

Síndrome de desgaste profesional

NEIL VALENTÍN VEGA, MD, MSc.*, ALVARO SANABRIA, MD, MSc., Ph.D.*, LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ, MD, MSc.*, CAMILO OSORIO, MD*, MÓNICA BEJARANO, MD, MSc.**

Palabras clave: agotamiento profesional; estrés; cirugía; validez de las pruebas; psicología.

*"It is not stress that kills us. It is our reaction to it".
HANS SELYE 1907-1982*

Resumen

El estrés se acepta como un fenómeno necesario que hace parte de los procesos evolutivos. Un síndrome general adaptativo comprende tres fases: una reacción inicial de alarma, un estado de resistencia y una fase de agotamiento. El síndrome de desgaste profesional es una entidad patológica producto del estrés crónico de profesiones que prestan servicios de atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

El término fue mencionado por primera vez en 1974 por Freudenberg y, en 1981, Maslach y Jackson describieron un modelo multidimensional caracterizado por agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal. Se han desarrollado varios instrumentos de medición de la

entidad, el más aceptado es el Malash Burnout Inventory (MBI).

Se considera que debe existir una susceptibilidad individual asociada a otros factores ambientales, dentro del marco de un modelo ecológico, que lo presenta como un proceso dinámico e interrelacionado en el que se establecen cuatro niveles de influencia: microsistema, organizativo, periorganizado y extraorganizado, que son susceptibles de intervenciones a nivel del individuo y del trabajo, o ambiente organizativo.

Introducción

El estrés se acepta como un fenómeno necesario que hace parte de los procesos evolutivos de los seres vivos. Esta concepción moderna fue descrita en 1936 por Hans Selye, endocrinólogo canadiense de origen austro-húngaro, quien lo define como las alteraciones fisiológicas resultantes de la incapacidad de un ser vivo para responder apropiadamente a las amenazas físicas o emocionales al organismo.

Se enmarca dentro del síndrome general adaptativo⁽¹⁾ que, a su vez, comprende tres fases: una reacción inicial de alarma (movilización de respuestas fisiológicas defensivas), un estado de resistencia (proceso de adaptación al estímulo nocivo) y, finalmente, una fase de agotamiento (ruptura de los procesos de recuperación), que puede terminar hasta en la muerte.

* Grupo de Investigación en Patología Quirúrgica, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Bogotá, D.C., Colombia.

** Cirujana General, Magíster en Epidemiología. Editora asociada, Revista Colombiana de Cirugía, Bogotá, D.C., Colombia.

Fecha de recibo: 1 de julio de 2009
Fecha de aprobación: 7 de julio de 2009

El estudio de estas respuestas adaptativas se ha efectuado en diversas áreas del conocimiento y sus resultados han permitido entender mejor los posibles factores determinantes y la manera de ser intervenidos. Es así como, dentro de esta aplicabilidad, la repercusión del estrés en nuestro trabajo diario y específicamente en el terreno de la medicina, tiene particular importancia debido al impacto del actuar médico en la vida de los pacientes.

Estas observaciones han derivado en la realización de un trabajo de investigación expuesto en este artículo, cuyo marco teórico constituye la base de esta revisión narrativa, aportando suficientes elementos de juicio para un mejor entendimiento del síndrome de desgaste profesional.

Esperamos, sin ser expertos en el tema, que lo ilustre de manera clara y se logre un mejor entendimiento de la complejidad de las relaciones del individuo, en su trabajo y con el mismo, y sus repercusiones en la vida laboral y personal.

Aspectos conceptuales

El síndrome de desgaste profesional (*burnout*) se considera como una entidad patológica, producto del estrés crónico propio de profesiones que prestan servicios de atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia ⁽²⁾.

Se considera un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales ⁽³⁾.

De igual manera, se constituye hoy en día en una entidad bien reconocida y, debido a esto, se describe una prevalencia cada vez mayor en todas las profesiones en las cuales se ha identificado ⁽⁴⁾ (tabla 1).

Estos estudios se han efectuado en países con condiciones de salud y desarrollo superiores al nuestro y evidencian unas cifras preocupantes e indicadoras de un problema de gran magnitud, de consecuencias personales y laborales negativas que justifican por sí mismas un crecimiento considerable en la investigación sobre el mismo, tal como ha ocurrido a partir de 1974 cuando el término fue mencionado por primera vez por Freudenberger ⁽⁴⁾.

TABLA 1
Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en diferentes profesiones

Estudio	Resultados
Kyriacou (1980)	25% en profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20% a 35% en enfermeras
Henderson (1984)	30% a 40% en médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12% a 40% en bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991)	20% en policías y personal sanitario
García Izquierdo (1991)	17% en enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de enfermería
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos

En 1981, Maslach y Jackson postularon que el síndrome de desgaste profesional se configura en un modelo multidimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal ⁽³⁾, y lo describen como el índice del desajuste entre lo que las personas están haciendo y lo que ellas esperan hacer, lo que representa un deterioro de los valores, la dignidad, el espíritu y el deseo, y es comparable a una “erosión en el alma” ⁽⁵⁾.

El cansancio o agotamiento emocional se refiere a la pérdida del atractivo, el tedio o el disgusto causados por la realización de las labores propias de la actividad profesional, que llevan a los individuos a sentirse drenados y vacíos. Es el componente central del síndrome, pero no se considera una causa suficiente para el mismo ⁽²⁾.

La despersonalización es la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Es una conducta hacia los pacientes, que implica falta de interés, apreciación cínica de sus problemas, pérdida de empatía e, incluso, la atribución de la culpa del estado en que se encuentran. Se desarrolla secuencialmente con el cansancio emocional y denota un fuerte distanciamiento con los pacientes.

Una reducida realización personal o ineffectividad, consiste en la creencia de que el trabajo no vale la pena, que no es posible cambiar las cosas; hay pérdida de la ilusión en el propio trabajo y de idealismo en su ejecución. Este componente se desarrolla en paralelo a los otros dos.

El síndrome de desgaste profesional se considera contagioso; se establecen grupos de individuos que comparten y acrecientan las características del mismo y constituyen un círculo vicioso, lo cual incrementa el problema ⁽³⁾.

De igual manera, constituye la última fase del estrés crónico y, a diferencia de este último, no desaparece con el descanso y reposo; se encuentra asociado a la desmotivación emocional y cognitiva, y se genera de forma insidiosa, a lo largo de un proceso que evoluciona lentamente y resulta en un rechazo del trabajo diario ⁽⁶⁾.

Medición y diagnóstico del síndrome de desgaste profesional

La investigación en el tema ha derivado en el desarrollo de varios instrumentos de medición de la entidad, con el fin de hacer objetivas las percepciones de su presencia y asimismo establecer comparaciones entre poblaciones y entre la misma población en dos puntos en el tiempo.

Sin embargo, existe un consenso global entre los investigadores en el tema sobre la utilización de uno de ellos como el factor referente para efectuar mediciones del síndrome, el cual ha sido validado en diversos estudios alrededor del mundo así como en varias profesiones, lo cual contribuye a la uniformidad en el diagnóstico y un mejor entendimiento del problema ^(7,8,9).

La validez interna del instrumento se ha comprobado mediante estudios de correlaciones (test-retest) que han demostrado altos valores, realizados a intervalos de 3, 6 y 8 meses ⁽¹⁰⁾. Se conoce como el *Malasch Burnout Inventory* y evalúa tres dominios como parte de un proceso de respuesta al estrés ocupacional, que de manera cronológica son los siguientes:

Cansancio emocional

Comprende 9 preguntas relacionadas con el grado de afección por el trabajo de acuerdo con el inicio o la finalización de la jornada laboral, las sensaciones hacia el mismo y las percepciones respecto a la cantidad de trabajo.

Despersonalización

Comprende 5 preguntas y evalúa el grado de cinismo con los pacientes y la pérdida de la perspectiva “humanitaria” del ejercicio de la actividad laboral.

Realización personal

Este dominio funciona de manera inversa a los anteriores, es decir, a menor realización personal, mayor puntaje para la presencia del síndrome. Por medio de 8 preguntas se indaga acerca de la utilidad del trabajo percibida de manera personal, como una forma de contribuir al bienestar del prójimo y del trabajador mismo.

El concepto de síndrome de desgaste profesional tradicionalmente se evalúa como una variable continua, más que una variable dicotómica (sí o no), con valores que varían entre los puntajes del cansancio emocional y la baja realización personal ⁽¹⁰⁾.

Los estudios efectuados con el uso del instrumento *Malasch Burnout Inventory* han mejorado progresivamente la manera de evaluar la presencia del síndrome. Debido a su origen en el campo de la psicología de las organizaciones y del comportamiento, se considera inicialmente como una condición patológica interrelacionada entre sus distintas dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal) y, por esta razón, su evaluación se hace estableciendo puntos de corte para definir el estado de los individuos dentro de una escala de bajo, medio y alto grado de desgaste profesional. Este abordaje se ha interpretado de manera errónea al considerar como positivos para el diagnóstico de la entidad, únicamente a los individuos con puntuación alta en el cansancio emocional o en la despersonalización, desconociendo las otras dos dimensiones del mismo y su papel modificador del efecto ⁽¹¹⁾.

Recientemente, esta gran variabilidad en la definición del síndrome ha sido cuestionada ⁽⁹⁾ y, al revisar los estudios sobre el tema, se evidencia una sobreestimación de las mediciones efectuadas con este esquema reduccionista, tal y como lo demuestran Legassie *et al.* en una evaluación entre los residentes de medicina interna, en la cual se describe una prevalencia de solamente 12,5% del síndrome de desgaste profesional, en comparación con el 29% de los participantes que experimentaron altos niveles de

cansancio emocional o de despersonalización, a quienes comúnmente se les haría dicho diagnóstico ⁽¹²⁾.

Debido a lo anterior y para homogeneizar la medición e interpretación de los estudios, se considera que, si se desea una presentación y evaluación de los resultados de forma global (si el síndrome está presente o si no lo está), los autores del *Malasch Burnout Inventory* consideran que un individuo está clínicamente “desgastado profesionalmente” cuando presenta un alto puntaje de cansancio emocional en combinación con un alto puntaje en despersonalización o un bajo puntaje de realización personal ⁽¹³⁾. Esto es relevante a la hora de diseñar investigaciones en el tema o planear intervenciones para combatir dicho síndrome ⁽¹⁴⁾.

Factores condicionantes

Debido a la complejidad de los factores causales en una alteración derivada de las ciencias del comportamiento, se ha querido precisar la conceptualización de esta definición.

Se ha considerado que, para su existencia, debe existir una susceptibilidad individual asociada a una influencia del ambiente y se considera una experiencia individual que es específica al contexto del trabajo ⁽²⁾.

Las investigaciones en el tema han evolucionado de un abordaje unilateral del problema, que involucra al individuo o al trabajo como causa del mismo y, hoy en día, se contempla un modelo ecológico que enfatiza en la presentación del estrés en el trabajo como un proceso dinámico e interrelacionado donde se establecen cuatro niveles de influencia ⁽¹⁵⁾ (figura 1):

- *Microsistema*: estructura del trabajo y relaciones y actividades en el mismo, que involucra al individuo y sus relaciones básicas en el trabajo.
- *Organizativo*: múltiples estructuras y funciones que forman una organización de trabajo.
- *Periorganizativo*: Fuerzas en la sociedad sobre las cuales el individuo y la organización interactúan, y que tienen fuerte influencia en la organización de trabajo.
- *Extraorganizativo*: cultura, normas sociales, tradiciones, políticas económicas y gubernamentales, que afectan directa o indirectamente al trabajador.

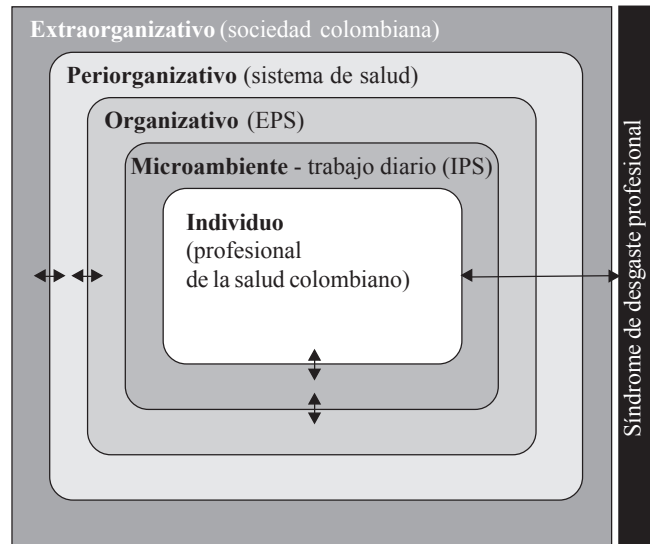


FIGURA 1. Modelo explicativo del síndrome de desgaste profesional aplicado al sistema de salud

Ciertos niveles del modelo son más susceptibles a intervenciones (microambiente y organizativo) y éstas, a su vez, pueden afectar a uno o a todos los niveles restantes. Pero si se examinan las condiciones individuales del sujeto y sus relaciones con los cuatro niveles de este abordaje del estrés ocupacional, se hace necesario describir algunas condiciones particulares que determinan su aparición, especialmente en los dos primeros niveles de este modelo.

Un análisis de las características involucradas en la génesis del síndrome encuentra que las elevadas demandas del trabajo (cantidad de trabajo/tiempo disponible), están fuerte y consistentemente relacionadas con el mismo, particularmente, en relación con el cansancio emocional. En este aspecto se ha dado especial importancia al rol del conflicto, que se define como la presencia de exigencias opuestas y contradictorias que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo (por ejemplo, manejo gerencial de recursos *Vs.* atención integral al paciente), al rol de ambigüedad (inadecuada información para hacer y evaluar el trabajo correctamente) y al rol de la sobrecarga (exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo: el factor tiempo) ^(2,15).

Estos factores pueden ser modulados por la capacidad de autonomía o control que el sujeto tenga sobre el trabajo realizado. La pérdida de este control, generalmente debida a la falta de participación en las decisiones administrativas en el ejercicio de su actividad, y la creciente tendencia de

las demandas y cuestionamientos a su actuar, son factores decisivos y el mejor factor de predicción de la presencia del síndrome ^(9,16).

En los servicios de salud, un apoyo inadecuado de las directivas o algunos estilos autoritarios de las mismas y la falta de recursos, se asocian con un alto grado del síndrome, al igual que la frecuencia y la cantidad de tiempo dedicado a los pacientes; es mayor en caso de enfermedades terminales, cáncer, SIDA, quemados y traumatizados ^(6,17).

En un contexto médico, la posible relación causal entre la realización de turnos nocturnos y de prolongadas jornadas de trabajo y el síndrome de desgaste profesional, y su efecto desfavorable sobre la familia ⁽¹⁸⁾, pretendió ser modificada en los residentes y los médicos especialistas, mediante la restricción a 80 horas semanales de trabajo, como parte de una política nacional educativa en los médicos con miras a disminuir el error y aumentar la salud mental de los profesionales en los Estados Unidos. Sin embargo, los efectos de esta medida, en términos de complicaciones, seguridad para el paciente, calidad de la educación y satisfacción de los médicos, han sido controversiales, lo cual indica una multicausalidad en el desarrollo del estrés ocupacional y resalta la complejidad del tema ^(19,20).

La edad y el tiempo de experiencia en el trabajo son factores inversamente relacionados con el síndrome de desgaste profesional, posiblemente por el estrés de una preparación académica y una estructuración de la personalidad inadecuada, asociada a un enfrentamiento inevitable con el mundo real de la práctica cotidiana ^(2,6,11,18,21).

Se ha descrito una personalidad médica particular que posee un perfil de altas expectativas, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y de seguridad, y un sentimiento de omnipotencia sobre los males del enfermo que, unido a la creencia en la sociedad acerca de la ausencia de necesidades personales en los médicos, de la disponibilidad inmediata para los pacientes y la exigencia de resultados favorables, constituyen un terreno propicio para la presencia de este síndrome ⁽⁶⁾.

Impacto del síndrome de desgaste profesional

Las consecuencias del síndrome de desgaste profesional pueden dividirse en ⁽³⁾:

- **Psicológicas:** problemas psicosomáticos, negativismo, depresión, culpabilidad, ansiedad, cólera, baja tolerancia a la frustración, abuso de alcohol y drogas.
- **Contexto organizativo:** disminución del rendimiento, negativismo y falta de motivación hacia el trabajo, actitudes negativas hacia el paciente, incapacidad de realizar el trabajo con rigor, rotación laboral aumentada, intención o abandono real del trabajo, ausentismo, retrasos y largas pausas en el trabajo, insatisfacción y disminución del compromiso.
- **Contexto ambiental:** actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida personal y familiar.

Posibles áreas de intervención

Las complejas interacciones del individuo y su trabajo y la relación del síndrome de desgaste profesional con ellas, se pueden establecer mejor en un modelo de persona/trabajo que se enfoca en el grado de sincronía o asincronía entre la persona y los siguientes seis dominios en su ambiente laboral:

1. **Carga de trabajo:** sobrecarga y clase de trabajo, relacionados directamente con el componente de cansancio del síndrome.
2. **Control:** insuficiente control de los recursos necesarios para efectuar el trabajo, relacionado directamente con la baja realización personal.
3. **Recompensa:** en términos de salario o reconocimiento social y organizativo de la labor efectuada, relacionado directamente con la baja realización personal.
4. **Colectividad:** sentido positivo de conexión con otros en su trabajo, apoyo social, respeto y ausencia de conflictos en el mismo.
5. **Justicia:** sensación de injusticia en el trabajo; incluye desigualdades en salario, tipo y cantidad de trabajo, trampas y ascensos o promociones inmerecidas; repercute en el cansancio emocional y aumenta el sentido de cinismo.
6. **Valores:** efectuar labores no éticas o en contra de la propia escala de valores. Igualmente, incluye el

trabajo en una organización donde existan conflictos de valores (búsqueda de la calidad y permanente reducción de costos, por ejemplo).

Las permanentes interacciones de estas seis áreas condicionan la presencia del síndrome de desgaste profesional, con un papel determinante para el dominio de los valores como mediador de las demás. Sin embargo, en el individuo se dan “negociaciones” entre estas áreas, que dependen de la importancia de ellas en su trabajo y de las percepciones de bienestar o no del individuo. De estas interacciones se deriva la presencia o ausencia de la entidad y constituyen un abordaje práctico al evaluar el individuo en contexto y analizarlo de acuerdo con los dominios clave en su trabajo ⁽²⁾.

Malasch y Leiter han redefinido el síndrome de desgaste profesional como una pérdida de la “conexión con el trabajo” (*job engagement*); este último se caracteriza por la presencia de energía, compromiso y eficacia, que son los opuestos a las tres principales dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Los puntajes desfavorables en las dimensiones del síndrome indicarían los posibles focos de intervención para mejorar esta “conexión” perdida y cuáles de las anteriores seis áreas estarían involucradas.

- Las investigaciones sobre el tema han reconocido dos posibles niveles de intervención: el individuo y el ambiente organizativo (trabajo) ^(22,23).

Asimismo, se han propuesto varias estrategias, algunas encaminadas a efectuar el tratamiento una vez se presenta la entidad y otras enfocadas a su prevención.

Las medidas enfocadas en el individuo comprenden desde el retiro del trabajador –voluntario o no– hasta los programas de reforzamiento de fortalezas personales o cambios de comportamientos en el trabajo. Cabe anotar que los factores organizativos juegan un papel más importante que los individuales y, por esta razón, las medidas centradas en la persona alivian parcialmente un componente del síndrome (generalmente, cansancio emocional) pero no los dos restantes. Ejemplo de esto son las técnicas de relajación, aprendizaje de habilidades distintas, etc.

Asimismo, resulta más económico cambiar un individuo que una organización ⁽²³⁾. Sin embargo, nada

puede ser tan lesivo para las instituciones públicas y privadas, pero especialmente para las primeras, como la pérdida funcional parcial de profesionales cuya formación ha sido prolongada y ha costado un gran esfuerzo económico ⁽⁶⁾.

Las intervenciones en el síndrome de desgaste profesional incluyen manejo del tiempo, trabajo en equipo, adquisición de habilidades especiales, terapias de conflicto, meditación, etc., pero los resultados han sido contradictorios y no han evidenciado una adecuada respuesta al manejo de esta entidad ^(24,25).

El impacto de las vacaciones en el manejo del síndrome de desgaste profesional resulta en una mejoría en sus componentes, pero hay un retorno a los niveles previos al descanso, cuatro semanas después de la reincorporación al trabajo ⁽²⁶⁾, lo que indica que la influencia del ambiente de trabajo y los aspectos organizativos son factores determinantes fundamentales en su manejo y corroboran la existencia del modelo ecológico del estrés.

Las medidas de intervención organizativa que no involucran los aspectos individuales antes mencionados, no tienen mayor aplicabilidad; por el contrario, se acepta que la mejor forma de intervenir el síndrome es mediante una intervención en el ambiente organizativo y en el individuo, de manera simultánea.

Los investigadores en el tema proponen un abordaje destinado al análisis del individuo en esas seis áreas especiales que inciden directamente en la presencia o ausencia del estrés ocupacional, pero considerando las características particulares del individuo, su tipo de trabajo, necesidades, etc., fortaleciendo aquéllas en las cuales existen hallazgos positivos y trabajando en el mejoramiento de las débiles. Merecen especial énfasis las áreas de justicia y valores, como pilares de la eventual intervención.

Todas estas intervenciones deben dirigirse al restablecimiento de la “conexión” con el trabajo y la sincronía con la misión de la empresa, y los resultados deben ser en términos de aumentar este compromiso laboral y no de disminuir el síndrome de desgaste profesional ⁽²⁾. Sin embargo, estas medidas no son de fácil implementación, requieren tiempo, dinero y la participación activa de los actores del sistema, lo cual no siempre es posible o probable.

Esta entidad se considera relativamente nueva, con un creciente desarrollo de investigaciones y terapéutico, principalmente en los últimos 25 años, que ha evidenciado la importancia de su reconocimiento, generando un gran interés en la aplicabilidad de los conceptos y estrategias en cada una de las profesiones susceptibles de ser afectadas por esta condición derivada del estrés, y su impacto en la salud física y mental ⁽²⁷⁾.

De igual manera y en consonancia con lo anterior, observaremos nuevas luces acerca del entendimiento de este proceso crónico de estrés ocupacional en campos diferentes a la psicología del comportamiento, que

incluyen a las ciencias de la salud, resultantes de metodologías longitudinales de investigación, sobre las cuales hoy en día existe un vacío de conocimiento, y que aportan conceptos adicionales dirigidos a un mejor entendimiento de las complejas interrelaciones del individuo y su trabajo.

No sobra decir que deben implementarse las medidas encaminadas a la prevención del síndrome de desgaste profesional, con una importante contribución de los responsables de las políticas organizativas y laborales, y, de esta manera, disminuir el impacto negativo tan perjudicial para ambos.

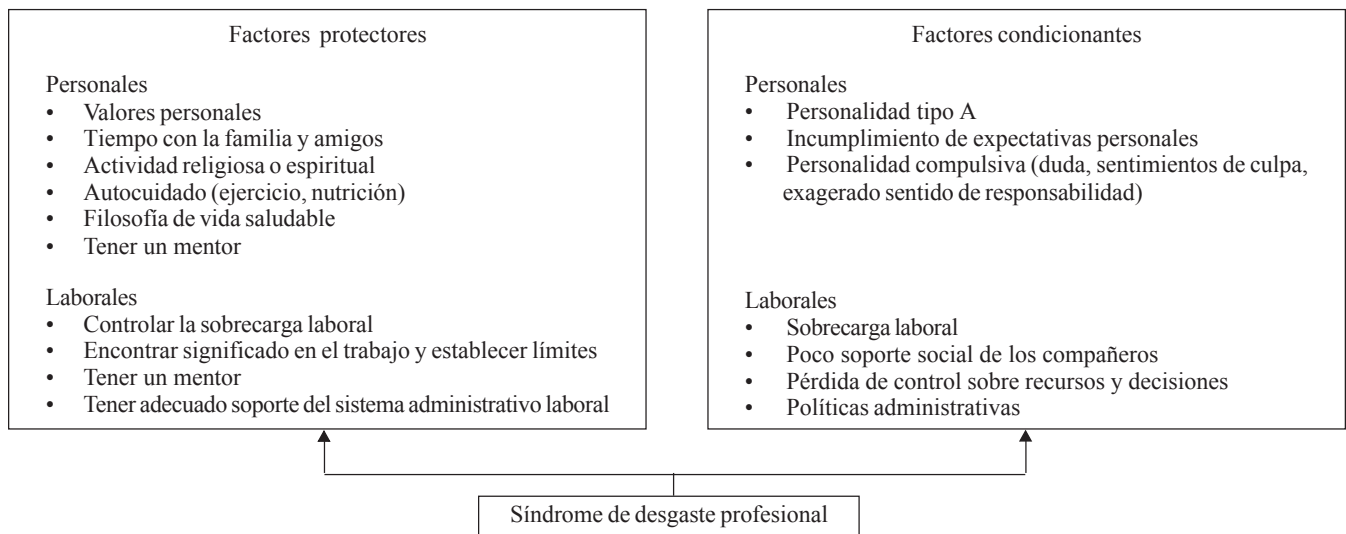


FIGURA 2. Síndrome de desgaste profesional: relación de factores determinantes.

Conclusión

El estudio del síndrome de desgaste profesional implica comprender su definición como parte de un proceso de respuesta adaptativa al estrés laboral, y le permite ser evaluado dentro de un contexto particular, de acuerdo con la actividad ocupacional del individuo.

Hay unas relaciones complejas entre los actores involucrados en su génesis, establecidas en un modelo multidimensional que facilita su investigación y hace posible un lenguaje común, tanto en los aspectos de investigación y aplicabilidad de los resultados a las diversas profesiones, como en el impacto del síndrome en las personas en contacto con los candidatos a padecerlo y, por ende, en el bienestar de una población específica.

Existe una percepción general, usualmente anecdótica, acerca de una alta prevalencia de la entidad y se dan por obvias algunas interpretaciones producto del síndrome de desgaste profesional en la vida y salud de la población, que no tienen una evidencia científica sólida.

De igual manera, hay aspectos no explorados que podrían aportar nuevos caminos para un mejor desempeño profesional y que redundarían en un mejor clima laboral, con un mejor producto obtenido del trabajo de los individuos (papel de las organizaciones dentro del síndrome, aspectos comunes entre profesiones, procesos de selección empresarial, etc.).

Esto es de particular importancia en la medicina y constituye un área de posibles y futuras investigaciones,

debido a las especiales relaciones entre los involucrados en la prevención y el manejo de la salud de las personas. Pensamos que se debe impulsar el efectuar esta “mirada desde adentro” por parte de los mismos profesionales de la salud y no permitir que, de una forma a veces sesgada, se efectúen intervenciones por personas que no comprenden esta visión holística del individuo, tanto del paciente, como del médico.

La realización de una actividad profesional es una parte importante en la vida de las personas y no debe

constituir un factor desestabilizador al cual deban dedicarse, para su manejo, recursos emocionales, físicos y económicos entre otros, por parte del individuo y las empresas, lo cual contribuye a aumentar y perpetuar el desgaste continuo ya enunciado en el escrito. Por el contrario, ésta debe ser una actividad placentera, gratificante (económica y emocionalmente), que reafirme el papel importante del individuo en la sociedad.

La pregunta final sería ¿cómo lograr querer lo que se hace y no hacer siempre lo que se quiere?

Professional burnout syndrome

Abstract

Stress is a natural phenomenon in the process of evolution. The general adaptation syndrome has three phases: initial alarm reaction, phase of resistance, and phase of exhaustion. The professional burnout syndrome is a pathological entity caused by chronic professional stress in persons that provide intensive and prolonged health care to people in conditions of necessity or dependence.

This term was first coined by Freudenberg in 1974, and in 1981 Maslach and Jackson described a multidimensional model characterized by exhaustion and emotional fatigue, depersonalization and reduced personal accomplishment. Among the several instruments that have been developed for its measurement, the most accepted one is the Maslach Burnout Inventory (MBI)

It is believed that there must be an individual sensibility associated with varied environmental factors within an ecologic framework, that presents the syndrome as a dynamic and interrelated process, in which there are four levels of influence: microsystem, organizational, periorganizational and extraorganizational, all of which are susceptible of intervention at the level of the individual and the workplace or at the organizational level.

Key words: burnout, professional; stress; surgery; validity of tests; psychology.

Referencias

1. NEYLAN TC., Selye H. *The field of stress research*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998;10:230.
2. MASLACH C., SCHAUFELI W., LEITER M. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
3. GARCÉS E. Tesis sobre el *burnout*. Bogotá: Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento; 2003. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2009. Disponible en www.abacolombia.org.co.
4. ATANCE JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997;71: 203-303.
5. MASLACH C., LEITER MP. The truth about burnout. San Francisco: Josey-Bass Publishers; 1997. p. 13-5.
6. MORENO-JIMÉNEZ B., PEÑACOBIA C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: SIMON MA, editor. Manual de Psicología de la salud. Madrid. Casa editorial Siglo XXI. p. 739-64.
7. RAFFERTY JP., LEMKAU JP., PURDY RR., RUDISILL JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol. 1986;42:488-92.
8. MASLACH C., JACKSON S., LEITER M. Maslach Burnout Inventory Manual. Third Edition. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1996.
9. DYRBYE LN., WEST CP., SHANAFELT TD. *Defining burnout as a dichotomous variable*. JGIM. 2009;24:440.
10. LEE RT., ASHFORTH BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol. 1996;81:123-33.
11. DARRELL A. CAMPBELL, JR., MD, SEEMA S. SONNAD, PhD, FREDERIC E. ECKHAUSER, MD, KYLE K. CAMPBELL AND LAZAR J. GREENFIELD, MD. Burnout among American surgeons. Surgery 2001; 130:696-705.

12. LEGASSIE J., ZIBROWSKI E., GOLDSZMIDT M. Measuring resident well-being: Impostorism and burnout syndrome in residency. *JGIM*. 2008;23:1090-4.
13. MASLACH C., JACKSON S., LEITER M. Measuring Burnout. In: Cartwright Susan, Cooper Cary, editors. *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 86-108.
14. BRENNINKMEIJER V., VAN YPEREN N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med*. 2003;60:116-20.
15. SALAZAR M., BEATON R. Ecological model of occupational stress: Application to urban firefighters. *AAOHN Journal*. 2000;48:470-8.
16. GUNDERSEN L. Physician Burnout. *Ann Intern Med*. 2001;135:146-8.
17. SERVELLEN GV., LEAKE B. Burnout in hospital nurses: a comparison of AIDS, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. *J Prof Nurs*. 1993;9:169-77.
18. GUEVARA C., HENAO D., HERRERA J., Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colomb Med* 2004; 35:173-178
19. HUTTER M., KELLOGG K., FERGUSON C., ABBOTT W., WARSHAW A. The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Ann Surg*. 2006;243:864-75.
20. PAPE HC., PFAIFER R. Restricted duty hours for surgeons and impact on residents' quality of life, education, and patient care: a literature review. *Patient Saf Surg*. 2009; 3:3.
21. THOMAS N. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880-9.
22. RUOTSALAINEN J., SERRA C., MARINE A., VERBEEK J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health. *Scan J Work Environ Health*. 2008;34:169-78.
23. MARINE A., RUOTSALAINEN JH., SERRA C., VERBEEK JH. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006, Issue 4.
24. MASLACH C. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12:189-92.
25. MICHIE S., WILLIAMS S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*. 2003; 60:3-9.
26. WESTMAN M., ETZION D. The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. *Psychol Health*. 200;16:595-606.
27. SCHAUFELI WB., GREENGLASS ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. 2001;16:501-10.

Correspondencia:

NEIL VALENTÍN VEGA, MD, MSc.

Correo electrónico: neilvalentin@yahoo.com

Bogotá, D.C., Colombia

Nota del Editor

Los autores de este artículo sobre el controvertido “síndrome de desgaste profesional” (*burnout syndrome*, también denominado “síndrome de quemarse en el trabajo”) lo enmarcan muy acertadamente en concepto de Hans Selye del Estrés y del Síndrome de Adaptación General. Selye, notable científico de origen húngaro (1907-1982), trabajando en la Universidad de McGill en Montreal, publicó por primera vez su teoría en 1936¹, teoría que lo hizo candidato en más de una ocasión al Premio Nobel. En 1946 apareció un nuevo artículo que mereció la atención del establecimiento científico médico universal², y en 1950 su *opus magnum* consagratorio, *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. A treatise based on the concepts of the General-Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation*³ un texto de cerca de 1.000 páginas y miles de referencias bibliográficas. Selye describió la reacción de carácter neuro-endocrino (hipotálamo-hipofisario-adrenal) del organismo ante un agente nocivo, agudo o crónico, y escribió: “Si se me permiten una predicción, yo quisiera reiterar mi opinión de que la investigación sobre el estrés será más productiva si se guía por el principio de aprender a imitar -y si necesario corregir y complementar- la capacidad autofarmacológica del cuerpo para combatir el factor de estrés en la enfermedad”. El llamado “síndrome de desgaste” realmente cabe dentro del Síndrome de Adaptación General de Selye. El “quemarse en el trabajo” con escaso reconocimiento o retribución, viene a ser una no-adaptación al estrés crónico de las condiciones laborales, la tercera fase del síndrome: 1) reacción de alarma; 2) fase de resistencia; 3) fase de agotamiento.

JOSÉ FÉLIX PATIÑO RESTREPO, MD, FACS (Hon), MACC (Hon)

1 SELYE H. A Syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936;138:32.

2 SELYE H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol* 1946;6:117.

3 SELYE H. *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. A treatise based on the concepts of the General-Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation*. Acta, Inc. Medical Publishers. Montreal, Canada, 1950.