores favorecen una definición multifacética desarrollada por Maslach (et al 1993,1996), que abarca tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducción en el sentido de logro personal. La dimensión del agotamiento emocional se refiere a sentimientos de agotamiento, sobre extensión y fatiga explicados por exceso de carga laboral. La despersonalización (también llamada cinismo) se refiere a actitudes negativas hacia los consumidores o el trabajo en general y la disminución de sensación de logro personal (o eficacia) implica una autoevaluación negativa de su trabajo, con los consumidores o en la eficacia en general del trabajo, estas tres anteriores, asociadas con factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos no mitigados (1,2).



El burnout se mide mediante el uso de Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Christina Maslach. Una encuesta de 22 ítems que se ha convertido en el estándar de oro para identificar este síndrome. Muchos investigadores consideran el burnout una condición de estrés relacionado con el trabajo o incluso una discapacidad de salud mental relacionada con éste. Aunque el burnout está correlacionado con otras condiciones de salud mental, como ansiedad y depresión, la investigación también apoya que el burnout es una construcción distinta de estas otras enfermedades de salud mental, como reacción de estrés general, y de otros fenómenos laborales como la insatisfacción laboral (1,2).

Los profesionales de la salud están expuestos a altos niveles de estrés laboral y riesgo de sufrir trastornos mentales, abuso de sustancias, suicidio y agotamiento laboral. Puede desencadenar ansiedad, abuso de alcohol y drogas, aumento en consumo de medicamentos, errores médicos, compromiso de la salud, pensión temprana y disfunciones en las relaciones sociales tanto en el hogar como en el trabajo (3).

Múltiples estudios han indicado una alta prevalencia de burnout entre los médicos y han demostrado que hasta un tercio de los médicos han experimentado burnout en algún momento de sus carreras (4).

Se estima que entre el 30 % y el 40 % de los médicos en EE. UU. experimentan Burnout, provocando numerosas consecuencias para los médicos, sus pacientes y la sociedad, en términos de aumento en el costo de la atención en salud, productividad, e incluso mortalidad. En comparación con la población general, el riesgo relativo estimado de suicidio según lo informado en la investigación varía de 1,1 a 3,4 para los médicos hombres, y de 2,5 a 5.7 para mujeres, respectivamente (5).

El objetivo de esta revisión sistemática en las diferentes bases de datos científicas (Science Direct, PubMed, EBSCO y Elsevier), es analizar la producción científica relacionada con las estrategias (organizacionales) de prevención del burnout en

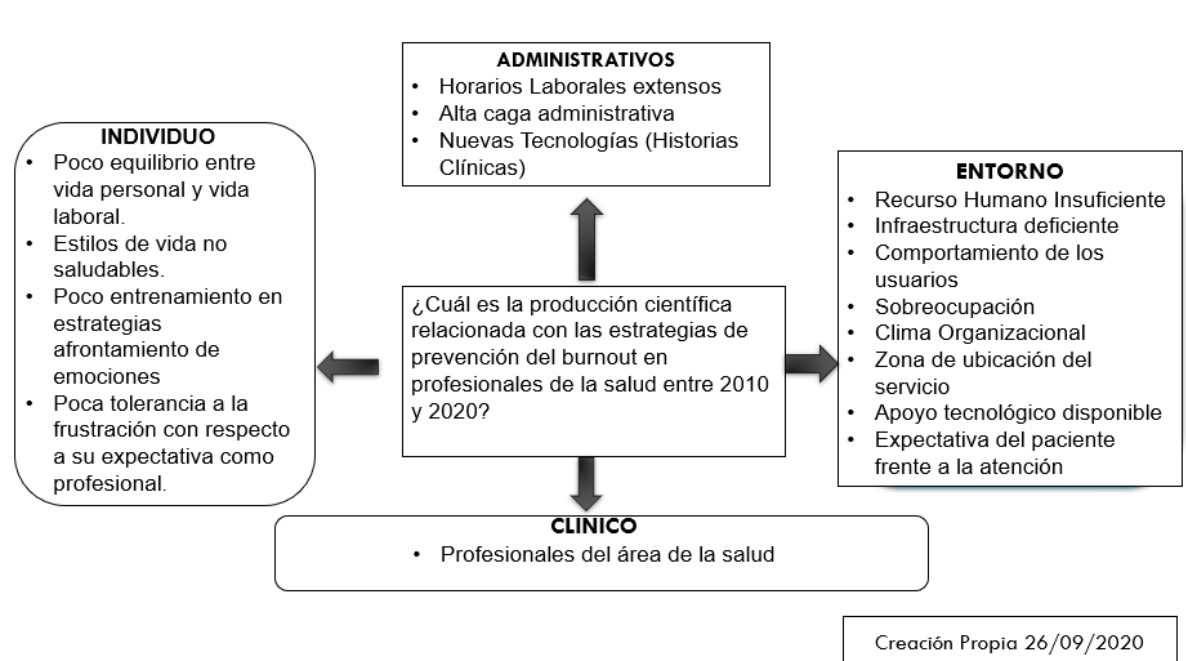
profesionales de la salud entre 2010 y 2020, identificar los factores de riesgo, describir las metodologías de los estudios a los que se orientan las estrategias de prevención del burnout, analizar los resultados de las estrategias e identificar las recomendaciones de los diferentes estudios en torno a los lineamientos prácticos para el desarrollo de estrategias de prevención del burnout en profesionales de la salud.

Esta revisión permitirá exponer las diferentes alternativas que existen a nivel individual y organizacional para prevenir el burnout en el personal de salud las cuales pueden ser utilizadas por los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios de salud para lograr cambios que puedan impactar en el bienestar de esta comunidad.

## 1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la producción científica relacionada con las estrategias de prevención del burnout en profesionales de la salud entre 2010 y 2020?

### 1.1.1. FIGURA 1. DIAGRAMA DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad es frecuente escuchar hablar sobre el síndrome de Burnout (SBO) y la preocupación de su aparición en el personal de la salud, no es un tema nuevo. Desde hace más de treinta años se viene investigando los diferentes factores de riesgo, consecuencias y posibles estrategias para el afrontamiento de ello en diferentes países tanto de habla hispana como inglesa, evidenciando que el síndrome de burnout viene aumentando entre todas las disciplinas de la atención médica”(6), y es de vital importancia para las entidades de salud conocer las estrategias de prevención, varios estudios realizados recientemente han demostrado el alto grado de estrés y agotamiento de los médicos y demás colaboradores del área de la salud, lo cual afecta sus actitudes, su conducta y el desempeño de sus funciones asistenciales como lo menciona Alan H. (7).

El síndrome de burnout fue nombrado por primera vez en la literatura en el año 1974 y desde ese entonces se ha convertido en una discusión fundamental en la atención médica, “ya que los datos recientes han revelado el impacto sustancial que ha tenido el agotamiento en la prestación de atención médica” (8), es un padecimiento que se vive en muchas instituciones de salud del mundo, afectando a una parte importante de los profesionales que se dedican al cuidado de la salud y la enfermedad de la población.

En un estudio reciente de 6586 médicos en activo, más de la mitad (54,3 %) de los participantes refirieron síntomas de agotamiento, un tercio (32,8 %) experimentó fatiga excesiva y el 6,5 % señaló ideas suicidas. Las enfermeras también experimentan altas tasas de agotamiento. Aproximadamente el 60 % de las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos pediátricos y de adultos informan síntomas de agotamiento (9).

El Síndrome de Burnout está afectando a los profesionales de la salud, tanto es su impacto, prevalencia y aumento que es nombrado como una epidemia y así lo

menciona Alan H "Existe un creciente y acelerado reconocimiento del estrés y el agotamiento de los médicos (y enfermeras) que muchos sienten que han alcanzado proporciones epidémicas" (7).

Son varios los factores que llevan a desencadenar este agotamiento, Patrick J. en su artículo trae a alusión lo dicho por "Freudenberger describió esos individuos susceptibles al agotamiento por ser dedicados y comprometidos". También es relevante mencionar que no solo es de tipo de personalidad, sino de la magnitud de responsabilidades, compromisos profesionales y sobre todo el ambiente laboral que los rodea afecta su salud mental (10).

Es así como uno de los factores de riesgo que posee más peso para la aparición del Burnout es el entorno laboral como lo dice, Cristina M (et al.2017), el síndrome de burnout no es un problema del individuo sino del entorno social y organizacional en el que trabajan. El sistema y el funcionamiento del lugar de trabajo dan forma a cómo las personas interactúan entre sí y cómo realizan su trabajo. Cuando ese lugar de trabajo no reconoce el lado humano del trabajo, y hay grandes desajustes entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de las personas, entonces habrá un mayor riesgo de agotamiento (11).

Es claro que el perfil del profesional asistencial del área de la salud los convierte en víctimas potenciales del Síndrome de Burnout, lo cual refuerza la necesidad de realizar más estudios enfocados en la recolección de estrategias organizacionales y brindar herramientas a las instituciones de salud para lograr proteger a los colaboradores y contar con las estrategias necesarias para afrontar el agotamiento en sus instituciones (10).

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Una parte considerable de los profesionales del área de la salud, están sufriendo del síndrome de Burnout "término anglosajón que significa estar quemado, desgastado o exhausto por el trabajo " (12), es una afectación que se desarrolla por diversos factores como pérdida de autonomía, aumento de actividades administrativas, y demás, obteniendo como resultado ansiedad, síntomas depresivos, falta de impulso, irritabilidad, hipersensibilidad, y falta de emoción (13).

Debido a esto es frecuente encontrar médicos, especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería malhumorados e impacientes, pero no es necesariamente su naturaleza, pueden estar cruzando por un síndrome de burnout y no está recibiendo la atención institucional que necesitan para afrontarla (14), Scott W 8 (et al 2020), menciona que el 42 % de los 15.000 médicos estadounidenses que participaron de una encuesta en línea en el 2018 presenta agotamiento. La mayor incidencia de burnout (50 %) se evidenció entre los médicos de 45 a 54 años. Se repete el estudio en 2019, y los hallazgos fueron similares, con una tasa general del 44 % de "sentirse agotado" y un alarmante 14 % reportando pensamientos suicidas (14).

El agotamiento no solo afecta a nivel individual al profesional, sino otras áreas de su vida, como la familia y amigos. Pero a su vez en el sistema de salud impacta en la atención que recibe y percibe el paciente (15), así lo menciona Holly Wei, (et al 2019) en su artículo: El estudio de 53.846 enfermeras de 6 países mostraron que los niveles más altos de agotamiento de las enfermeras se correlacionaron con calificaciones bajas en la calidad de la atención al paciente. Al experimentar síntomas de agotamiento, los profesionales de la salud pueden desarrollar una sensación de desapego del trabajo, tanto física como psicológicamente (15).

Son tantas las consecuencias provenientes del SBO que es importante mencionar el ejemplo dado por Holly Wei (et al 2019). "En una encuesta de aproximadamente

7000 médicos estadounidenses, el agotamiento fue significativo y asociado con el consumo y dependencia del alcohol” (15), es evidente que las diferentes áreas que conforman la integralidad del ser humano están siendo afectadas y se necesita empezar a trabajar en la salud de aquellos que cuidan y salvan vidas.

Es así, como por medio de la presente revisión sistémica se proporcionará una serie de estrategias organizacionales y de autoayuda, obtenidas de la revisión bibliográfica, de 4 bases de datos. Con el objetivo de obtener las estrategias de prevención con los mejores resultados y de esta manera brindar un documento de fácil acceso a las personas que estén interesadas en documentarse y/o implementarlas, como lo dice Scott W. (et al 2020). “El agotamiento es un problema del sistema, no una enfermedad individual y debe abordarse con soluciones sistemáticas” (14).

El objetivo y formación del personal de la salud va encaminado a brindar atención, sanar y curar (13), sin embargo, el aumento de la prevalencia de los factores de riesgo y el desarrollo de SBO están limitando este quehacer y socavan el compromiso con la profesión y satisfacción laboral de este grupo de profesionales, por lo que es de vital importancia documentar todas las estrategias obtenidas por la revisión bibliográfica, las cuales pretenden ser una herramienta de consulta para quienes deseen implementar en sus instituciones programas de bienestar para el personal de salud con cambios positivos en el bienestar organizacional que refuercen el autocuidado, obteniendo profesionales mental y físicamente saludables (14).

Como dice Yates ,” Sin nuestra propia máscara de oxígeno en su lugar, no podemos ayudar a quienes nos rodean” (14).

## **2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

### **2.1 MARCO CONCEPTUAL:**

#### **2.1.1 ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE BURNOUT?**

El síndrome de Burnout (SBO) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida y salud mental de los trabajadores (16).

No se encuentra catalogado como un desorden mental ya que no se encuentra incluido en el DMS V(17). Sin embargo, en el año 2019 la OMS lo incluye en el CIE 11 como un síndrome resultante del estrés crónico en el trabajo no manejado exitosamente y un fenómeno de interés para la Organización mundial de la salud (18).

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1960, en su novela "A burn-out case" en el cual se representa a un arquitecto que deja su exitosa empresa al no encontrarle ya sentido a su práctica y se va a trabajar en una colonia de leprosos en el Congo donde sentía que hacía la diferencia (19).

El término científico de burnout fue utilizado por primera vez en 1974 por el Psicólogo Herbert Freudenberger en su trabajo staff burnout para referirse a un fenómeno que se venía presentando en los trabajadores en salud de una clínica para adictos a las drogas quienes manifestaban empatía y compasión por los pacientes, la cual a su vez se combinaba con cambios físicos y conductuales, presentando una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento,



síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y agresividad con los pacientes luego de trabajar por un tiempo prolongado con ellos (20).

El primer estudio de referencia realizado en burnout fue realizado en controladores de vuelo y publicado en 1969 impulsado por una serie de colisiones aéreas que fueron ligadas a error humano por lo que fue solicitado por el instituto de aviación federal la realización de un estudio prospectivo de cohorte a 416 controladores de tráfico durante 3 años para determinar los factores intrínsecos y del ambiente que podían afectar la actuación de estos trabajadores. Se reportaron múltiples aspectos como poco entrenamiento, equipo inadecuado, turnos largos sin descanso y temas tecnológicos, con lo cual se determinó en el reporte que parecían tener lo que se llamaba fatiga profesional o burnout (21).

A nivel mundial en el ámbito de la salud el SBO o agotamiento profesional fue dado a conocer en 1976 en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología APA por la Dra. Christina Maslach, ella se refería a una constelación de síntomas y signos que venían presentándose en los profesionales relacionados con ayuda sin historia psicológica o psiquiátrica que, después de meses o años de trabajo, quienes terminaban desgastándose y generando una respuesta negativa a las continuas demandas externas, debido a un fallo de las habilidades de adaptación y las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear (22).

Luego de este primer acercamiento en 1981 Christina Maslach y Susan E Jackson lo describen como un Síndrome que se caracteriza por tres componentes o dimensiones (23):

1. Cansancio Emocional: Es la sensación de fatiga vacía que siente el individuo frente circunstancias de excesiva exigencia, sobrecarga de trabajo y escasos recursos emocionales. Es la cualidad principal y la manifestación más reportada y analizada de este síndrome (24).

2. Despersonalización: Actitud distante o indiferente alrededor del trabajo que se puede manifestar como actitud negativa o cínica frente a los colegas o pacientes, hostilidad frente a las situaciones y las personas en el trabajo o la incapacidad de tener empatía o compasión por los pacientes y sus familias (23).

3. Percepción de baja realización del logro profesional o personal: Se refiere a una tendencia evaluar negativamente el trabajo propio (22).

### 2.1.2 FIGURA 2. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Agotamiento Emocional	Actitud Despersonalizada	Baja Realización Personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de desgaste.</li> <li>• Alto esfuerzo Físico.</li> <li>• Agotamiento.</li> <li>• Fatiga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos, actitudes y respuestas negativas.</li> <li>• Ironía.</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Perdida desmotivación por el trabajo</li> <li>• Reacciones de distanciamientos</li> <li>• Cinismo</li> <li>• Hostilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo rendimiento laboral.</li> <li>• Incapacidad para soportar la presión.</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Afectación de las relaciones profesionales y personales.</li> </ul>

Fuente extraída del Archivo Síndrome de Agotamiento Laboral "Burnout" (12)

De igual manera Christina Maslach (et al 2020). desarrollan en su investigación la herramienta más utilizada, que en la actualidad se considera el estándar de oro en evaluación de SBO. Esta herramienta es llamada Maslach Burnout Inventory (MBI) y fue creada inicialmente para medir SBO en profesiones de servicio a otros (23).

### 2.1.3 TABLA 1. ENCUESTA MBI INVENTORY (23).

	Pregunta	0= Nunca	1= Pocas veces al año o menos	2= Una vez al mes o menos	3= Unas pocas veces al mes	4= Una vez a la semana	5= Unas pocas veces a la semana	6= Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo							
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8	Me siento "quemado" por mi trabajo							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20	Me siento acabado							

21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

El MBI es un cuestionario de 22 ítems con una escala tipo Likert con 7 niveles de respuesta. Que a su vez se subdivide en 3 subescalas que evalúan las 3 dimensiones del SBO (23).

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

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

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

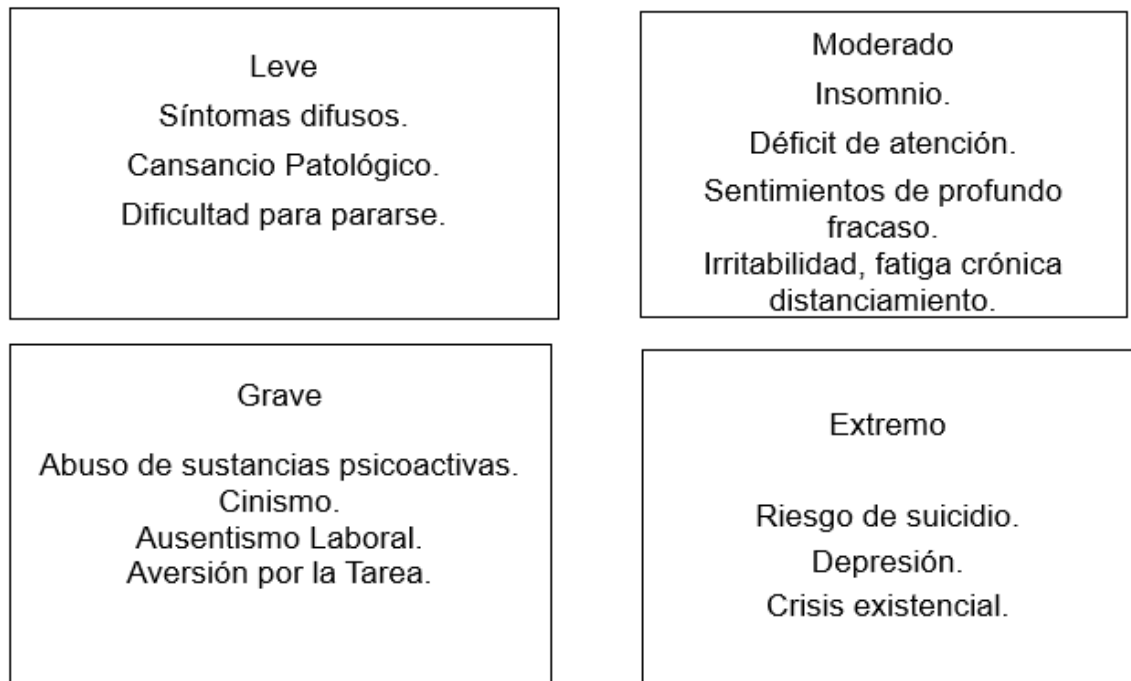
De acuerdo con lo anterior el resultado puede ser:

#### 2.1.4 TABLA 2. PUNTUACIÓN DE RESULTADOS MBI (23).

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen la ocurrencia de síndrome de Burnout (18).

### 2.1.5 FIGURA 3. SEVERIDAD DEL AGOTAMIENTO LABORAL



Creación Propia 24/09/202

### 2.1.6 OTRAS ESCALAS

Existen otras escalas para evaluar el SBO las cuales no han sido tan ampliamente utilizadas ni validadas pero que en ocasiones pueden ser más específicas para las pretensiones de evaluación de algunos autores (18,22).

#### 2.1.6.1 COPEHAGEN BURNOUT INVENTORY

Fue desarrollado por Investigadores daneses en respuesta a su percepción de algunas limitaciones con el MBI. Consiste en 3 escalas que miden Burnout personal, burnout relacionado con el trabajo y burnout relacionado con el cliente. Fue creado para cualquier tipo de labor y su idea es validar que tanto los trabajadores atribuyen el burnout a trabajar con clientes y no a trabajar con personas (22).

### 2.1.6.2 ESCALA DEL PSYICIAN WORKLIFE STUDY

El psysician worklife study es un estudio desarrollado entre 1996-1998 en más de 5000 médicos americanos, en el cual se desarrolla una escala que puntúa burnout entre 1 y 5 para definir el nivel de fatiga laboral que experimenta el profesional. Es específico para el ámbito medico (25).

### 2.1.6.3 OLDENBURG BURNOUT INVENTORY

Es un estudio desarrollado en Alemania en respuesta a que los autores consideraban que el MBI no abarcaba adecuadamente el tema puesto que pensaban que la despersonalización y el cansancio emocional son los principales componentes del Síndrome de burnout y que la realización personal es un tema secundario. Es un cuestionario con 16 ítems que evalúa las dos áreas mencionadas previamente y se desarrolló para aplicar a cualquier tipo de población (26).

### 2.1.6.4 TABLA 3. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN PARA BURNOUT (18).

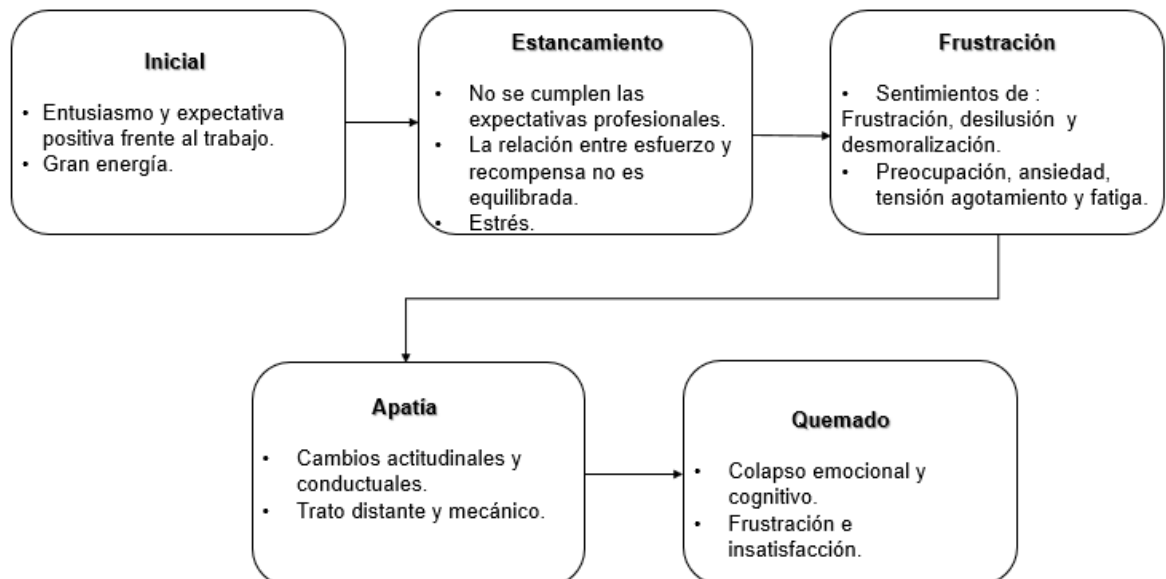
HERRAMIENTA	FECHA	LUGAR	PROPOSITO	FORMATO	APLICACION VALIDADA
1. Maslach Burnout Inventory– Human Services for Medical Personnel	1981	USA	Medición en profesionales en servicios que involucren ayuda	Encuesta de 22 ítems en 3 áreas: EE, DP, & baja realización personal PA	Pacientes: adultos Población: Profesionales en áreas de servicio Escenario: Profesionales en áreas de servicio
2. Physician Work-Life Study's Single Item	2000	USA	Medición de burnout en cualquier grupo ocupacional	Un solo ítem. Los contestatarios puntúan el burnout de 1 (no burnout) a 5 ( Burnout completo )	Pacientes: adultos Población: Médicos Escenario: Escenarios clínicos
3. Copenhagen Burnout Inventory	2005	Dinamarca	Medición de burnout en cualquier grupo ocupacional	Encuesta de 19-Item s que cubre 3 áreas: personal - trabajo y relacionada con el cliente	Pacientes: adultos Población: cualquier grupo ocupacional Escenario: Escenario cualquiera
4. Oldenburg Burnout Inventory	2002	Alemania	Medición de burnout en cualquier grupo ocupacional	Encuesta de 16-Item cubriendo 2 áreas: cansancio y poco compromiso laboral	Pacientes: adultos Población: cualquier grupo ocupacional Escenario: Escenario cualquiera

## 2.1.7 FASES DEL BURNOUT

Suele desarrollarse en cinco fases de carácter cíclico que se pueden repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

1. Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
2. Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
3. Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
4. Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios (12).

### 2.1.7.1 FIGURA 4. FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT (12).



Fuente extraída del Archivo Síndrome de Agotamiento Laboral "Burnout" (12).

### **2.1.8 SINTOMAS**

Los síntomas pueden ser muy variables tanto en su momento de presentación como en su gravedad, sin embargo, se pueden agrupar en 5 síntomas específicos de acuerdo como se presentan:

(1) Síntomas somáticos: Fatiga crónica, cansancio, dolores de cabeza, dolores musculares, privación del sueño, molestias gastrointestinales hipertensión, pérdida de peso, crisis de asma entre otros (12,22)

(2) Síntomas Conductuales: Despersonalización, deterioro progresivo y encubierto comportamental, dificultad para relajarse, dificultad para concentrarse, trastornos del carácter (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo) (12,22,27).

(3) Síntomas emocionales: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad dificultad para manejar y expresar las emociones, impaciencia, soledad, impotencia, desorientación, ansiedad y síntomas depresivos (12,24,27).

(4) Síntomas cognitivos: Creencias sobre baja realización personal, pobre desempeño, impotencia para cumplir su rol, fracaso (22).

(5) Síntomas sociales: Disfunciones familiares graves, dificultad para socializar, se tiende al aislamiento y la comunicación deficiente (28).

### **2.1.9 FACTORES DE RIESGO**

Una vez se inició el interés por definir claramente el SBO, comenzaron los estudios en múltiples especialidades para saber cuál es su prevalencia, cuáles son los factores de riesgo que más influyen, cuáles son sus consecuencias y empezar a estudiar cómo prevenirlo o como tratarlo.



### **2.1.9.1 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES**

1. Sexo: En diferentes estudios se ha encontrado que las mujeres son más susceptibles al desarrollo de síndrome de Burnout que los hombres lo cual ha sido explicado como consecuencia de las altas demandas familiares, el trato diferenciado y diferencias en el ingreso respecto al sexo opuesto (29).

2. Edad: Se ha evidenciado en múltiples estudios que este fenómeno es más frecuente en personas menores de 40 años de edad, lo cual ha sido explicado por el desarrollo que se va dando de las estrategias de afrontamiento a medida que se va adquiriendo experiencia laboral (30).

4. Estado civil: Las personas solteras han demostrado tener mayor riesgo de padecer SBO debido a que generalmente tienen menos red de apoyo inmediata. Así mismo, las personas que tienen hijos parecen ser menos susceptibles ya que han desarrollado grados mayores de resiliencia frente a las situaciones (29).

5. Etapa en la carrera profesional: Se ha encontrado como variable independiente que el síndrome de burnout se desarrolla con mayor frecuencia en profesionales de la salud que están iniciando la carrera profesional debido a que en esa etapa se tiene mayor auto exigencia y se están desarrollando en fase inicial los mecanismo de adaptación (27,30).

### **2.1.9.2 FACTORES DE RIESGO ORGANIZACIONALES:**

1. Carga laboral alta: Este ítem se encuentra como uno de los principales factores de riesgo en la mayoría de los estudios. Se expresa en tener más trabajo del que se puede realizar adecuadamente durante el tiempo estipulado para ello (31). De igual manera en algunos estudios lo asocian con horarios extendidos (32), otros expresan aumento de SBO no solo por la carga laboral general sino específicamente por la carga de labores administrativa que en muchas ocasiones van en contravía con la motivación del profesional de salud (33).

2. Aumento de registros clínicos electrónicos: Se encuentra como una de las principales causas de desarrollar esta condición el aumento de los registros clínicos que se deben llevar de acuerdo a las regulaciones de cada país (34).

3. Cultura organizacional disfuncional: A este nivel se refiere los factores de riesgo como liderazgo negativo, conflicto de roles, no congruencia con los valores de la institución, dificultades en la comunicación o no conocimiento de la estrategia organizacional (10).

4. No control del ambiente de trabajo: Esta situación es muy característica de algunas especialidades y ambientes de trabajo institucionales o extramurales como el ambiente prehospitalarios, emergencias, centros de traumatología y demás, donde diariamente el panorama cambia , donde se presentan múltiples novedades que hacen que el cumplimiento de la planeación de trabajo sea difícil , que el control de los horarios específicos no sea adecuado y otras múltiples situaciones que hacen que el personal deba extraer mayores recursos de resiliencia para adaptarse (27).

En la tabla 4 se listan los principales factores de riesgo encontrados transversalmente (35), sin embargo, cada especialidad tendrá sus particularidades para agregar como horas quirúrgicas (36), exposición a eventos de vida o muerte (27), pacientes con alta morbimortalidad y demás específico de su rol o servicio.

**2.1.9.3 TABLA 4. OTROS FACTORES DE RIESGO BURNOUT (27).**

<b>FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES</b>	<b>FACTORES DE RIESGO ORGANIZACIONALES</b>
Personalidades autocríticas	Alta carga de trabajo
Personalidades idealistas	Falta de control sobre el ambiente laboral
Personalidades Perfeccionistas o con sobre compromiso	Reconocimiento y premios insuficientes o nulos
Estrategias de afrontamiento inadecuados	Distribución de carga y horarios laborales
Dificultad para la adaptación	Toma de decisiones de responsabilidad ética
Imbalance vida laboral	Dificultad de trabajo en equipo
No tener adecuado soporte social	Dificultades en el relacionamiento medico paciente

### **2.1.10 ASOCIACIÓN CON OTRAS CONDICIONES**

El SBO clásicamente se ha asociado a otras condiciones que pueden presentarse relacionadas antes, después o concomitantemente. Las principales condiciones que se han asociado a Burnout y que se asocian con el trabajo en el ámbito de salud son:

1. Fatiga por compasión: Definida como Sensación de cansancio crónico generado al estar en contacto por largo tiempo con poblaciones vulnerables generando una reacción que motiva un deseo individual de buscar el bienestar de quien está sufriendo (37).
2. Estrés Moral: Expresado como el estrés que vive el individuo que constantemente se ve enfrentado decisiones éticas y se siente coaccionado para tomarlas libremente (27).
3. Síndrome postraumático secundario: Es definido como un cuadro psicológico en el que se dan emociones y conductas negativas al enterarse de un evento traumático experimentado por otra persona. Su significado ha cobrado mayor importancia con la pandemia mundial de COVID19, en la que muchos profesionales se han visto desbordados frente a la atención y cuidados de sus pacientes y han tenido una mezcla deletérea de SBO y síndrome postraumático secundario (35).

### **2.2 MARCO LEGAL**

Es conveniente mencionar el Decreto 1477 de 2014, en el cual se adopta la tabla de enfermedades laborales vigente para la fecha de elaboración de este proyecto, en el cual está incluido el Síndrome de Agotamiento Laboral, Código CIE 10: Z73.0, es identificada como enfermedad laboral asociada a contenido y condiciones de la tarea (38).

**2.2.1 TABLA 5. CIE 10 (38).**

<b>GRUPO IV - Trastornos Mentales Y Del Comportamiento</b>			
<b>Enfermedad</b>	<b>Código CIE -10</b>	<b>Agentes Etiológicos /Factores De Riesgo Ocupacional</b>	<b>Ocupaciones /Industrias</b>
Síndrome de agotamiento profesional (Síndrome de Burnout)	Z73.0	<p>Condiciones de la tarea: Demandas de carga mental velocidad, complejidad, atención, minuciosidad, variedad y apremio de tiempo)</p> <p>El contenido mismo de la tarea que se define a través del nivel de responsabilidad directo (por bienes, por la seguridad de otros, por información confidencial, por vida y salud de otros, por dirección y por resultados)</p> <p>Las demandas emocionales (por atención de clientes); especificación de los sistemas de control y definición de roles</p>	<p>Actividades del sector educativo, servicios sociales y de salud.</p> <p>Atención a niños y adolescentes en circunstancias de vida difíciles, a personas privadas de la libertad, a farmacodependientes .</p> <p>Atención a usuarios, atención a víctimas, personas con discapacidad, pacientes terminales.</p> <p>Personas que trabajan en levantamiento cadáveres.</p>

Fuente: Decreto 1477 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia (38).

Es importante mencionar la Ley 1616 de 2013, en la que se “expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”, con el objeto de garantizar el Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, que en su Artículo 9, hace énfasis en la “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral” (39).

Es de vital importancia nombrar el Código Sustantivo del Trabajo de 1.961 haciendo alusión a las jornadas laborales en Colombia:

“Artículo 159.Trabajo suplementario. Trabajo suplementario o de horas extras es el que excede de la jornada ordinaria, y en todo caso el que excede de la máxima legal” (40).

“Artículo 160. Trabajo diurno y nocturno. Trabajo ordinario es el que se realiza entre las seis horas (6:00 a.m.) y las veintidós horas (10:00 p.m.). Trabajo nocturno es el comprendido entre las veintidós horas (10:00 p.m.) y las seis horas (6:00 a.m.) ” (40).

“Artículo 161. Jornada máxima Duración. La duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana. PARAGRAFO. El empleador no podrá a un con el consentimiento del trabajador, contratarlo para la ejecución de dos turnos en el mismo día, salvo en labores de supervisión, dirección, confianza o manejo” (40).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar las estrategias (organizacionales) de prevención del burnout en profesionales de la salud reportadas en la literatura científica entre 2010 y 2020.

#### **3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Identificar los factores de riesgo a los que se orientan las estrategias de prevención del SBO en profesionales de la salud.

3.2.2 Describir las metodologías utilizadas para el desarrollo de las estrategias de prevención del SBO en profesionales de la salud.

3.2.3 Analizar los resultados de las estrategias de prevención del burnout en profesionales de la salud.

3.2.4 Identificar las recomendaciones de los diferentes estudios en torno a los lineamientos prácticos para el desarrollo de estrategias de prevención del SBO en profesionales de la salud.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una revisión sistemática en la literatura sobre artículos relacionados con estrategias de manejo de síndrome de burnout en profesionales de la salud, publicados entre 2010 Y 2020 en cuatro bases de datos relacionadas con salud.

La exploración se ejecutó a través del portal de búsqueda de bases de datos de la universidad CES y las incluidas son las siguientes cuatro:

1. EBSCO (Academic Search)
2. PUBMED
3. Science Direct
4. Elsevier

### 4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la producción científica relacionada con las estrategias de prevención del burnout en profesionales de la salud entre 2010 y 2020? Se definió la pregunta de investigación para guiar el proceso de búsqueda y análisis de los resultados mediante la metodología PICO (P: Población identificada; I: Intervención a estudio; C: Comparación de resultados; O: Resultado esperado).

### 4.3 TABLA 6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

<b>P</b>	Profesionales en salud.
<b>I</b>	Análisis y extracción de datos con base en los artículos que calificaron para el proyecto
<b>C</b>	No aplica
<b>O</b>	Identificar las estrategias de prevención de Síndrome de Burnout

Fuente: Elaboración propia

#### **4.4 DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE BÚSQUEDA:**

Los términos de búsqueda que se definieron en las bases de datos fueron los siguientes:

“Prevention” [Ti] & “Burnout” [Ti] & “Syndrome” [Ti] & “Health professional” [Ti]

“Prevention” [Ti] & “Burnout” [Ti] & “Syndrome” [Ti] & “Health care” [Ti]

“Prevention” [Ti] & “Burnout” [Ti] & “Syndrome” [Ti] & “Health workers” [Ti]

“Prevention” [Ti] & “Burnout” [Ti] & “Syndrome” “Strategies” [Ti]

#### **4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Artículo escrito en español o en inglés.
2. Ser publicados entre 2010 y 2020.
3. Incluir la realización o evaluación de una estrategia de prevención de Síndrome de burnout en profesionales de la salud.
4. Tener texto completo.

#### **4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

No tener recomendaciones sobre estrategias de prevención de síndrome de burnout

#### **4.7 DE ERRORES Y SESGOS:**

Se realizó una revisión cruzada por diferentes miembros del equipo de las bases de datos para definir que la inclusión de todos los artículos de interés fuera completa.

#### **4.8 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Se realizó una doble revisión mediante una matriz de síntesis de toda la información de los artículos seleccionados estructurándola en términos de la información que podrían aportar como metodología, Factores de Riesgo, información de interés, Recomendación de las estrategias y resultados de las estrategias.

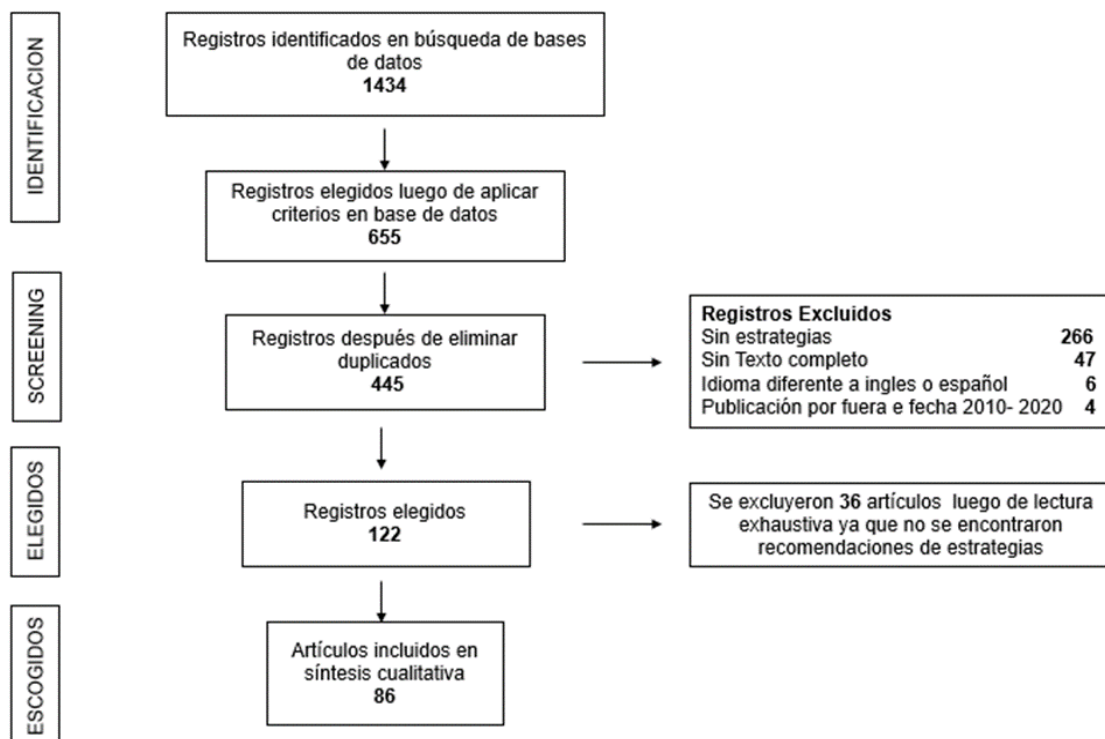




#### 4.10 PROCESO DE BÚSQUEDA FILTRO Y SELECCIÓN:

En la búsqueda realizada en las bases de datos EBSCO (Academic Search) PUBMED, Science Direct y Elsevier se encontraron inicialmente 1434 artículos, de los cuales se realizó un primer filtro buscando los criterios de inclusión en los filtros de la base de datos. De estos resultaron 655 artículos de los cuales se eliminaron 210 artículos duplicados quedando con 445 artículos para hacer screening buscando cumplimiento de todos los criterios de inclusión mediante lectura rápida. En este punto quedan elegidos 122 artículos que consideramos cumplían con los criterios de elegibilidad. Se inició lectura de cada artículo realizando matriz de síntesis y extractando la información más importante luego de lo cual quedaron 84 artículos escogidos que plasmaban información relevante a la pregunta de investigación.

##### 4.10.1 FIGURA 5 DIAGRAMA DE PROCESO DE BÚSQUEDA FILTRO Y SELECCIÓN METODOLOGÍA PRISMA.



Fuente: Elaboración propia

## 5. RESULTADOS

En los 84 artículos escogidos que plasmaban información relevante a la pregunta de investigación. Encontramos que su diseño fue de 57,1 % de revisiones sistemáticas de la literatura, un 16.6% de estudios descriptivos, un 15,47 % de artículos de revisión, el 4,76 % correspondió a estudios de control, el 3,5 % a estudios prospectivos y el 2,38 % a revisiones de caso.

Al realizar el análisis de las estrategias abordadas en los artículos elegidos para el estudio, se evidenció que el 33,3 % contenía estrategias individuales, un 41,6 % contaba con estrategias organizacionales y un 25 % hablaba de estrategias mixtas (individuales y organizacional).

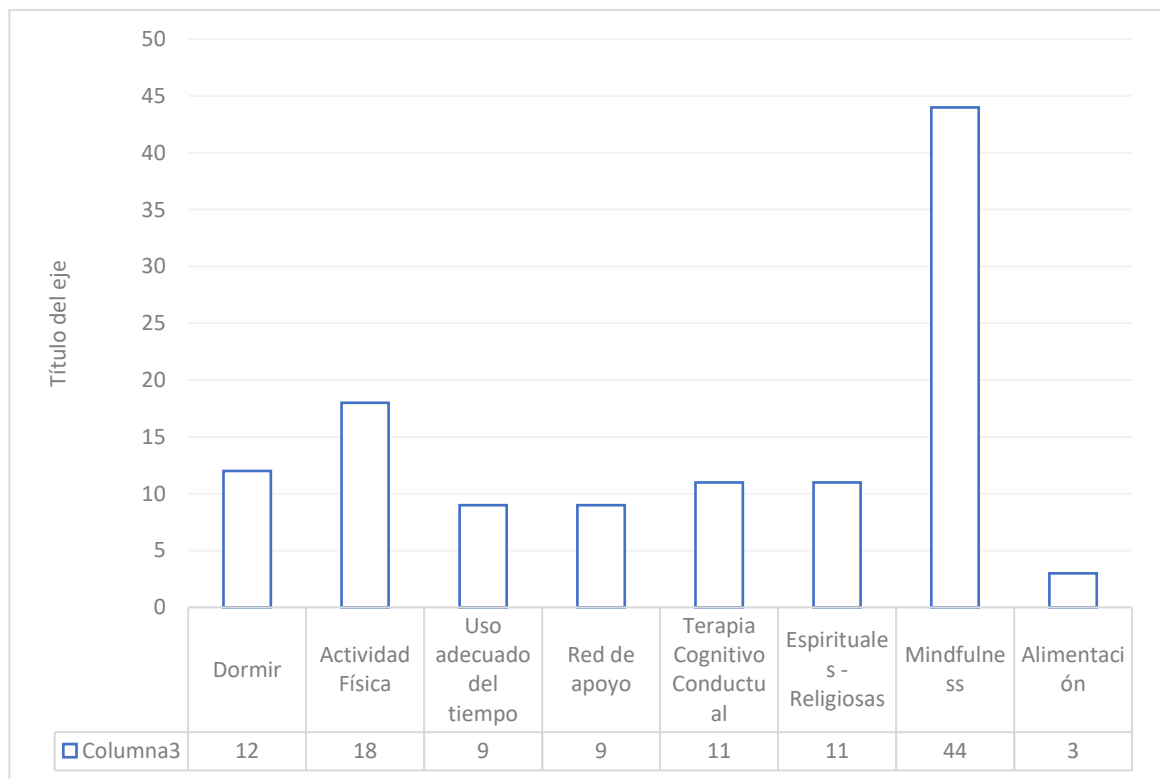
### 5.1 FIGURA 6. GRÁFICA DE DISTRIBUCIÓN DE ESTRATEGIAS.



## 5.2 ESTRATEGIAS INDIVIDUALES:

En las intervenciones individuales se puede observar una gran variedad de estrategias para prevenir el SBO. Realizando una selección de las más nombradas en los artículos obtuvimos que la terapia con mindfulness es la más utilizada, seguida de la realización de actividad física y ejercicio, dormir apropiadamente, tener uso adecuado del tiempo, ejercer actividades espirituales y religiosas, hacer terapia cognitivo conductual, tener una red de apoyo saludable (familiares y amigos), practicar yoga y alimentación sana son las estrategias personales prevalentes en los estudios.

### 5.2.1 FIGURA 7. GRAFICA ESTRATEGIAS DE PREVENCION INDIVIDUAL



En el artículo Physician Burnout: The Hidden Health Care realizado en el año 2018, se mencionan diversas estrategias con el fin de mejorar la salud mental y física de los médicos, las recomendaciones allí plasmadas pueden ser usadas con cualquier otro colaborador del área de la salud, este artículo es una invitación a ser consciente de sí mismo y mantenerse alerta, cuidar de sí mismo primero, para poder ayudar a los demás. Es una invitación a mantener contacto con sus familiares, amigos y compañeros de trabajo para que su red de apoyo siempre esté latente. Igualmente romper la barrera del no tengo tiempo y organizar sus espacios para realizar ejercicio. Asegurarse de descansar y tener un sueño apropiado. Hacer uso adecuado de su tiempo de vacaciones y asegurarse de desconectarse del trabajo. Aprender a decir no cuando se requiera. Realizar yoga y meditación, escuchar música, e ir a la iglesia son actividades también recomendadas (41).

La creciente prevalencia del agotamiento está creando un desapego a la labor y desmejorando la atención del paciente, es por ello que es importante iniciar cambios desde el profesional como es mencionado en una parte del artículo escrito por Holly Wei (et al 2020), "La fuente de energía. Significa, encontrar formas de aprovechar los recursos de uno para obtener apoyo" (9), estas fuentes de energía están muy cerca del ser humano y se encuentran, en las conexiones familiares, sociales y las creencias espirituales (14,42,43). Para lograr brindar a los pacientes una atención adecuada es importante que los trabajadores del área de la salud desarrollen una actitud positiva de sí mismos y de las circunstancias que los rodea dejando a un lado los pensamientos negativos (9).

Ser consciente y percibir las causas de lo que acontece en su vida y el origen de su propio comportamiento, que puede ser interno o externo le va a permitir al profesional de la salud restaurar la sensación de control, reducir las obligaciones laborales fuera de su entorno como responder llamadas de trabajo en horarios no laborales, restaurar el equilibrio del estilo de vida, proponerse metas financieras razonables, reducir el aislamiento y buscar ayuda profesional, todo esto

acompañado de atención plena talleres de meditación y asesoramiento, son estrategias contundentes para la prevención y el tratamiento del agotamiento (13).

Es importante que el profesional de salud asista a programas educativos, es uno de los factores que más influyen en el avance y progreso de las personas para adquirir conocimientos, es aconsejable asistir a talleres de manejo del estrés, charlas de otros temas aparte de su profesión y aprender sobre el síndrome de burnout le dará las pautas para identificar si está cursando por un agotamiento laboral (44).

Un estilo de vida saludable es fundamental para prevenir el síndrome de burnout, el profesional de la salud debe crear un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas, para mantener su cuerpo y mente en armonía, una alimentación balanceada, nutritiva con horarios saludables de alimentación, acompañada de actividad física y ejercicio de estiramiento de 10 minutos en el lugar de trabajo. El ejercicio debe ser parte de una rutina diaria o casi diaria, practicar atletismo senderismo, caminatas cortas, aeróbicos, el ejercicio no solo ayuda a prevenir el SBO también aumenta la fuerza, aumenta la energía y puede ayudar a reducir el estrés (10,13,42,43).

Considerables estudios han demostrado la importancia de la meditación, generando un impacto positivo, generando sensación de bienestar, mejoras en la atención y en la memoria y logran crear una conexión con la esencia del ser esa esencia que se ha perdido y que se necesita recuperar o reencontrar y así de esta manera se obtiene la capacidad de atención plena y conocimiento de su ser (45). Una orientación común es el desarrollo de la atención plena, una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente del ahora con una actitud de aceptación que no juzga ni se esfuerza (46).

El objetivo del Mindfulness es mejorar la paz, la alegría, la resiliencia y el altruismo, reducir el estrés, mejorar el bienestar y las habilidades comunicativas de los trabajadores del área salud (47).

Uno de los programas de manejo más investigados es la reducción del estrés y agotamiento laboral basada en la atención plena Mindfulness (MBSR) (48). Es recomendable la práctica de esta como hábito diario (46), "meditación sobre bondad amorosa" (35), principalmente el trabajador de la salud debe aprender y practicar estas técnicas de relajación para lograr el equilibrio trabajo/vida personal que tanto les cuesta calibrar (49) y aprovechar los avances tecnológicos que permiten tener un fácil acceso a programas en la web que tienen como tópico el manejo del estrés y agotamiento de uso práctico y sencillo (50). De igual manera se pueden realizar en pequeños grupos con resultados positivos en los colaboradores del área de la salud (51).

En el artículo descrito por Sheila Pai menciona la terapia Mindfulness para Cultivar compasión (CCT), comprende ocho sesiones grupales semanales de 2 horas, en el que a los participantes / practicantes se les enseña mindfulness, meditación sobre bondad amorosa (LKM siglas en inglés) y técnicas de compasión y autocompasión a través de discusión, psicoeducación y prácticas vivenciales. Estas sesiones experimentales incluyen tanto meditaciones formales guiadas de 20 minutos como prácticas informales: enviar deseos de bondad amorosa a los espectadores. El CCT consta de 6 peldaños: atención plena, bondad amorosa y compasión por un ser querido, bondad amorosa y compasión por la propia autocompasión hacia los demás mediante la aceptación de la humanidad, compasión hacia todos los seres y práctica de la compasión activa (37).

La terapia cognitivo conductual se basan en el principio de que las personas sufren por la representación que dan a los sucesos y tienen como objetivo promover el desarrollo del afrontamiento, manejo del estrés, comunicación, o habilidades de reevaluación cognitiva para reevaluar el entorno y las situaciones y su significado para el profesional de la salud (52).

En el artículo realizado por Jordán S. Potash (et al 2015), ellos entregan un estudio basado en arteterapia diseñada específicamente para los profesionales que laboran con pacientes ellos realizan diferentes sesiones:

Sesión 1: A los profesionales se les narró una breve anécdota sobre la mándala (círculo), como un símbolo del yo se les indicó que prestaran atención a cómo se sentían en ese momento y lo representarán con una mándala (53).

Sesión 2: Los participantes crearon inicialmente una imagen representativa del estrés. Después de un receso, se les dio la oportunidad de modificar su dibujo, de la manera que quisieran (53).

Sesión 3 Y 4: Se pidió a los participantes que identificaran una fortaleza y aceptaran el desafío de laborar con los pacientes desahuciado. Algunos profesionales les parecieron algo difícil, porque no querían vanagloriarse, ni parecer incapaz, frente a sus compañeros, pero la mayoría encontró importante la oportunidad de crear arte sobre estos temas y valoraban la discusión en grupos pequeños. Luego caminaron observando las imágenes de sus compañeros. Debían detenerse en cada imagen, y escribir una palabra o frase para describir su respuesta emocional al arte de sus compañeros de grupo. Al regresar a su propio arte, cada persona revisó las palabras dejadas por sus colegas y las usó para escribir un poema para describir mejor la imagen (53).

Sesión 5: Se centró en una aproximación con la muerte vinculada con el trabajo

Sesión 6: Se realizó una reflexión sobre momentos importantes en el trabajo. Se uso la mándala como metáfora para reflexionar sobre las sesiones pasadas (20).

Jordán S. Potash (et al 2015), registra la evidencia de su estudio con unas imágenes de los resultados obtenidos las cuales se compartirán algunas a continuación:



**5.2.2 FIGURA 8. "MANEJO DEL ESTRÉS (SESIÓN 2): UNA IMAGEN AISLADA Y GRIS DEL ESTRÉS SE TRANSFORMA CON LA ADICIÓN DE COLORES Y FIGURAS" (53).**



Concluyen que su supervisión basada en arteterapia para los trabajadores al cuidado de pacientes en etapa terminal les ofreció una oportunidad de reflexionar y expresarse sobre la muerte y la pérdida que pueden pasar por desapercibidas incluso muchas veces no son exteriorizadas, Jordán S. Potash (et al 2015). "ofrecen un material muy valioso y fácil de implementar," los trabajadores de cuidados paliativos y hospicios tuvieron la oportunidad de ganar conciencia emocional, recibir apoyo colegiado y reflexionar sobre los momentos difíciles que acompañan al trabajo con los moribundos y los afligidos" (53).

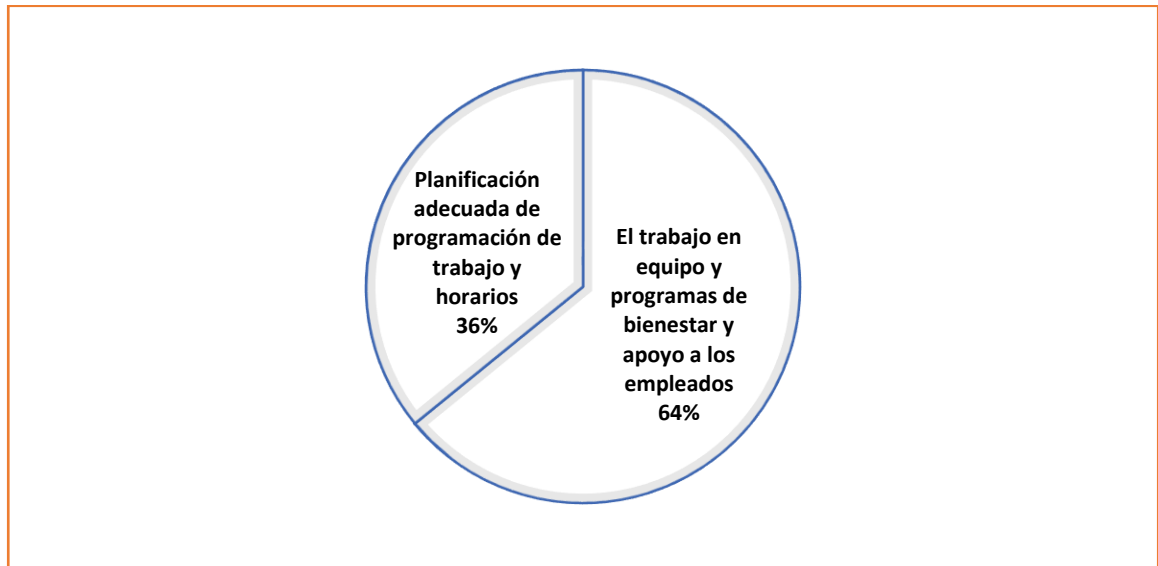
Los profesionales de la salud con el pasar del tiempo, han adquirido una fama de no saber manejar sus finanzas, Santos G. Honavar les hace una invitación a conocer y dominar sus finanzas personales y profesionales y les aconseja contratar un contador público, y también los invita a entender el proceso, es importante soltar ciertas cargas u obligaciones que se pueden delegar a otros como los oficio del hogar, buscando una persona que se ocupe de las tareas del hogar, ayudará a hacer uso adecuado del tiempo libre y podrá hacer uso de ese tiempo tal vez escuchando música, saliendo de shopping, pasando tiempo con las personas importantes, tener mascotas, cuidar plantas, leer un buen libro, ver películas,

realizar un voluntariado permitirá reencontrarse con las razones por las cuales decidió ser parte del grupo de los trabajadores del área salud, todo lo mencionado anteriormente son estrategias individuales que previenen el agotamiento laboral a manera de autocuidado (42).

### **5.3 ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES:**

En las recomendaciones encontradas un 41,6 % de artículos cuentan con estrategias organizacionales como alternativa de solución y un 25 % que habla de estrategias mixtas. Para brindarle mayor comodidad a los lectores, las estrategias comúnmente utilizadas se dispusieron en 8 categorías. Se encontraron como estrategias más exitosas el enfoque hacia “el trabajo en equipo y programas de bienestar y apoyo a los empleados” los cuales representaron el 64 % de los enfoques de estrategias buscando un ambiente de trabajo saludable. En segundo lugar, se encontró como experiencia de éxito la “Planificación adecuada de programación de trabajo y horarios”, correspondiente al 36% de los artículos que revisaban las estrategias institucionales. En estos se tiene en cuenta no sólo la extensión de los horarios sino también la repartición adecuada de la carga laboral.

### 5.3.1 FIGURA 9. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES POR EXCELENCIA



### 5.3.2 RECONOCER Y EVALUAR EL PROBLEMA:

Reconocer el problema del burnout y demostrar que la organización se preocupa por el bienestar de sus trabajadores, es un primer paso necesario para avanzar en la prevención. Una vez se reconoce el problema, es necesario constantemente medir el bienestar del personal de salud como un indicador de desempeño institucional de rutina. Idealmente deben usarse los instrumentos estandarizados que estén correlacionados con los resultados de interés (por ejemplo, evaluar dominios como la satisfacción profesional, el agotamiento, el compromiso, el estrés, la calidad de vida y la vida laboral) (54). Estas mediciones deben ser un rutinarias y siempre debe apoyarse en la ciencia organizacional haciendo estudios de los cambios administrativos y operativos realizados y evaluando a través de ciclos de mejoramiento continuo tratando de determinar aquellos cambios que son eficaces y los que no lo son (31).

Las instituciones de vanguardia tienen la responsabilidad adicional de desarrollar estrategias basadas en la evidencia que otros centros puedan implementar. El

enfoque de tales programas es la creación de nuevos conocimientos y pruebas sobre cómo reducir el burnout y promover la participación de los profesionales a través de la ciencia organizacional (54).

### **5.3.3 APROVECHAR EL PODER DEL LIDERAZGO:**

Los líderes de los equipos de trabajo deben contar con la capacidad de escuchar, involucrar, desarrollar y dirigir el personal de salud. De igual manera, estas personas deben ser desarrolladas, preparadas y equipadas para su papel de líder (54). Está claro que los líderes que involucran eficazmente a su personal tienen un gran impacto tanto en el riesgo de agotamiento como en la satisfacción del profesional. Es importante que el líder se encargue de desarrollar e implementar intervenciones focalizadas, dependiendo de cada institución, servicio o área, puesto que cada uno de estos posee su propia cultura y problemas (31).

Los líderes en todos los niveles deben estar informados sobre los síntomas y signos del burnout y una vez reconocido, abordarlo de inmediato de manera positiva y no punitiva(31). Por esto es importante no estigmatizar el SBO; fomentando una cultura del bienestar e implementando un proceso para identificar y brindar atención de seguimiento a los profesionales de salud que inicien con síntomas (55).

Utilizar La estrategia de *debriefing* para hacer mejoramiento continuo como líder consiste en identificar un grupo de 2-3 profesionales líderes y administradores con experiencia en liderazgo y compromiso, quienes hacen grupos focales (60 min cada uno) de entre 7 a 8 profesionales para obtener información sobre los desafíos específicos desde la perspectiva del equipo. Durante los primeros 10 minutos se recomienda discutir los problemas que están más allá de la unidad para escalar a quienes puedan resolverlos y los siguientes 50 minutos se recomienda discutir los desafíos locales y específicos de los servicios y sus soluciones, dedicando un tiempo prudencial a definir cuál de las dimensiones inductoras del burnout se debe impactar de manera más rápida para mejorar el bienestar de los colaboradores (54).

Es importante empoderar al equipo y que sean los colaboradores guiados por el líder, quienes se involucren en el diseño de los cambios propuestos (con las restricciones apropiadas) para desarrollar y poner en práctica. Igualmente luego de estos cambios se debe estar en constante evaluación de los resultados, sin embargo incluso si la intervención no condujo a la mejora esperada, el proceso en sí mismo puede reducir el burnout y promover el compromiso (54).

El liderazgo no debe ser autoritario, se debe propender por aumentar el grado de control y autonomía de los trabajadores sobre su propio trabajo, aumentar los reconocimientos, recompensas y los refuerzos positivos (56). Establecer vías claras de comunicación y clarificar la toma de decisiones es fundamental para disminuir la angustia del equipo, ser transparente al informar sobre la salud financiera de la organización al personal de salud que trabajan en el grupo, si bien es importante optimizar la productividad, es mejor no establecer un objetivo financiero mensual sino crear compromiso con los resultados de la institución (48). El desempeño de los líderes debe ser regularmente evaluado por las personas que dirigen la institución y por sus colaboradores. Las organizaciones también deben tener el coraje para hacer cambios de liderazgo cuando sea necesario (54).

#### **5.3.4 ASIGNACIÓN DE UN FUNCIONARIO / EMBAJADOR O COMUNIDAD DE VIGILANCIA DE BURNOUT:**

Se recomienda designar una persona para que reciba entrenamiento dentro de la organización y ayude a reconocer los primeros signos de burnout, antes que el desempeño se vea afectado, estas personas tendrían acceso a programas especiales de entrenamiento de desarrollo profesional que incluya el desarrollo del plan de estudio con reconocimiento temprano e intervención temprana de este fenómeno (32).

Crear un grupo de bienestar médico dentro de la organización para planificar y supervisar los esfuerzos orientados a aliviar el burnout y realizar encuestas periódicas para obtener comentarios y comprender el nivel actual del problema (48).

Este comité de bienestar organizacional puede estar encargado de una lista de libros o sitios web sobre estrategias de afrontamiento, un programa de extensión, una línea telefónica directa para el personal y de la creación de un espacio regular programado para reunirse y discutir sobre estos temas (57).

Esto se puede lograr restaurando un espacio formal para que el personal de salud se reúnan y proporcionar recursos para la vinculación profesional y la amistad, la creación de los grupos COMPASS (reunión de colegas para promover y sostener la satisfacción) (31).

### **5.3.4 PLANIFICACIÓN ADECUADA DE PROGRAMACIÓN DE TRABAJO Y HORARIOS**

Es importante, distribuir equitativamente el número de pacientes y las tareas más difíciles y menos satisfactorias para trabajar en equipo, planificar las actividades del día para cambiar de actividades gratificantes a actividades no satisfactorias y viceversa sin sobrecargar al profesional (58). Se recomienda que el personal de salud gaste el 80 % de su tiempo haciendo lo que el líder les pide que hagan y que gasten al menos 20 % de su tiempo en la actividad profesional que los motiva. Los líderes deben saber cuál es ese 20 % de actividad para cada uno de las personas a cargo y así faciliten el desarrollo profesional en esa dimensión y mejoren el estado de motivación de su personal a cargo (54).

Una actividad esencial es tomar el control del horario de trabajo con respecto a la programación de pacientes y el momento de los procedimientos. Poder controlar su propio horario de trabajo mejora significativamente la capacidad de integrar efectivamente el trabajo y las demandas de la vida (41).

Como medida para controlar el horario se promueve la flexibilidad horaria, el reducir las horas de trabajo profesional puede ayudar a los médicos a recuperarse del burnout y les permite perseguir aspectos personales o del trabajo significativos (por ejemplo, mejorar la calidad del trabajo, alcance comunitario, investigación,

educación o tutoría); puede permitir que los médicos más productivos le den forma a su trabajo para crear su realización personal y profesional. La opción de trabajar menos del tiempo completo puede convertirse en una estrategia importante de reclutamiento y retención. Las organizaciones deben brindar a los médicos mayor flexibilidad en cuanto a cuándo y cómo trabajar. Permitir que los médicos comiencen la jornada laboral más temprano o más tarde para trabajar más horas y menos horas en ciertos días de la semana puede permitir que los médicos puedan cumplir con sus responsabilidades personales sin tener que reducir el esfuerzo total de trabajo (54). Fomentar las vacaciones del personal, asegurar períodos de descanso adecuados después de los turnos de trabajo son de gran importancia también (58).

### **5.3.5 TRABAJO EN EQUIPO:**

El contribuyente número uno a los eventos centinela es la ruptura en la comunicación de los equipos, trabajar para lograr una alta colaboración entre todas las disciplinas mediante el fomento de una comunicación eficaz y profesional que apunte a una toma de decisiones efectiva para lograr una alta colaboración (6).

Por esto es importante la creación de proyectos para mejorar la comunicación, proyectos de cambios en el flujo de trabajo y proyectos para fomentar el trabajo en equipo; rediseño y reestructuración de puestos de trabajo; comunicación de equipo, formación en comunicación y manejo del estrés, entrenamiento en habilidades de inteligencia emocional, son algunos de los aspectos que se recomiendan (44).

Crear espacios para la interacción de los profesionales fuera del trabajo con un almuerzo o cena grupal informal mensual programado puede ayudar al trabajo en equipo y también puede ser terapéutico, brindar apoyo organizacional, logístico, comunicacional y médico-legal incondicional e inmediato a los colaboradores involucrados en un resultado adverso o una complicación mayor, mientras que el resto del análisis y la implementación de estrategias puede suceder paralelamente (42).

### **5.3.6 PROGRAMAS DE BIENESTAR Y APOYO A LOS EMPLEADOS:**

Desarrollar y publicitar programas de asistencia a los empleados de manera anónima y administrado por proveedores de atención médica con experiencia en médicos con burnout es imperativo. Estos programas deben estar fácilmente disponibles y accesibles, no solo durante las horas libres, sino también durante la jornada laboral (54).

Tener programas de estrategias cognitivas de afrontamiento, programas de fatiga compasiva, programas de manejo del estrés presenciales o enmarcados en la web, programas de empoderamiento psicológico y mental para mejorar la comunicación, las relaciones interpersonales, y el trabajo en equipo y así dar como resultado una mejor atención al paciente y desarrollar resiliencia (5,54).

Las sesiones Balint son una técnica de sesiones grupales cuyo objetivo es capacitar a los médicos en un enfoque médico-paciente mejorando su comunicación e interacción, y son una estrategia terapéutica popular que reduce el estrés y los síntomas de agotamiento (52).

Los Programas deben estar orientados en acciones a nivel individual para disminuir el estrés y los síntomas de somatización a través del afrontamiento eficaz y la promoción de comportamientos saludables, aumentar el compromiso con el trabajo, construcción de resiliencia, basándose en 4 aspectos: 1) actitudes y perspectivas, que incluyen valorar el papel del médico, mantener el interés, desarrollar la autoconciencia, y aceptar las limitaciones personales. 2) Equilibrio y priorización que incluyen establecer límites, tomar enfoques efectivos para continuar el desarrollo profesional y honrarse a sí mismo. 3) Practicar el estilo de manejo que incluye una gestión empresarial sólida. 4) Relaciones de apoyo, que incluyen relaciones personales positivas, relaciones profesionales eficaces y buena comunicación (59).



### **5.3.7 GESTIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL:**

Modificar la estructura organizacional y los procesos de trabajo para que sean eficientes y tener un claro enlace de la organización con el médico a través de programas de desarrollo profesional para que se produzca una mejor adaptación al entorno laboral (59).

Un ambiente de trabajo positivo incluye el equilibrio entre el trabajo y la vida proporcionando un ambiente de trabajo y horario laboral flexible de acuerdo a las necesidades de las personas, protección contra la exposición a riesgos laborales, mejora de la seguridad laboral, provisión de oportunidades de cuidado de los hijos, compensación por reducción de empleo y licencia por maternidad / paternidad y los previamente mencionados programas para manejo del estrés (59).

Mantener una cultura organizacional basada, en parte, en principios como liderazgo, con un enfoque multidisciplinario. Cuya cadena de valores tenga claro los “Límites de mandato” para todos los líderes (incluido el gerente ) ayuda a mantener una sana convivencia en las instituciones (54).

Es importante propender por políticas organizacionales que cultiven una permanencia prolongada y baja rotación, tales como reconocimiento del trabajo notable tanto de los equipos como los individuos, y políticas justas y equitativas (11).

### **5.3.8 PROGRAMA DE INCENTIVOS Y RECOMPENSAS:**

Asegurar una remuneración justa basada en los estándares actuales del mercado y otros atributos profesionales necesarios, y un incremento anual basado en el desempeño, la remuneración basada en incentivos debe ser justa y lógica y no debe generar una competencia malsana y una carga de trabajo insostenible (42).

Tener programas de incentivos que ayuden a cultivar hábitos saludables , como programas de ejercicio, Mindfulness y bienestar, asegurar actividades sociales periódicas centradas en la organización: celebración de cumpleaños del personal,

jubilación del personal / obsequio de despedida, celebración de logros / premios del personal, picnics y cenas anuales, noches de cine, etc., establecer y mantener un programa de reconocimiento para los médicos y el personal para reconocer y apreciar el buen trabajo, establezca una cultura de cuidado y construcción para mantener una cultura de gratitud (42).

Brindar entrenamiento para el equipo enfocado en mejorar las habilidades de comunicación, técnicas de gestión efectiva, herramientas de priorización y demás pueden empoderar al equipo para promover el cambio, mejorar la satisfacción y el compromiso en el trabajo (49).

Tener opciones de alimentos saludables en la institución, instalaciones de ejercicio, auto programación, capacidad para tomar días personales de respiro, capacitación interpersonal de comunicación, creación de la sala de descanso y grupos de apoyo al personal son herramientas propuestas por varios de los modelos de bienestar de los profesionales de salud (60).

Organizar eventos semestrales para los empleados en los que sus pacientes más significativos regresen al hospital para contar su testimonio y permitir que el personal sea testigo de su recuperación, proporcionar recursos como programas de asistencia o capellanía para los empleados (6).

## 5.4 TABLA 9. ARTÍCULOS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT.

ARTICULO	AÑO	LUGAR	METODOLOGIA	INDIVIDUAL	ORGANIZACIONAL	MIXTAS
Understanding physician burnout	2019	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura		X	
The unmeasured quality metric: Burnout and the second victim syndrome in healthcare	2019	CANADA (Toronto)	Revisión de caso		X	
Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout	2010	EE. UU.	Estudio descriptivo transversal		X	
Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses	2020	Arizona	Artículo de revisión		X	
From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists	2018	Londres, Reino Unido.	Revisión sistemática de literatura		X	
Self-care Strategies to Combat Burnout Among Pediatric Critical Care Nurses and Physicians	2020	Estados Unidos Carolina del Norte	Estudio descriptivo transversal	X		
The Impact of Resiliency on Nurse Burnout: An Integrative Literature Review	2018	Estados Unidos	Revisión sistemática de literatura		X	
Burnout syndrome among healthcare professionals	2018	Estados Unidos	Revisión sistemática de literatura		X	
Urologist burnout: Frequency, causes, and potential solutions to an unspoken entity.	2017	Canadá	Revisión sistemática de literatura		X	
Work stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments	2016	Italia	Revisión sistemática de literatura		X	
Interventions to reduce burnout of physicians and nurses	2019	Estados unidos	Revisión sistemática de literatura			X
Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis	2018	Houston, Texas	Revisión sistemática de literatura	X		
A Call to Restore Your Calling: Self-Care of the Emergency Physician in the Face of Life-Changing Stress	2020	Estados Unidos Wilmington,	Artículo de revisión			X
Hospital administration response to physician stress and burnout	2019	San Francisco, CA, USA	Revisión sistemática de literatura		X	

The Critical Nature of Addressing Burnout Prevention: Results From the Critical Care Societies Collaborative's National Summit and Survey on Prevention and Management of Burnout in the ICU	2020	Estados Unidos	Revisión sistemática de literatura			X
An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals	2016	Estados Unidos Virginia	Revisión sistemática de literatura			X
Burnout syndrome: global medicine volunteering as a possible treatment strategy	2018	Arizona	Revisión sistemática de literatura		X	
A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol	2018	Singapur	Ensayo controlado aleatorio	X		
New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout	2017	Australia	Revisión sistemática de literatura	X		
Efficacy of an Internet-based intervention for job stress and burnout among medical professionals: study protocol for a randomized controlled trial	2018	Varsovia, Polonia	Ensayo controlado aleatorio		x	
Wellness interventions for anesthesiologists	2018	California, EE. UU	Revisión sistemática de literatura		x	
Wellness, burnout, and the dermatologist: Fundamentals for practice longevity	2020	Ohio, EE. UU.	Artículo de revisión		x	
Trauma Leadership Strategies to Prevent and Reduce Burnout in Urban Academic Trauma Centers	2017	Indiana, EE. UU	Revisión sistemática de literatura		x	
Physical Activity, Quality of Life, and Burnout Among Physician Trainees: The Effect of a Team-Based, Incentivized Exercise Program	2011	Minnesota EE. UU	Estudio prospectivo		x	

Physician Stress and Burnout	2019	EE. UU	Revisión sistemática de literatura	x		
Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout	2016	Nueva York.	Revisión sistemática de literatura	x		
Stress and burnout among gynecologic oncologists: A Society of Gynecologic Oncology Evidence-based Review and Recommendations	2016	EE. UU	Revisión sistemática de literatura			x
Surgery Resident Wellness Programs	2020	Nuevo México, Albuquerque EE. UU	Revisión sistemática de literatura		x	
The Community Resiliency Model to promote nursewell-being	2019	Atlanta EE. UU	Ensayo controlado aleatorio	x		
Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout	2018	Finlandia	Estudio descriptivo cualitativo		x	
Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions	2015	Australia	Estudio prospectivo, aleatorizado	x		
Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador	2018	Ecuador	Estudio descriptivo transversal	x		
Physician burnout: contributors, consequences and solutions	2018	EE. UU	Revisión sistemática de literatura			x
Orthopaedic Surgeon Burnout: Diagnosis, treatment, and prevention	2016	California	Revisión sistemática de literatura			x
Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors?	2018	Serbia	Estudio descriptivo transversal		x	
Human-Centered Design of an mHealth app for the prevention of burnout syndrome	2016	Colombia	Estudio descriptivo transversal	x		
Educator Toolkits on Second Victim Syndrome, Mindfulness and Meditation, and Positive Psychology: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit	2017	EEUU	Revisión sistemática de literatura	x		
Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las	2016	Zaragoza (España)	Revisión sistemática de literatura	x		

situaciones de tensión.						
Decreasing radiologist burnout through informatics-based solutions	2020	EEUU	Revisión sistemática de literatura		x	
Core Self-Evaluation and Burnout among Nurses: The Mediating Role of Coping Styles	2014	China	Estudio descriptivo transversal	x		
Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review	2012	Alemania	Revisión sistemática de literatura		x	
Burnout in the Plastic Surgeon: Implications and Interventions	2016	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura		x	
Burnout in orthopedic surgeons	2019	Francia	Revisión sistemática de literatura		x	
Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores	2019	Chile	Estudio descriptivo transversal		x	
Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience	2017	España	Estudio descriptivo transversal.		x	
Avoiding burnout: A gastroenterologist's toolbox	2019	Chicago	Revisión sistemática de literatura		x	
A Picture of Burnout: Case Studies and Solutions Toward Improving Radiologists' Well-being	2017	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura	x		
A prospective intervention to improve happiness and reduce burnout in oncologists	2018	Canadá (Ottawa, Toronto y Alberta)	Estudio prospectivo y longitudinal	x		
An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals	2016	EE. UU.	Artículo de revisión			x
Are burnout prevention programs for hospital physicians needed?	2017	Isla del príncipe Eduardo (Canadá)	Estudio descriptivo transversal		x	
Burnout among physicians	2014	Beirut - Líbano	Revisión sistemática de literatura		x	

Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation	2011	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura	x		
Burnout Prevention and Resilience Training for Critical Care Trainees	2019	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura	x		
Decreasing Stress and Burnout in Nurses (Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program)	2017	Rochester, Minnesota - EE. UU.	Estudio descriptivo transversal		x	
Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión La importancia del trabajo en equipo	2015	Europa (España)	Artículo de revisión			x
Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout	2017	Clínica Mayo - EE. UU.	Artículo de revisión		x	
Healing the healer: Burnout prevention and rescue strategies	2018	India	Artículo de revisión			x
How to prevent burnout in cardiologists? A review of the current evidence, gaps, and future directions	2018	Manchester Reino unido	Revisión sistemática de literatura			x
Mitigating Burnout	2019	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura	x		
Resident and Faculty Perspectives on Prevention of Resident Burnout: A Focus Group Study	2019	Sur de California - EE. UU.	Estudio descriptivo transversal			x
Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention	2016	Nueva Zelanda	Revisión sistemática de literatura		x	
Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review	2019	Brasil	Revisión sistemática de literatura	x		
Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review	2017	Australia	Revisión sistemática de literatura		x	
Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review	2017	EE. UU.	Revisión sistemática de literatura	x		

and Framework for Action						
Addressing Burnout in Radiologists	2018	EE. UU.	Artículo de revisión	x		
A Model for Advancing Nurse Well-Being: Future Directions for Nurse Leaders	2016	Roanoke, Virginia EE. UU	Estudio descriptivo transversal	x		
Advancing Physician Well-Being: A Population Health Framework	2020	California EE. UU	Artículo de revisión			x
An eHealth education intervention to promote healthy lifestyles among nurses	2014	Taiwan	Estudio de controles.		x	
Physician Burnout: Are We Treating the Symptoms Instead of the Disease?	2017	EE. UU	Revisión sistemática de literatura		x	
The heightened focus on wellness in dermatology residency education	2020	Wisconsin EE. UU	Revisión sistemática de literatura			x
Combating Stress and Burnout in Surgical Practice: A Review	2011	EE. UU	Estudio descriptivo transversal			
Mindfulness dispositions and defense style as positive responses to psychological distress in oncology professionals	2019	Italia	Estudio descriptivo transversal	x		
Burnout in Critical Care Nurses	2019	EE. UU	Revisión de caso			x
Battling Burnout Strategies for Promoting Physician Wellness	2018	EE. UU	Artículo de revisión	x		
Battling Intensivist Burnout A Role for Workload Management	2019	Massachussets EE. UU	Revisión sistemática de literatura			x
Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors	2016	Massachussets EE. UU	Revisión sistemática de literatura	x		
Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners	2020	Tucson EE. UU	Revisión sistemática de literatura			x
Burnout in Oncologists is a serious issue: What can we do about it?	2018	Londres	Revisión sistemática de literatura			x
Cultivating resilience in the health professions	2020	Toronto	Revisión sistemática de literatura	x		



Factors contributing to burnout in dermatologists	2020	Florida, EE. UU	Revisión sistemática de literatura			<b>x</b>
Physician Well-Being	2020	Boston	Revisión sistemática de literatura		<b>x</b>	
Strategies for Provider Well-Being in the Emergency Department	2020	NY EE. UU	Artículo de revisión	<b>X</b>		
Strengths-based Stressand Burnout Prevention for Nurse Leaders	2018	EE. UU	Artículo de revisión	<b>X</b>		
Surgery Resident Wellness Programs	2020	New México EE. UU	Artículo de revisión			<b>x</b>

## 6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito identificar y describir las estrategias para prevención del síndrome de burnout, fundamentadas en factores de riesgo encontrados en los profesionales de la salud, tanto en su vida personal como en el entorno laboral.

Los resultados relacionados con estrategias individuales evidenciaron la importancia del autocuidado en los profesionales de la salud, mediante actividades enfocadas a la dinámica de su vida personal, como lo son la incorporación de hábitos de vida saludables (alimentación balanceada, ejercicio físico, 8 horas de sueño reparadoras, etc.) y asistir a programas de bienestar espiritual (Mindfulness, yoga y meditación). Por otra parte, los resultados relacionados con estrategias organizacionales evidenciaron la importancia de identificar las problemáticas que ponen en riesgo a los profesionales de la salud en el escenario laboral, para la conformación de grupos de trabajos encaminados al trabajo en equipo, distribución de tareas y asignaciones y el fortalecimiento del liderazgo, con el fin de cultivar una buena cultura organizacional, adicionalmente enfatizan en la relevancia que tiene implementar la flexibilidad en los horarios y turnos.

Con estos datos se puede concluir que tanto las estrategias individuales como organizacionales, son fundamentales para la prevención del burnout en profesionales de la salud, no se pueden desligar unas de las otras, ya que su aplicabilidad simultánea permiten un sinergismo necesario para intervenir en esta problemática que cada vez se hace más notoria, afectando el rendimiento laboral, la capacidad de relacionamiento con compañeros de trabajo y atención a los pacientes, provocando no solo incrementos en los errores médicos y rotación del personal sino también en la insatisfacción de los pacientes.

Las limitaciones que se hallaron durante el desarrollo del estudio fueron la búsqueda de los artículos en las diferentes bases de datos mencionadas en la metodología,

en una de las bases (EBSCO), se presentó dificultades con el acceso por asuntos internos de la biblioteca de la Universidad CES, la cual aportaba el ingreso a dichas bases, lo que llevó a que esta base en mención, enlazara su búsqueda con las otras 2 bases utilizadas (PubMed y Science Direct), favoreciendo la duplicación de artículos encontrados por los investigadores del estudio, conduciendo a reprocesos durante su ejecución.

Este estudio permite a otros investigadores hacer uso de estas estrategias para continuar con la extensión de la prevención del síndrome de burnout a través de la construcción de una guía o manual para ser aplicado en las instituciones de salud.

## 7. CONCLUSIONES

El síndrome de burnout está presente en una amplia variedad de profesiones relacionados con servicios humanos o en los que se establece una relación de ayuda. En los profesionales de la salud es claro el aumento de la prevalencia de este fenómeno en donde las exigencias del entorno las grandes cargas laborales y las experiencias de interacción humanas juegan un rol fundamental.

Por lo anterior ha sido de gran relevancia los estudios desarrollados en las últimas décadas para entender claramente cuáles son los factores de riesgo tanto individuales como organizacionales, comprender las dinámicas disfuncionales que se generan en los equipos y las organizaciones y las exigencias cambiantes del entorno los cuales interactúan generando situaciones de estrés crónico que al no ser resuelto con los mecanismos adecuados desencadenan Síndrome de Burnout.

Es por esto resulta fundamental, la creación difusión y fortalecimiento de estrategias que permitan desarrollar programas que favorezcan la prevención del síndrome de burnout.

Estos enfoques de prevención deben mirarse desde dos frentes complementarios: el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento del individuo y la búsqueda del bienestar individual y la construcción colectiva de estrategias organizacionales que brinden bienestar al individuo inmerso en una comunidad laboral.

Estas estrategias deben ser prioridad en las organizaciones para favorecer el bienestar de sus colaboradores convirtiéndose en metas empresariales que igualen los indicadores de desempeño del Core del negocio y así se logre no solo retención del talento humano, sino mejores resultados en salud y ambientes laborales saludables.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*. septiembre de 2012;39(5):341-52.
2. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J. How to prevent burnout in cardiologists? A review of the current evidence, gaps, and future directions. *Trends Cardiovasc Med*. enero de 2018;28(1):1-7.
3. Rath KS, Huffman LB, Phillips GS, Carpenter KM, Fowler JM. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. diciembre de 2015;213(6):824.e1-824.e9.
4. Clemons M, Mazzarello S, Pond G, Amir E, Asmis T, Berry S, et al. A prospective intervention to improve happiness and reduce burnout in oncologists. *Support Care Cancer*. abril de 2019;27(4):1563-72.
5. Amanullah S, McNally K, Zelin J, Cole J, Cernovsky Z. Are burnout prevention programs for hospital physicians needed? *Asian Journal of Psychiatry*. 1 de abril de 2017;26:66-9.
6. Hockaday MS. Trauma Leadership Strategies to Prevent and Reduce Burnout in Urban Academic Trauma Centers: *Journal of Trauma Nursing*. 2017;24(6):345-50.
7. Rosenstein AH. Hospital administration response to physician stress and burnout. *Hospital practice (1995)*. diciembre de 2019;47(5):217-20.

8. Kurtzman DJB. Wellness, burnout, and the dermatologist: Fundamentals for practice longevity. *Clinics in Dermatology*. mayo de 2020;38(3):328-35.
9. Wei H, Kifner H, Dawes ME, Wei TL, Boyd JM. Self-care Strategies to Combat Burnout Among Pediatric Critical Care Nurses and Physicians. *Crit Care Nurse*. 1 de abril de 2020;40(2):44-53.
10. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 1 de febrero de 2018;75(3):147-52.
11. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*. 1 de febrero de 2017;39(2):160-3.
12. Ministerio del Trabajo, Pontificia Universidad Javeriana. Síndrome de agotamiento laboral - "Burnout" Protocolo de prevención y actuación. Bogotá C Colombia 2016. :46
13. Travers V. Burnout in orthopedic surgeons. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 1 de febrero de 2020;106(1, Supplement):S7-12.
14. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *The American Journal of Medicine*. febrero de 2020;133(2):160-4.
15. Patel RV, Keswani R. Avoiding burnout: A gastroenterologist's toolbox. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. julio de 2019;21(3):162-6.

16. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica*. marzo de 2015;32(1):119-24.
17. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*; 6:Doc09; ISSN 1861-8863 [Internet]. 2010 [citado 23 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://www.egms.de/en/journals/hta/2010-6/hta000087.shtml>
18. Browning SG. Burnout in Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. diciembre de 2019;31(4):527-36.
19. Greene G. *A Burnt-Out Case*. New York, NY: Bantam Books; 1962
20. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. enero de 1974;30(1):159-65.
21. Samra R. Brief history of burnout. *BMJ*. 27 de diciembre de 2018;363:k5268.
22. Quiceno JM, Alpi YSV. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Noviembre 14 2007. :10.
23. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organiz Behav*. abril de 1981;2(2):99-113.
24. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 1 de febrero de 2001;52(1):397-422.
25. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen Intern Med*. julio de 2000;15(7):441-50.

26. Demerouti E. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. Handbook of Stress and Burnout in Health Care. 1 Enero 2008
27. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. Chest. julio de 2016;150(1):17-26.
28. Manuel Fidalgo Vega. Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (II): consecuencias, evaluación y prevención. 2007. :12.
29. Grow HM, McPhillips HA, Batra M. Understanding physician burnout. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. noviembre de 2019;49(11):100656.
30. Murali K, Banerjee S. Burnout in oncologists is a serious issue: What can we do about it? Cancer Treatment Reviews. julio de 2018;68:55-61.
31. Murali K, Makker V, Lynch J, Banerjee S. From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists. American Society of Clinical Oncology educational book American Society of Clinical Oncology Annual Meeting. 23 de mayo de 2018;38:862-72.
32. Franc-Guimond J, McNeil B, Schlossberg SM, North AC, Sener A. Urologist burnout: Frequency, causes, and potential solutions to an unspoken entity. CUAJ. 16 de diciembre de 2017;12(4):137-42.
33. Colon A, Gillihan R, Motaparathi K. Factors contributing to burnout in dermatologists. Clinics in Dermatology. mayo de 2020;38(3):321-7.



34. Lilly CM, Cucchi E, Marshall N, Katz A. Battling Intensivist Burnout. *Chest*. noviembre de 2019;156(5):1001-7.
35. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology*. julio de 2020;17(7):921-6.
36. Balch CM, Shanafelt T. Combating Stress and Burnout in Surgical Practice: A Review. *Thoracic Surgery Clinics*. agosto de 2011;21(3):417-30.
37. Pai Cole S. Burnout Prevention and Resilience Training for Critical Care Trainees. *Int Anesthesiol Clin*. Spring de 2019;57(2):118-31.
38. Presidente De La República De Colombia. Decreto número 1477 De 2014. ago 5, 2014.
39. El Congreso de Colombia. Ley 1616 De 2013. ene 21, 2013.
40. Código Sustantivo Trabajo [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo\\_sustantivo\\_trabajo.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html)
41. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. marzo de 2018;16(3):311-7.
42. Honavar SG. Healing the healer: Burnout prevention and rescue strategies. *Indian J Ophthalmol*. mayo de 2018;66(5):611-3.

43. Mull CC, Bowman WR. A Call to Restore Your Calling: Self-Care of the Emergency Physician in the Face of Life-Changing Stress: Part 5 of 6: Physician Burnout. *Pediatric emergency care*. enero de 2020;36(1):e25-9.
44. Zhang X, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi T. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*. 26 de junio de 2020;99(26):e20992.
45. Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica*. marzo de 2018;28(2):125-32.
46. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014;9:23556.
47. Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program. *J Nurs Adm*. agosto de 2017;47(7-8):391-5.
48. Saadat H, Kain ZN. Wellness interventions for anesthesiologists: Current Opinion in Anaesthesiology. junio de 2018;31(3):375-81.
49. Siegel TR, Nagengast AK. Mitigating Burnout. *Surg Clin North Am*. octubre de 2019;99(5):1029-35.
50. de Oliveira SM, de Alcantara Sousa LV, Vieira Gadelha M do S, do Nascimento VB. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 29 de marzo de 2019;15:64-73.

51. Cass I, Duska LR, Blank SV, Cheng G, duPont NC, Frederick PJ, et al. Stress and burnout among gynecologic oncologists: A Society of Gynecologic Oncology Evidence-based Review and Recommendations. *Gynecologic Oncology*. noviembre de 2016;143(2):421-7.
52. Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic Reviews*. 17 de julio de 2017;6(1):144.
53. Potash JS, Chan F, Ho AHY, Wang XL, Cheng C. A Model for Art Therapy-Based Supervision for End-of-Life Care Workers in Hong Kong. *Death studies*. enero de 2015;39(1-5):44-51.
54. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being. *Mayo Clinic Proceedings*. enero de 2017;92(1):129-46.
55. Ironside K, Becker D, Chen I, Daniyan A, Kian A, Saheba N, et al. Resident and Faculty Perspectives on Prevention of Resident Burnout: A Focus Group Study. *Perm J*. 2019;23.
56. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de junio de 2016;107(5):400-6.
57. Chetlen AL, Chan TL, Ballard DH, Frigini LA, Hildebrand A, Kim S, et al. Addressing Burnout in Radiologists. *Acad Radiol*. abril de 2019;26(4):526-33.

58. Gnerre P, Rivetti C, Rossi A, Tesei L, Montemurro D, Nardi R. Work stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments. *Italian Journal of Medicine*. 14 de junio de 2017;11:151.
59. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare (Basel)*. 30 de junio de 2016;4(3).
60. Kleinpell R, Moss M, Good VS, Gozal D, Sessler CN. The Critical Nature of Addressing Burnout Prevention: Results From the Critical Care Societies Collaborative's National Summit and Survey on Prevention and Management of Burnout in the ICU. *Critical Care Medicine*. febrero de 2020;48(2):249-53.