Biomédica
ISSN: 0120-4157
biomedica@ins.gov.co
Instituto Nacional de Salud
Colombia

Segura, Omar
Agotamiento profesional: concepciones e implicaciones en la salud pública
Biomédica, vol. 34, núm. 4, diciembre, 2014, pp. 535-545
Instituto Nacional de Salud
Bogotá, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84332531006

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Biomédica 2014;34:535-45
doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2315

ENSAYO

Agotamiento profesional: concepciones e implicaciones en la salud pública

Omar Segura[1,2]

[1] Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
[2] Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, Centro de Historia de la Medicina "Andrés Soriano Lleras", Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

El agotamiento profesional (*burnout*) se describió originalmente como una condición mental caracterizada por disminución del desempeño laboral, sensación de impotencia y frustración e incapacidad para alcanzar objetivos o metas laborales. Para algunos autores, el agotamiento profesional es un conjunto de signos y síntomas mal definido, en tanto que para otros es una enfermedad en sí misma y un problema potencial de salud pública. Se ha observado en todo el mundo que los profesionales y técnicos más afectados son aquellos que prestan servicios o asisten a otras personas, especialmente los dedicados a la atención en salud.

Este ensayo se centra en la idea de que el agotamiento profesional debe ser asumido como una enfermedad más que como un síndrome; que sus referentes teóricos y metodológicos han variado a medida que han cambiado las definiciones de salud y enfermedad; que se detecta y se reporta cada vez más, y que sigue siendo una condición objeto de debate en diversos círculos científicos donde se esgrimen posturas radicalmente opuestas que son materia de análisis aquí.

Tras exponer las diversas concepciones en torno a esta condición, el ensayo concluye con la exposición de las implicaciones y las opciones de estudio del agotamiento profesional como enfermedad en función de las condiciones y los entornos que favorecen su aparición entre los profesionales dedicados a la salud.

Palabras clave: agotamiento profesional, salud pública, epidemiología, conocimiento, investigación en los servicios de salud, vigilancia de la salud del trabajador.

doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2315

***Burnout*: concepts and implications affecting public health**

Burnout was originally described as a mental condition characterized by reduced work performance, impotence, frustration and lack of capability to reach objectives or goals while performing a job. For some authors, burnout is a poorly defined mixture of symptoms and signs, while other professionals think of it as a disease and a potential threat to public health. Worldwide, it has been observed that the most afflicted professionals and technicians are those who work providing services or assistance to other people, especially those dedicated to health care.

This paper focuses on the idea that burnout should be considered a disease more than a syndrome. On the other hand, definitions of health and disease have changed with time, as well as theoretical and methodological references about burnout. In addition, burnout remains a condition that is being discussed in various scientific areas, with radically opposing positions; these approaches are discussed in this article.

After presenting different conceptions regarding burnout, the essay concludes with an exploration of its implications and the identification of possible treatments, especially for health workers, among whom it is more common depending on their predisposing conditions and environments.

Key words: Burnout, professional, public health, epidemiology, knowledge, research in health services, surveillance of the worker´s health.

doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2315

Correspondencia:
Omar Segura, Calle 74 N° 72-11, Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono: (571) 685 1880
odsegurad@unal.edu.co y omar_segura@hotmail.com

Recibido: 04/03/14; aceptado: 05/06/14

Breve contexto

Herbert Freudenberger describió en 1974 el síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) como una condición mental caracterizada por

la disminución del desempeño laboral, que se acompaña con una sensación de impotencia, frustración e incapacidad para alcanzar objetivos o metas laborales (1). Sus síntomas incluyen el agotamiento emocional (de ahí su nombre), el cinismo y el desapego, la sensación de inefectividad y de incapacidad profesional, y de otros síntomas como el insomnio, la irritabilidad o los conflictos interpersonales; todos estos, en conjunto, precipitan a la persona afectada a estados de depresión, ansiedad y adicción (2-5).

Para algunos autores, el agotamiento profesional es un conjunto ambiguo y mal delimitado de signos y síntomas que no debe considerarse como una enfermedad sino como manifestación de otras afecciones (6-16). Para otros, se trata de una enfermedad en sí misma y de un problema potencial de salud pública (17-27), pues se ha observado y reportado frecuentemente en los servicios hospitalarios de las sociedades occidentales (28-31) como consecuencia de los largos periodos de actividad bajo estrés en dicho entorno (5), considerándolo desde el inicio como un evento de múltiples dimensiones (31,32).

En este ensayo se asume el agotamiento profesional como una enfermedad y un problema de salud pública, que puede someterse a investigación, vigilancia y detección en función de las condiciones y las circunstancias que favorecen su aparición. En este sentido, se proponen algunas nociones esenciales a manera de marco de referencia, se analizan las posiciones contrarias o favorables a esta posición y, finalmente, se enumeran las implicaciones del tema y las posibles líneas de investigación en salud pública.

Marco de referencia

El agotamiento profesional fue descrito inicialmente por Freudenberger como una condición mental con consecuencias físicas. Posteriormente, Manderscheid (33) explicó cómo, tras los estudios del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos en la década de 1980, la noción de enfermedad mental cambió y se dejó atrás su diagnóstico puramente clínico e individual para acceder a una nueva concepción de dos nociones paralelas: la de bienestar (*wellness*), es decir, el grado de entusiasmo y actitud positiva ante la vida, incluida la capacidad de manejar sentimientos y comportamientos, ser autónomo y lidiar efectivamente con el estrés, y la de malestar, es decir, la sensación de estar mal o enfermo, lo que involucra no solo una percepción individual (*illness*), sino una comunitaria (*sickness*) en el camino hacia la recuperación y la reintegración laboral. En el mismo instituto se establecieron categorías cualitativas para valorar la respuesta al tratamiento, cualquiera que este fuera.

A partir de esa época, los asuntos concernientes a la salud mental comenzaron paulatinamente a cobrar importancia para el público en general. Un motivo subyacente fue la transformación de la sociedad en una economía basada en la prestación de servicios, compuesta por individuos sometidos a toda clase de presiones en aras de prestar una atención mejor y más eficiente al público, presiones que, a menudo, se equiparan con el término estrés, en especial cuando se relacionan con los dilemas profesionales y éticos usuales en el sector de la salud (27). Una situación así puede dar pie a trastornos mentales que, igualmente, afectan la salud física individual, y verse reflejada en las condiciones de trabajo, en los servicios de salud y en la estabilidad de las sociedades en su conjunto, especialmente si se tienen en cuenta el ausentismo y la pérdida de productividad que suelen ser su consecuencia (21). Expresado de otro modo, en el siglo XXI el estudio de circunstancias como estas y otras relacionadas con el agotamiento profesional, así como de las propuestas para su solución o mitigación, constituyen un gran desafío para las áreas del conocimiento y los quehaceres propios de la salud pública, la cual se vería beneficiada si se hace el análisis y el seguimiento de cómo los profesionales y técnicos de la salud, en particular, y de otros sectores prestadores de servicios, en general, perciben y sienten su salud mental y física en el entorno laboral.

Ahora bien, las nociones de salud y de enfermedad se han concebido de diversas formas a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas. La noción de salud cambia según el sector de que se trate: el común de la gente; los científicos de los siglos XIX y XX (34-36), quienes concebían la salud como ausencia de enfermedad u homeostasis entre medios interno y externo, o instituciones como la Organización Mundial de la Salud (37-39), que la define como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque". Además, el concepto también incluye la reflexión posterior sobre su alcance y completitud (40), o su significado en términos de la potencialidad para lograr una función plena y con calidad de vida, lo que está influenciado por factores biológicos, por el estilo de vida, el ambiente físico y comunitario (asimilable a 'entorno'), y la estructura social (41,42).

Por otra parte, la noción de enfermedad esconde una concepción dicotómica, universalmente aplicada, para reconocer a otro sujeto como 'enfermo'. Según Scully (43), si se tienen en cuenta los grupos humanos, los contextos culturales e incluso las épocas, sería muy difícil dar una definición final y definitiva; en otras palabras, la noción de enfermedad en el siglo XXI va mucho más allá del consultorio, el cuarto de hospital o el laboratorio (clínico, farmacéutico o de salud pública), pues un conjunto de signos y síntomas confluyen para confirmar la presencia o la ausencia de un microorganismo y prescribir un tratamiento adecuado. Así, las nociones de salud y de enfermedad han cambiado a medida que la capacidad de diagnóstico ha mejorado. De igual manera, hoy hay mayores expectativas en cuanto a la salud, la calidad de vida y el desempeño técnico y profesional (44), y se conocen el carácter finito (más que escaso) de los recursos en el campo de la salud (45) y las relaciones *non sanctas* entre la industria farmacéutica y las asociaciones científicas o de pacientes (46,47).

Así pues, la investigación en salud pública no solo debe estudiar y propender por una mejor salud de las poblaciones, sino también por la del grupo de profesionales y técnicos que se encargan de atenderla, y que, según el momento y los interesados, reciben los motes de 'talento humano' (48), 'trabajadores de la salud' (49) o, más despectivamente, 'insumo humano o carga de gastos en salud' (50). Este objetivo está inscrito en la definición, los propósitos y las funciones de la salud pública. Para Malagón (51) y para Gómez (52), la salud pública es un quehacer, pero también la manifestación de una organización racional, consensual y colectiva de las acciones y condiciones orientadas a proteger a la población de los factores de riesgo que inciden sobre su estado de salud, así como a mejorar la convivencia y la calidad de vida, dándole al ser humano un papel protagonista en el mejoramiento de sus condiciones personales y de la sociedad en la cual vive. Por su parte, Benach, *et al.*, (53) plantean que la salud pública constituye una tecnología social basada en las ciencias sociales y de la salud, cuyo objetivo es mejorar la atención sanitaria mediante acciones sobre el medio ambiente, el empleo, el trabajo, los asuntos políticos y sociales.

Un intento de convertir estos objetivos en categorías operativas, sujetas a caracterización y medición, se expresó en las llamadas 'funciones esenciales en salud pública', originalmente pensadas para rescatar el carácter obligatorio de la salud pública, el desarrollo humano sostenible y el respeto por la integridad del ser humano, así como el fortalecimiento de la infraestructura y la práctica de la salud pública, pero que también tienen presente "la vigilancia de salud pública, la investigación y control de riesgos y daños en salud pública, el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, y la garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos" (54-59).

Sin embargo, la vigilancia en salud pública está afincada en la epidemiología, específicamente en la noción de vigilancia epidemiológica de eventos centinelas en salud pública, es decir, eventos de interés por tratarse de enfermedades prevenibles, o de una muerte prematura cuya ocurrencia es señal de alarma, para mejorar la calidad de la atención médica preventiva o terapéutica (60,61). No obstante, por su misma naturaleza, un sistema de vigilancia epidemiológica tradicional no está preparado adecuadamente para la detección, la confirmación, el análisis o el seguimiento de eventos crónicos relacionados con la actividad laboral, el sitio de trabajo y el entorno, todo lo cual incide en el agotamiento profesional.

La aparición del 'agotamiento profesional' o 'desgaste profesional' (62) quedó asociada al ámbito profesional de la atención en salud, pues este podía afectar grupos de pacientes, según lo planteado en los estudios con maestros de escuela llevados a cabo por Maslach y Jackson (4,5), creadoras del instrumento psicométrico más utilizado para su estudio. Con base en sus observaciones, Schwartz y Will (63), Bradley (64), Pines, *et al.* (65), Gálvez (66), y Buunk y Schaufeli (67) han tratado de explicar las características del agotamiento profesional, entre ellas su carácter progresivo y dinámico (aunque puede ser reversible), y la noción subyacente de riesgo psicosocial. Un problema con el estudio del agotamiento profesional es que desde un comienzo este se ha concentrado en la descripción del problema a partir de las manifestaciones somáticas del individuo por parte de profesionales cuya formación de base era la medicina, la psicología o las ciencias sociales, no la epidemiología ni la salud pública, por lo que hoy escasean los estudios de carácter analítico o experimental en este campo.

Mientras que los primeros reportes recurrieron a métodos cualitativos, basados siempre en observaciones metódicas, en entrevistas y en el estudio de casos, rara vez referidos a colectivos, que nunca

cuestionaban que su origen y causas pudieran involucrar la organización de las instituciones o el entorno de trabajo, los estudios de comienzos del siglo XXI se aproximaron al problema por dos vías: a) un modelo 'medicalizado', que asume al paciente como un sujeto pasivo, y b) un modelo de apoyo social. Desde esa perspectiva sociológica y cultural, Gil-Monte (68) enumeró tres motivos por los que el agotamiento profesional es cada vez más frecuente en los trabajadores: a) el desarrollo del sector de servicios, con cambios en el entorno socioeconómico en lo concerniente a la forma en que se hacen los intercambios entre personas, a la flexibilización laboral y a una mayor presión para aumentar la eficiencia; b) los cambios demográficos originados por la migración y la consecuente movilidad y heterogeneidad de las poblaciones, que incluyen tanto a los prestadores como a los receptores de servicios, y c) el avance y la masificación de las tecnologías de la información y la comunicación, las cuales provocan una mayor desinformación y desorientación entre los prestadores y los receptores de servicios.

Estado de la discusión

Desde comienzos del siglo XXI se viene hablando del incremento notorio de los casos de agotamiento profesional, primero en las publicaciones científicas, luego en la prensa especializada y, finalmente, en internet. Eventos como el 21º Congreso Europeo de Psiquiatría, celebrado en Nantes, Francia, en abril de 2013, así como el incremento de los reclamos a las compañías de seguros alemanas aduciendo la "interferencia por *burnout*", han fomentado el debate.

Algunos autores, como Hamman, *et al.,* (8) o Höschl (10), han planteado que el agotamiento profesional es un mito y que atribuirlo a fenómenos sociales tales como la "globalización", la "desaparición de los límites entre la vida laboral y la privada", un "mayor nivel de exigencia", "la excelencia y la calidad", entre otros, constituye un mero tratamiento periodístico. Por otra parte, autores como Rössler (18) o Mateen (24) han sugerido, no solo que el agotamiento profesional sí existe, sino que se relaciona precisamente con las circunstancias sociales antes mencionadas, y que en las investigaciones sobre el problema se ha concluido que es una entidad nosológica y psicológicamente diferenciada que se deriva de la respuesta a factores causantes de estrés crónico en el trabajo y que, además, no es un concepto teórico y tampoco es exclusivo del mundo desarrollado.

Otros autores explican su posición más detalladamente: para Keresztesi, por ejemplo (14), *burnout* no es un término médico, sino una metáfora y una expresión acuñada en Estados Unidos para designar a alguien que está de permiso (*discharged*), calificando su estado con un concepto físico, pues si está "quemado" (del inglés *burnt*) es porque debe haberse "incinerado" (del inglés *burn out*), y equiparándolo con un fusible. En su criterio, el término no existe para referirse a un diagnóstico, y la designación es incluso peor cuando se emplea el término "síndrome de fatiga", presumiendo que la causa subyacente es el estrés prolongado o la depresión.

Keresztesi afirma que en estos presuntos casos de agotamiento profesional deberían tenerse en cuenta otras enfermedades como el hipotiroidismo, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, la hipovitaminosis o la depresión, para evitar que el término lleve a pensar en pasividad, en aprovechamiento de la enfermedad en beneficio del individuo y en conductas defensivas; además, plantea que el trabajo no sería una causa de agotamiento profesional sino su remedio, ya que en ese contexto el sujeto podría empoderarse y encontrar un medio social donde apoyarse. Como ejemplo se refiere a las personas con cáncer, quienes reciben tratamiento durante unas semanas y luego vuelven al seno de su familia y a su trabajo, aunque sea restringiendo su jornada laboral.

En Alemania, por ejemplo, el agotamiento profesional no se considera un diagnóstico médico. Berger (6,7) ha señalado el intenso debate que se ha dado en ese país en torno a la noción de estrés psicológico en el entorno laboral moderno y a los riesgos potenciales que tal condición puede tener en la salud mental. Para él, sin embargo, el problema estriba en que cambiar esas condiciones implica diferenciar desde el punto de vista nosológico las diversas entidades que afectan el bienestar de los sujetos para, así, poder prevenirlas: explica que es un problema que afecta tanto a los servicios de salud (en cuanto al diagnóstico se refiere), como a las empresas (en lo que atañe a las excusas médicas), todo lo cual confluye en el problema del aseguramiento, puesto que debe decidirse cómo se valida que la causa de una ausencia laboral sea el agotamiento profesional y que, al parecer, existan medios para tratarlo.

Por su parte, Hillert (9) y Kapfhammer (11) consideran que el agotamiento profesional es un término procedente de la psicología laboral, el cual describe

síntomas de una desadaptación prolongada frente a condiciones laborales estresantes, pero que, de acuerdo con los sistemas de clasificación tradicionales, no constituye un diagnóstico *per se*. Un documento de posición de la Sociedad Alemana de Psiquiatría, Psicoterapia, Medicina Psicosomática y Neurología (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*, DGPPN), estableció que el agotamiento profesional es un estado de riesgo frente a otras enfermedades y que el término tiene un carácter puramente "periodístico" (10).

La aproximación de los autores alemanes al problema se basa fundamentalmente en un enfoque clínico y de laboratorio: si el agotamiento profesional no ha sido objeto de un estudio experimental, entonces no existe. Estos autores (6-11,16) advierten que lo que denominan el "síntoma cardinal" (fatiga, agotamiento), debe clarificarse compilando una completa historia médica, neurológica y biopsicosocial, así como de un cuidadoso diagnóstico diferencial de condiciones psiquiátricas, como la depresión, la ansiedad o los intentos de suicidio, para así aplicar un tratamiento integral, ajustado a la condición subyacente y a la gravedad del cuadro que presente el paciente. Sin embargo, la evaluación de las posibles medidas que se deben adoptar, usualmente orientadas hacia el sujeto (*person-directed*), como los cambios de turno, o hacia el trabajo (*work-directed*), como las reuniones de grupo, no ha mostrado resultados satisfactorios en términos de eficacia y eficiencia a largo plazo, situación señalada en dos revisiones sistemáticas de la colaboración Cochrane (69,70).

Frente a estas posiciones se encuentran aquellos que piensan que el agotamiento profesional sí existe como afección, aunque sus opiniones están entre si el problema parte del sujeto o si, por el contrario, deriva de su interacción con el entorno, especialmente el laboral. Por ejemplo, Gil-Monte (68,71) propone que el desgaste profesional debe considerarse como una manifestación del estrés laboral. Brooks (21) plantea que el trabajo de un profesional, especialmente el de los médicos o técnicos de la salud, está sujeto a mucha presión y a diversos factores causantes de estrés, siendo el agotamiento profesional apenas una de sus manifestaciones; este autor plantea que hay factores de riesgo individuales, tales como los rasgos de personalidad o los antecedentes psicológicos, así como ocupacionales, es decir clínicos y estructurales, que causan directamente el estrés. Trollope-Kumar (19,20) ha señalado que el agotamiento profesional existe y está ligado a la noción de riesgo, lo que a su vez es el resultado de una inadecuada respuesta del profesional de la salud a las exigencias de su actividad, ya sea a la carga de trabajo o al alejamiento del hogar, o peor aún, al hecho de constatar la existencia de incongruencias entre su trabajo y su vida personal, o a la impotencia ante ciertos casos, como aquellos de pacientes con cáncer o en cuidados paliativos.

En cambio, las posiciones de Kay (12,13), autora canadiense, o de Rakovec-Felser (72), eslovena, son diferentes: no niegan la existencia del agotamiento profesional, pero recalcan que la solución no pasa por lo individual, sino por lo comunitario y organizativo, en términos de un cambio del entorno laboral y cultural. Kay sugiere que se dramatiza de manera exagerada la naturaleza individual de la condición, lo que ha suscitado medidas de carácter y alcance limitados y, sobre todo, en estigma; Rakovec-Felser propone que el agotamiento profesional puede ser consecuencia de una pérdida del equilibrio entre los tres niveles del intercambio social: el interpersonal, el de equipo y el organizativo, más que del trabajo en sí.

Hay quienes consideran que el agotamiento profesional existe y constituye un problema de salud pública. Kacenelenbogen, autora belga, (17) y Cebrià-Andreu, español, (22,23) señalan que la insatisfacción, la desmotivación, la desilusión y la frustración en los profesionales de la salud, conllevan erosión física, cansancio acumulado, falta de energía y alteraciones del sueño, lo que se traduce en fatiga emocional. Añaden que, aunque el cuestionario diseñado por Maslach (4) no conduce a un diagnóstico confirmatorio y definitivo en sí mismo, sí es la puerta de entrada para la detección de esta condición, cuya conceptualización profundizan mucho más.

Cebrià-Andreu asume el agotamiento profesional en dos dimensiones: a) como un fenómeno clínico, cuya analogía reproducible en el laboratorio es la generación de estrés de larga duración en ratones, con lo que se ha podido demostrar, mediante análisis bioquímicos, que sus cuerpos producen hormonas y neurotransmisores generadores de ansiedad, así como falta de sueño e irritabilidad; b) como un fenómeno social insuficientemente estudiado, relacionado con asuntos laborales, organizativos o sociales que afectan la calidad de la atención que presta el profesional de la salud, ya sea en el campo de la atención o del diagnóstico y el manejo (enfermería o medicina, respectivamente).

Kacenelenbogen sugiere lo mismo y agrega dos dimensiones más: c) las consecuencias del agotamiento profesional en médicos generales, que se traducen en trastornos del comportamiento, cognitivos, afectivos y físicos, y d) la necesidad de llevar a cabo acciones que incluyan el levantamiento de datos y estadísticas precisas sobre el síndrome en los médicos (una visión claramente epidemiológica causal), así como la integración y la actividad interdisciplinaria, investigativa y preventiva, con base en la medicina del trabajo, la psiquiatría y la psicología con participación de los administradores de salud y de los demás sectores de la sociedad misma, acción que se enmarca en el ámbito de la salud pública. Por consiguiente, si los profesionales de la salud se sienten mal cuidados o están exhaustos, es la sociedad la que termina perdiendo; así pues, "por una cuestión de inteligencia", según Cebrià, o porque "el sistema de salud mismo puede estar en peligro", según Kacenelenbogen, las autoridades competentes deben prestar atención, no solo a las condiciones de salud y enfermedad de estos profesionales, sino también a su bienestar.

Agotamiento profesional, mucho más que un síndrome

Ciertas apreciaciones iniciales se imponen al considerar las implicaciones de este análisis: la salud es la expresión tanto individual como colectiva del bienestar y la capacidad funcional; tal expresión difiere según las creencias, los valores, las representaciones sociales y el devenir de cada cultura; la enfermedad no está ligada únicamente a los síntomas relatados por un paciente o a los signos que busca un médico, y es independiente de si se posee un carnet o se ejerce el derecho de afiliación a un sistema de salud. Aceptado esto, más que un mito, el agotamiento profesional es una realidad que debe ser investigada mediante el método científico, la innovación y el desarrollo en pos de su curación y, mejor aún, de su prevención.

Un segundo aspecto es que el agotamiento profesional no es un término periodístico; tampoco provino, en sentido estricto, de la psicología laboral, ni es una desadaptación. Desde una perspectiva estrictamente biomédica, el agotamiento profesional difiere de la depresión o de la psicosis maniaco-depresiva, por citar solo dos ejemplos, así parezca tener los mismos síntomas. Pero el ejercicio de buscar las razones o de indagar por las condiciones de empleo, del sitio de trabajo y del entorno social en el cual vive un sujeto con agotamiento profesional, debe ir más allá del estado de ánimo que pueda experimentar o de su contacto con la realidad.

Desde este punto de vista, dicho ejercicio implica, además, preguntarse por qué se piden tantas excusas médicas por este motivo, y qué justificación tiene dar trabajo para, primero, anunciar agotamiento profesional, segundo, tratarlo y luego compensarlo (permisos, seguros). ¿Cómo afecta esto a las empresas aseguradoras? Y, ¿cómo se enmarca en la noción misma de 'riesgo', es decir, la posibilidad de que un evento se presente, o de 'aseguramiento', es decir la herramienta social y económica para "protegerse contra los problemas que conlleva tal riesgo"? Siguiendo la argumentación de Castel (73) sobre el desempleo como talón de Aquiles de un estado social en expansión económica, ¿se podría asegurar a toda la población o sólo a quienes trabajan? En este caso, se daría la paradoja de que quienes se ven afectados por el agotamiento profesional serían profesionales o técnicos desligados de sus colegas en una sociedad contemporánea. Es claro que el estado actual de las sociedades, incluidas las condiciones de trabajo de sus integrantes, implica un desafío para el sistema de salud, en especial para aquellos especialistas dedicados a la atención en salud mental (psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras), debido al incremento de la 'digitalización', la globalización, los requisitos de educación continua, la agilización, y la falta de límites entre el trabajo y el tiempo de ocio. Las instituciones aseguradoras de salud y quienes toman decisiones en salud pública deberían preocuparse, puesto que no se puede cambiar de buenas a primeras la infraestructura hospitalaria o de servicios de salud, ni el sistema de aseguramiento, o el de vigilancia epidemiológica.

Un tercer punto que se debe señalar es que una enfermedad puede tener variantes, manifestaciones que cambian ligeramente entre sujetos y entre grupos humanos, y que puede parecerse a otras, surgiendo aquí un interrogante: si una vez hecho el diagnóstico diferencial estrictamente médico no se encuentran resultados anómalos desde el punto de vista de la biología, pero persiste el malestar individual, ¿qué ocurre entonces? ¿Significaría esto, como lo plantea Canguilhem (74), que habría que preocuparse exclusivamente por la enfermedad y por sus consecuencias para el individuo, o, más bien, por aquellas condiciones del trabajo y del entorno que reducen el margen de tolerancia del sujeto? Enviar de vuelta al trabajo a la persona que manifiesta estar enferma debido precisamente a

su trabajo, es aplicar la lógica de "lo similar cura lo similar". Así, el argumento de Keresztesi no podría sostenerse, por ejemplo, en el caso de aquellos profesionales y técnicos de la salud involucrados en el manejo de desastres, o de los trabajadores de una planta nuclear siniestrada, o de los voluntarios de salud y los profesores de escuela, grupo en el que originalmente se describió el agotamiento profesional.

Un cuarto aspecto se refiere a la necesidad de establecer qué tanto de físico y qué de emocional tiene el agotamiento profesional, considerando las diferencias reportadas según el sitio de trabajo o la profesión (29,75-77), ya que no todos los individuos afectados tienen idénticas manifestaciones. Por ejemplo, el agotamiento profesional en enfermeras difiere del que padecen los médicos, e incluso parece diferir entre especialidades médicas. El planteamiento de Brooks esconde una noción de riesgo y de "causa necesaria y suficiente" común en la epidemiología 'clásica' cuando se analizan múltiples causas. Pero la noción de riesgo es apenas uno de los elementos necesarios para investigar, conceptualizar mejor y prevenir la aparición del agotamiento profesional, o de recuperar a quienes ya lo padecen, dada su condición reversible.

Porta (78), Lahelma (79) y Siegrist (80), en cambio, mencionan tres conceptos diferentes de enfermedad, pero desde una perspectiva fisiológica (*disease*), psicológica (*illness*) y socialmente percibida tanto por el sujeto afectado como por la sociedad (*sickness/ disability*). Durante décadas se ha tratado de achacar el agotamiento profesional al estrés laboral, al "sufrimiento mental", a la "fatiga por compasión" (81) o al "cansancio a toda hora" (82-84). El agotamiento profesional va más allá de la noción de riesgo, *ergo,* más allá de lo que la epidemiología plantea, es decir, "el estudio de los factores de riesgo o de protección que afectan la salud de una población y su modo de prevenirlos o promoverlos", aun cuando esto resulte ser de vital importancia para la salud pública en la actualidad. Para abordar el agotamiento profesional, se requiere incorporar el contexto del trabajo y del entorno, así como a las personas involucradas en todos los niveles de una empresa cualquiera y, más allá, del sistema de salud y del ámbito político.

Un quinto punto se refiere a la necesidad de comprender cómo los conceptos de salud y enfermedad se ven influenciados o caracterizados por los sistemas de salud o las políticas nacionales de bienestar, o por las organizaciones multilaterales, o la industria farmacéutica. ¿Puede el agotamiento profesional ser objeto de clasificaciones cambiantes, tal como ha sucedido con la homosexualidad, que pasó de ser un 'estado' a ser un desequilibrio hormonal, un trastorno mental orgánico, una perversión sexual, hasta llegar a la concepción actual de elección individual de un sujeto?

Tras examinar lo reportado por Scully o por Moynihan, y tras constatar quiénes son los autores que han publicado el mayor número de trabajos sobre el tema desde la década de 1980, se constata que el uso de instrumentos de medición, como el inventario de *burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*, MBI), está sujeto al pago obligatorio de derechos de autor, lo que justificaría preguntarse si el agotamiento profesional como enfermedad podría estar siendo manipulado para ajustarlo a la medida de esta sociedad tecnocrática y digital, o de la industria farmacéutica, en forma tan cuestionable como lo han sido el síndrome de hiperactividad y el déficit de atención (43), o la osteoporosis (47).

Implicaciones del agotamiento profesional para la salud pública

Finalmente, las implicaciones del agotamiento profesional para la salud pública pueden agruparse en dos grandes ítems. El primero consiste en la relevancia de su estudio, que entraña preguntarse sobre la enfermedad en sí misma, sobre las consecuencias que esta tiene para el individuo, o sobre el efecto de las condiciones de trabajo o del entorno. El segundo se refiere a la forma en que debe ser tipificado e investigado, no solo con respecto a las posibles preguntas que genera, sino a los métodos que pueden emplearse para tal fin.

Presentados estos puntos de análisis, y a pesar de su denominación como síndrome (conjunto de signos y síntomas), el agotamiento profesional debe asumirse como una enfermedad, por las siguientes razones:

a) existen condiciones del entorno, del trabajo y del sujeto mismo (por ejemplo, la edad, el sexo) que pueden tener una incidencia negativa en las personas;

b) es posible caracterizarlo a partir de las percepciones del individuo y las observaciones metódicas de los profesionales de la salud, particularmente de los médicos, e incluso, es posible determinar niveles de gravedad (25);

c) sus manifestaciones pueden detectarse con instrumentos especialmente diseñados y, además,

clasificarse y separarse de otras condiciones como el "sufrimiento mental" (85), el "estrés" (86), la "fatiga por compasión" (81) o los síndromes "de cansancio a toda hora" (*Constant Fatigue Syndrome*) (82-84) y de "fatiga crónica" (87), no relacionadas con el cáncer o la sarcopenia;

d) afecta uno o más sistemas orgánicos del ser humano, con el agravante de comprometer no solo la salud mental (32);

e) puede curarse con medios no farmacológicos o con medicamentos (88,89), lo que no previene las recaídas;

f) su presencia y las condiciones que lo propician pueden ayudar al médico a ofrecer un pronóstico, aunque este se base en la frecuencia de ocurrencia y de recaída de la enfermedad;

g) ha sido estudiado en un entorno multidisciplinario o interdisciplinario que incluye disciplinas médicas como la psiquiatría o la epidemiología clínica, y ciencias sociales como la psicología, así como las ciencias matemáticas y la bioestadística (90,91);

h) genera desequilibrio e impotencia en los sujetos, y pone en peligro el logro de sus ideales o su perfeccionamiento;

i) los profesionales y técnicos de la salud afectados trabajan por debajo de su mejor nivel de desempeño y comodidad, con lo cual puede aumentar la frecuencia de errores de juicio o de procedimiento, que pueden tener consecuencias negativas para los pacientes y sus familias, para otros usuarios y para las instituciones donde trabajan.

Dado que el agotamiento profesional se ha observado también en actividades profesionales relacionadas con la prestación de servicios de diverso tipo, como los de salud, transporte o educación, y especialmente entre profesionales y técnicos de la salud, es factible considerarlo como un problema de salud pública que puede y debe ser investigado.

Posibles líneas de investigación

Varios autores (24-27,33) han sugerido realizar investigaciones en dos sentidos: a) estudios de población sobre la distribución del agotamiento profesional por profesiones o estratos, y b) estudios sobre los procesos biológicos, la morbilidad y la mortalidad asociables al agotamiento profesional.

Estas propuestas corresponden a la noción tradicional de riesgo (78), que conlleva la de daño y de magnitud del daño (92), usualmente abordadas por la epidemiología que considera múltiples causas. No obstante, el agotamiento profesional suscita interrogantes que van más allá del tradicional establecimiento de prioridades por magnitud, gravedad o relevancia –pensadas originalmente para lidiar con enfermedades infecciosas–, y obliga a superar problemas tales como la reducción (solo un tipo de conocimiento), la rigidez secuencial (de lo básico a lo aplicado) o la visión meramente utilitarista (solo sirve lo aplicable y a la vez rentable) (93). Una alternativa puede estar en los planteamientos de otras corrientes, tales como la epidemiología social (94,95), la cual aborda los problemas de salud en función de los denominados "sistemas sociales", más que de los factores de riesgo.

Dicho en pocas palabras, no solo deben considerarse los efectos de la organización del trabajo sobre las esferas física, mental y social del sujeto, como individuo y como parte de un colectivo, sino también la forma en que está diseñado el ambiente donde pasa la mayor parte del tiempo, lo que incluye los procedimientos, el equipo, las herramientas y los sistemas que utiliza, así como las áreas donde labora, y, más importante aún, la manera de identificar y prevenir los problemas que emerjan con el tiempo, nociones estas que se encuentran en diversos planes gubernamentales de salud pública (96,97). Esta situación justifica una constante indagación sobre el tema, organizada en líneas de investigación, y un desarrollo expresado en formas novedosas de prevenir, entender y manejar el agotamiento profesional como enfermedad.

Una segunda posibilidad de investigación reside en los métodos estadísticos. La mayoría de las investigaciones sobre el agotamiento profesional se han centrado en la descripción, no en el análisis, por lo que sería necesario hacer estudios con carácter multidisciplinario y de mayor alcance en el tiempo, y usar otras herramientas, como los análisis de múltiples niveles (98), con el objetivo de caracterizar mejor el agotamiento profesional y diferenciarlo de otras entidades nosológicas.

Un tercer ámbito de investigación podría centrarse en el estudio de las consecuencias del agotamiento profesional en la fuerza laboral del sector de la salud, con el fin de explorar, evaluar e implementar medidas para su prevención (25): la mayoría de los estudios sobre el tema se ha limitado a describir la frecuencia, pero no alude a las acciones o intervenciones asumidas para su prevención y manejo.

Tampoco se han estudiado asuntos posiblemente asociables, como los costos derivados de un desempeño profesional deficiente, del ausentismo, de la rotación de los profesionales y técnicos de la salud, o de las consecuencias para la salud de los pacientes atendidos por personal aquejado de agotamiento profesional.

Por último, una cuarta línea de investigación sobre el agotamiento profesional puede abordar aspectos misceláneos, entre ellos, el carácter independiente o dependiente de las dimensiones física, emocional y laboral de la afección, su tiempo de desarrollo y su secuencia; las características emocionales relacionadas con este, por ejemplo, la frecuencia de contacto interpersonal, la seriedad de los problemas personales, así como las características del empleo, del espacio de trabajo y del entorno que influyen en su génesis y persistencia.

En suma, todavía son muchos los asuntos por debatir en torno al agotamiento profesional, y sus implicaciones en salud pública pueden ser de largo alcance. Se abre, así, una oportunidad para desarrollar la investigación en este campo, pues en términos de aseguramiento, de garantías en la prestación de los servicios de salud y de investigación y desarrollo, cabe preguntarse: ¿quién cuida a los que cuidan?

Conflicto de intereses

El autor no tiene ningún conflicto de intereses con respecto al contenido del artículo.

Financiación

El trabajo se financió con recursos propios.

Referencias

1. **Maslach C, Leiter MP.** Early predictors of job burnout and engagement. J Appl Psychol. 2008;93:498-512. http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498
2. **Freudenberger H.** Burn-out: The organizational menace. Train Develop J. 1977;31:26-7.
3. **Freudenberger H.** The issues of staff burnout in therapeutic communities. J Psychoact Drugs. 1986;18:247-51.
4. **Maslach C, Jackson S.** The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2:99-113.
5. **Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP.** Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397
6. **Berger M.** Burnout. Nervenarzt. 2013;84:789-90. http://dx.doi.org/10.1007/s00115-012-13716-1
7. **Berger M, Schneller C, Maier W.** Work, mental disorders and burnout: Concepts and developments in diagnostics, prevention and therapy. Nervenarzt. 2012;83:1364-72. http://dx.doi.org/110.1007/s00115-012-3582-x
8. **Hamann J, Parchmann A, Mendel R, Buhner M, Reichhart T, Kissling W.** Understanding the term burnout in psychiatry and psychotherapy. Nervenarzt. 2013;84:838-43. http://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3804-x
9. **Hillert A.** Burnout –a new disease? Versicherungsmedizin. 2008;60:163-9.
10. **Hoschl J.** Burnout is a myth. Eur Psych. 2013;28:1.
11. **Kapfhammer HP.** Burnout: Illness or symptom?. Der Internist. 2012;53:1276-88. http://dx.doi.org/10.1007/s00108-012-3067-9
12. **Kay M.** Rebuttal: Do we overdramatize family physician burnout?: YES. Can Fam Phys. 2012;58:e368, e370.
13. **Kay M.** Do we overdramatize family physician burnout?: YES. Can Fam Phys. 2012;58:730-2, 734-6.
14. **Keresztesi G, Lonn E.** Wrong focus in the debate on burnout. Lakartidningen. 2007;104:2446.
15. **Roberts GA.** Burnout: Psychobabble or valuable concept? Brit J Hosp Med. 1986;36:194-7.
16. **Schramm E, Berger M.** Interpersonal psychotherapy for work-related stress depressive disorders. Nervenarzt. 2013; 84:813-22. http://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3744-5
17. **Kacenelenbogen N, Offermans AM, Roland M.** Burnout of general practitioners in Belgium: Societal consequences and paths to solutions. Rev Med Brux. 2011;32:413-23.
18. **Rössler W.** Burnout: Myth or reality? Eur Psych. 2013;28:1. http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77511-4
19. **Trollope-Kumar K.** Rebuttal: Do we overdramatize family physician burnout?: NO. Can Fam Physician. 2012;58:e369, e371.
20. **Trollope-Kumar K.** Do we overdramatize family physician burnout?: NO. Can Fam Physician. 2012;58:731-3, 735-7.
21. **Brooks SK, Gerada C, Chalder T.** Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? J Mental Health. 2011;20:146-56. http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2010.541300
22. **Cebrià-Andreu J.** Comentario: distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipotesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria. 2003;31:572-4.
23. **Cebrià-Andreu J.** Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. Gac Sanit. 2005;19:470.
24. **Mateen FJ, Dorji C.** Health-care worker burnout and the mental health imperative. Lancet. 2009;374:595-7. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61483-5
25. **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 Men Health. 2012;39:341-52. http://dx.doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1
26. **Paris M Jr, Hoge MA.** Burnout in the mental health workforce: A review. J Behav Health Sci Res. 2010;37:519-28. http://dx.doi.org/10.1007/s11414-009-9202-2
27. **Rössler W.** Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. Eur Arch Psych Clin Neurosci. 2012;262: S65-9. http://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4
28. **Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E.** Burnout syndrome among critical care healthcare workers. Curr Opin Crit Care. 2007;13:482-8. http://dx.doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a

29. **Guevara CA, Henao DP, Herrera JA.** Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb Med. 2004;35:173-8.

30. **Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, *et al.*** Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US Population. Arch Int Med. 2012;172:1377-85. http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199

31. **De los Ríos JL, Barrros P, Ocampo M, Ávila T.** Desgaste profesional en personal de enfermería - Aproximaciones para el debate. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45: 493-502.

32. **Weber A, Jaekel-Reinhard A.** Burnout syndrome: A disease of modern societies? Occup Med. 2000;50:512-7.

33. **Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily L, Dhingra S, Strine TW.** Evolving definitions of mental illness and wellness. Fecha de consulta: 31 de octubre de 2013. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811514/pdf/PCD71A19.pdf.

34. **Arredondo A.** Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cad Saúde Pública. 1992;8:254-61. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005

35. **Hernández C, Orozco E, Arredondo A.** Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. Rev Salud Pública. 2012;14:315-24. http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642012000200012

36. **Porter D.** Social science and the quantitative analysis of health. Health, Civilization and the State. New York: Routledge; 1999. p. 63-76.

37. **van Hyde HZ.** A tribute to Andrija Stampar, 1888-1958. Am J Pub Health. 1958;48:1578-82.

38. **WHO.** World Health Organization. BMJ. 1948;2:302-3.

39. **Shimkin MB.** The World Health Organization. Science. 1946;104:281-303. http://dx.doi.org/10.1126/science.104.2700.281

40. **Terris M.** Approaches to an epidemiology of health. Am J Pub Health. 1975;65:1037-45.

41. **Gómez A, Eslava JC, Camacho S.** Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia. Integral. Bogotá, D.C.: ACEMI; 2006. p. 19-53.

42. **Tarlov AR.** Public policy frameworks for improving population health. Ann New York Acad Sci. 1999;896:281-93. http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x

43. **Scully JL.** What is a disease? EMBO Rep. 2004;5:650-3. http://dx.doi.org/10.1038/sj.embor.7400195

44. **Dieleman M, Hammeijer JW.** Improving health worker performance: In search of promising practices. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 5-34.

45. **Chicaíza L, Gamboa O, García M.** Instructivo para la incorporación de la evaluación económica en guías de práctica clínica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Económicas; 2011.

46. **Illich I.** Medical nemesis - the expropiation of health. New York: Pantheon Books; 1976. p. 35-75.

47. **Moynihan R, Heath I, Henry D.** Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886-91. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.88

48. **Congreso de la República de Colombia.** Ley por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 (enero 19). Bogotá, D.C.: Congreso de la República; 2011.

49. **Franco LM, Bennett S, Kanfer, R.** Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework. Soc Sci Med. 2002;54:1255-66.

50. **Joint Learning Initiative.** Human resources for health –overcoming the crisis. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 13-40.

51. **Malagón G.** Responsabilidad y cobertura de la salud pública. En: Malagón G, Galán R, editores. La salud pública - Situación actual, propuestas y recomendaciones. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 15-36.

52. **Gómez RD.** La noción de "salud pública": consecuencias de la polisemia. Rev Fac Nac Salud Pub. 2002;20:101-16.

53. **Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Valverde C.** La sanidad está en venta (y también nuestra salud). Barcelona: Icaria Editorial S. A.; 2012. p. 32-33.

54. **Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH.** Essential public health functions: Results of the international Delphi study. World Health Stat Q. 1998;51:44-54.

55. **Álvarez E.** Las funciones esenciales de salud pública y su medición. Biomédica. 2002;22:445-6.

56. **Feo O.** La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pub. 2004;22:61-71.

57. **Gebbie KM, Weist EM, McElligott JE, Biesiadecki LA, Gotsch AR, Keck CW, *et al.*** Implications of preparedness and response core competencies for public health. J Publ Health Manag Pract. 2013;19:224-30. http://dx.doi.org/10.1097/PHH.0b013e318254cc72

58. **Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larrieu M, *et al.*** Las funciones esenciales de la salud publica: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. 2000;8:126-34. http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700017

59. **Suárez-Conejero J, Godue C, García-Gutiérrez JF, Magaña-Valladares L, Rabionet S, Concha J, *et al.*** Competencias esenciales en salud publica: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2013;34:47-53.

60. **Rutstein DD.** The principle of the sentinel health event and its application to the occupational diseases. Arch Environ Health. 1984;39:158.

61. **Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP.** Sentinel health events (occupational): A basis for physician recognition and public health surveillance. Am J Pub Health. 1983;73:1054-62.

62. **Roth E, Pinto B.** Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. Ajayu. 2010;8:62-100.

63. **Schwartz MS, Will GT.** Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. Psychiatry. 1953;16:337-53.

64. **Bradley HB.** Community-based treatment for young adult offenders. Crime and Delinquency. 1969;15:359-70. http://dx.doi.org/10.1177/001112876901500307

65. **Pines AM, Kanner AD.** Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1982;20:30-5.

66. **Gálvez M, Moreno B, Mingote JC.** El desgaste profesional: concepto y evaluación. El desgaste profesional del médico - Revisión y guía de buenas prácticas. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2009. p. 1-70.

67. **Buunk B, Schaufeli W.** A perspective from social comparison theory. In: Schaufeli W, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis; 1993. p. 53-69.

68. **Gil-Monte PR.** El sindrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005. 192 p.

69. **Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J.** Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2006:CD002892. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub2

70. **van Wyk BE, Pillay-van Wyk V.** Preventive staff-support interventions for health workers. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD003541. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003541.pub2

71. **Bausela E, Gil-Monte PR.** El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). An Psicol. 2005;21:345-6.

72. **Rakovec-Felser Z.** Professional burnout as the state and process –what to do? Coll Anthropol. 2011;35:577-85.

73. **Castel R.** From manual workers to wage laborers. New Brunswick: Transaction Publishers; 2003. p. 369-379.

74. **Canguilhem G**. The normal and the pathological. New York: Zone Books; 1998. p. 181-202.

75. **Agudelo CA, Castaño JJ, Arango CA, Durango LA, Muñoz V, Ospina A, *et al.*** Prevalencia y factores psicosociales asociados al síndrome de burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y La Virginia (Colombia) 2011. Arch Med (Manizales). 2011;11:91-100.

76. **Correa Z, Muñoz I, Chaparro AF.** Síndrome de burnout en docentes de dos universidades de Popayán, Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2010;12:589-98. http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000400006

77. **Restrepo-Ayala NC, Colorado-Vargas GO, Cabrera-Arana GA.** Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Rev Salud Pública (Bogotá). 2006;8:63-73. http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642006000100006

78. **Porta M.** A dictionary of epidemiology. 5th edition. New York: Oxford University Press; 2008. 68 p.

79. **Lahelma E.** Health and social stratification. In: Cockerham WC, editor. The New Blackwell companion to medical sociology. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2010. p. 71-96.

80. **Siegrist J.** Stress in the workplace. In: Cockerham WC, editor. The New Blackwell companion to medical sociology. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2010. p. 268-88.

81. **Slatten LA, David Carson K, Carson PP.** Compassion fatigue and burnout: What managers should know. Health Care Manag (Frederick). 2011;30:325-33. http://dx.doi.org/10.1097/HCM.0b013e31823511f7

82. **Harvey SB, Wessely S.** Tired all the time: Can new research on fatigue help clinicians? Br J Gen Pract. 2009;59:237-9. http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X420284

83. **Ridsdale L.** Tired all the time. BMJ. 1991;303:1490-1.

84. **Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, Mandalia S, Osler K, Vora H.** Patients with fatigue in general practice: A prospective study. BMJ. 1993;307:103-6.

85. **Breilh J.** Trabajo hospitalario, estres y sufrimiento mental. Salud Prob. 1993;23:21-37.

86. **Novoa MM, Nieto C, Forero C, Palma M, Montealegre MP, Bayona M, *et al.*** Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Univ Psychol. 2005;4:63-75.

87. **Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, van Alphen-Jager JT, van der Weijden T, Dinant GJ, *et al.*** Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: What does it yield? Results of the VAMPIRE trial. Br J Gen Pract. 2009;59:e93-e100. http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X420310

88. **Davies WR.** Mindful meditation: Healing burnout in critical care nursing. Holist Nurs Pract. 2008;22:32-6. http://dx.doi.org/10.1097/01.HNP.0000306326.56955.14

89. **Calabrese G.** Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev Col Anestesiol. 2006;34:233-40.

90. **Schaufeli W, Buunk B.** Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: Shabracq MJ, Winnbust JAM, Cooper CL, editors. The handbook of work and health psychology. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2003. p. 383-424.

91. **Schaufeli W, Leiter MP, Maslach C.** Burnout: 35 years of research and practice. Car Dev Int. 2009;14:204-20.

92. **Iltis AS, Misra S, Dunn LB, Brown GK, Campbell A, Earll SA, *et al.*** Addressing risks to advance mental health research. JAMA Psychiatry. 2013;70;1363-71. http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2105

93. **Agudelo CA, de la Hoz F, Mojica MJ, Eslava JC, Robledo R, Cifuentes P, *et al.*** Prioridades de investigación en salud en Colombia: perspectiva de los investigadores. Rev Salud Pública (Bogotá). 2009;11:301-9. http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000200014

94. **Oakes JM.** Causal inference and the relevance of social epidemiology. Soc Sci Med. 2004;58:1969-71. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.05.001

95. **Oakes JM, Kaufman JS.** Introduction: Advancing methods in social epidemiology. In: Oakes JM, Kaufman JS, editors. Methods in social epidemiology. San Francisco: John Wiley & Sons; 2006. p. 3-20.

96. **United States Department of Health and Human Services.** Advancing the nation's health: A guide to public health research needs, 2006-2015. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2006. p. 62-64.

97. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.- Resolución 1841 de 2013 (mayo 28). Bogotá, D.C.: Minprotección; 2013.

98. **Díez-Roux AV.** Multilevel analysis in public health research. Ann Rev Pub Health. 2000;21:171-92. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.171