

**Factores Desencadenantes del Síndrome de Burnout en Trabajadores de Unidades de
Cuidados Intensivos en Colombia: Monografía de Revisión de alcance**

Yurany González Madero

**Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Seguridad y Salud en el
Trabajo**

Director

Zuly Janeth Cortés Zabala

Especialista en Salud ocupacional

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ingenierías y Arquitecturas

Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo

2026

Dedicatoria

A Dios, fuente de fortaleza en cada paso de este camino.

A mis padres, cuyo ejemplo de entrega, constancia y amor han guiado mi formación personal y profesional a lo largo de mi vida.

A mi hija, inspiración profunda y razón de cada esfuerzo.

A Fabi, por su acompañamiento incondicional, su apoyo y su confianza permanente en mí.

Y de manera especial, al sector salud, al que pertenezco, cuyo compromiso, valentía y vocación de servicio inspiran este trabajo y dignifican la labor de cuidar la vida en contextos más complejos.

Contenido

Introducción.....	14
1. Factores Desencadenantes del Síndrome de Burnout en Trabajadores de Unidades de Cuidados Intensivos en Colombia: Monografía de Revisión de alcance	15
1.1 Problema identificado.....	15
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos.....	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
2. Marco referencial	18
2.1 Antecedentes	18
2.1.1 Internacionales.....	18
2.1.2 Nacionales	18
2.1.3 Locales	20
2.2 Marco teórico	20
2.2.1 Definición.....	20
2.2.2 Marco explicativo: Modelo Demandas-Recursos (JD-R).....	21
2.2.3 Factores personales	21
2.2.4 Factores organizacionales y del entorno de trabajo	22
2.2.5 Manifestaciones	22
2.2.6 Consecuencias para la salud del trabajador.....	22

FACTORES DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	4
2.2.7 Consecuencias para la seguridad del paciente y la calidad asistencial	23
2.2.8 Líneas de intervención y prevención	23
2.3 Marco conceptual	24
2.3.1 Maslach	24
2.3.2 Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R)	24
2.3.3 Prisma	24
2.3.4 MBI para Síndrome de Burnout	24
2.4 Marco legal	25
2.5 Marco normativo	27
3. Diseño metodológico.....	28
3.1 Alcance	29
3.2 Propuesta Metodológica	29
3.2.1 Diagnóstico situacional.....	29
3.2.2 Análisis de brechas	30
3.2.3 Desarrollo de soluciones	30
3.2.4 Plan de desarrollo de la revisión de alcance.....	31
3.2.5 Presupuesto.....	32
3.3 Universo, población y muestra.....	32
3.4 Aspectos éticos.....	34
4. Desarrollo	34
4.1 Fase de planeación y formulación del protocolo.....	35

4.2. Estrategia de búsqueda de la literatura (2020–2024)	36
4.3. Cribado y selección de estudios	36
4.3.1. Cribado por título y resumen.....	36
4.3.2. Evaluación de texto completo	37
4.4. Extracción de datos.....	37
4.5. Análisis y síntesis temática	38
4.5.1. Análisis de factores desencadenantes	38
4.5.2. Análisis de manifestaciones y consecuencias	39
4.5.3. Análisis de estrategias organizacionales	39
4.6. Redacción, revisión cruzada y validación.....	39
4.7. Síntesis final y socialización	39
5. Lecciones aprendidas	39
6. Conclusiones	40
Referencias	42
Apéndices	47

Lista de tablas

Tabla 1. *Plan de desarrollo de la revisión de alcance*27

Tabla 2. *Presupuesto para el desarrollo* 28

Lista de figuras

Figura 1. *Diagrama prisma SCR*..... 31

Lista de apéndices

Apéndice A. *Estrategia de búsqueda (PRISMA)*

Apéndice B. *Conteos Prisma y Motivos de Exclusión*

Apéndice C. *Archivo donde se realizó el cribado y los conteos PRISMA*

Resumen

Este estudio tiene como objetivo identificar y comprender los factores desencadenantes del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal asistencial de las unidades de cuidado intensivo en Colombia, a partir de la literatura publicada entre 2020 y 2024. El burnout, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, afecta gravemente la salud de los trabajadores. Se revisaron artículos originales y revisiones sistemáticas en repositorios científicos, encontrando prevalencias cercanas al 50% en el personal de UCI, con factores asociados a la sobrecarga laboral, la exposición continua a situaciones críticas y las estrategias de afrontamiento insuficientes. Los resultados evidencian que este síndrome compromete directamente el bienestar emocional del trabajador, la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los recursos del sistema de salud, lo cual resalta la necesidad de favorecer la creación de estrategias de prevención e intervención en este entorno laboral.

Palabras Clave: síndrome de burnout, cuidados intensivos, factores de riesgo psicosocial

Abstract

This study aims to identify and understand the triggers of Burnout syndrome in healthcare personnel of intensive care units (ICUs) in Colombia, based on literature published between 2020 and 2024. Burnout, characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment, seriously affects worker health. Original articles and systematic reviews from scientific repositories were reviewed, finding prevalence rates close to 50% in ICU staff, with factors associated with work overload, continuous exposure to critical situations, and insufficient coping strategies. The findings show that this syndrome directly compromises the emotional well-being of the worker, patient safety, and the sustainability of health system resources, highlighting the need to promote prevention and intervention strategies in this workplace environment.

Keywords: burnout syndrome, intensive care units, psychosocial risk factors

Glosario

Agotamiento emocional: dimensión central del síndrome de burnout, descrita como una sensación de energía, agotamiento o agotamiento de los recursos físicos y emocionales, derivada de una carga laboral crónica que no ha sido gestionada con éxito. (Organización Mundial de la salud [OMS], 2019).

Ambiente de trabajo: conjunto de condiciones, fuerzas y estímulos internos que rodean al trabajador en su contexto laboral, integrando elementos físicos (infraestructura, temperatura, ergonomía) y dimensiones psicológicas y sociales (clima, apoyo y estructura organizacional). (Uribe Prado, 2016).

Apoyo organizacional: percepción del respaldo institucional al trabajador (Bakker & Demerouti, 2007).

Carga laboral: conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se somete un trabajador durante su jornada, abarcando tanto el esfuerzo físico como las exigencias cognitivas y emocionales. En el contexto asistencial, el exceso de estos requerimientos sin periodos de recuperación adecuados conduce al agotamiento y reduce la seguridad en la atención, cantidad y complejidad de tareas asignadas en un período de tiempo. (Organización Internacional del Trabajo [OIT], s.f.).

Clima organizacional: percepciones compartidas por los miembros de una institución respecto a las políticas, prácticas y procedimientos, tanto formales como informales, que configuran su ambiente laboral. (Uribe Prado, 2016).

Conflicto de rol: percepción de exigencias laborales que son incompatibles entre sí, o cuando el desempeño de una tarea dificulta el cumplimiento de otra, generando tensión y ambigüedad. (Uribe Prado, 2016).

Demandas laborales: requerimientos físicos, emocionales y cognitivos del trabajo (Bakker & Demerouti, 2007).

Depersonalización: distanciamiento emocional y trato impersonal (Maslach et al., 2001).

Estrategias organizacionales conjunto de acciones planificadas para alinear los recursos y el talento humano con el fin de mejorar el bienestar y la productividad. (Organización Mundial de la salud [OMS], 2019).

Estrés laboral crónico: respuesta fisiológica y psicológica prolongada ante la exposición continua a estresores en el lugar de trabajo que superan las capacidades de afrontamiento del individuo. (Organización Mundial de la salud [OMS], 2019).

Modelo demandas–recursos laborales (jd-r): marco que explica burnout por desbalance demandas–recursos (Bakker & Demerouti, 2007).

Presentismo: acción de asistir al centro de trabajo estando enfermo o careciendo de la plenitud de facultades físicas o psicológicas para desempeñar las funciones de manera óptima, lo que resulta en una disminución sustancial de la productividad y un aumento del riesgo de errores clínicos. (Uribe Prado, 2016).

Riesgo psicosocial: se refiere a aquellas condiciones presentes en una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, las cuales tienen la capacidad de afectar tanto el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador como el desarrollo de su labor. (Organización Internacional del Trabajo [OIT], s.f.).

Rotación de personal: fluctuación de trabajadores entre una organización y su entorno, manifestada a través del volumen de ingresos y salidas de empleados en un periodo determinado. (Uribe Prado, 2016).

Síndrome de burnout: fenómeno ocupacional derivado del estrés crónico no gestionado (Organización Mundial de la salud [OMS], 2019).

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos, área hospitalaria diseñada para la atención de pacientes con patologías críticas que presentan un riesgo real o potencial para la vida y requieren monitoreo continuo y soporte orgánico avanzado. (Organización Internacional del Trabajo [OIT], s.f.).

Introducción

El síndrome de burnout (SBO) es una condición ocupacional caracterizada por desgaste emocional, despersonalización y disminución de la percepción de eficacia profesional, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) como un problema de salud laboral. En las unidades de cuidado crítico (UCI), la complejidad clínica de los pacientes, la elevada carga asistencial y la exposición constante al sufrimiento generan demandas laborales que, según el modelo de demandas y recursos laborales (JD-R) de Bakker y Demerouti (2007), desencadenan procesos de desgaste cuando superan la autonomía y el apoyo institucional disponibles. La literatura publicada entre 2020 y 2024 evidencia una alta prevalencia de burnout en personal de UCI, asociada a sobrecarga cognitiva, física y tecnológica, dilemas éticos frente a la muerte y precariedad en los sistemas de salud, comprometiendo tanto el bienestar emocional de los trabajadores como la seguridad asistencial. En Colombia, la ausencia de datos oficiales y de una síntesis integral que articule los factores personales, organizacionales y contextuales limita la generación de estrategias efectivas de prevención y mitigación. Por ello, la presente revisión genera un impacto significativo en el personal asistencial de las unidades de cuidado crítico en Colombia al proporcionar una base científica que contribuya a generar estrategias organizacionales que logren mitigar el síndrome de burnout, garantizando el bienestar integral de los trabajadores y su eficiencia operativa, mientras que las entidades prestadoras de salud mejoran sus indicadores de atención segura, evitando el colapso del servicio crítico en Colombia.

1. Factores Desencadenantes del Síndrome de Burnout en Trabajadores de Unidades de Cuidados Intensivos en Colombia: Monografía de Revisión de alcance

1.1 Problema identificado

En la actualidad no existen datos oficiales consolidados en Colombia sobre la prevalencia de este fenómeno, ni una síntesis actualizada que articule de manera integral los factores personales, organizacionales y contextuales reportados en la literatura. No obstante a partir de su reconocimiento en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11), se ha evidenciado un incremento en el número de investigaciones de esta condición en todos los ámbitos intrahospitalarios y extrahospitalarios en nuestro país. Estudios recientes han reportado prevalencias cercanas al 50% en el personal de UCI en ciudades como Pereira, Armenia y Pasto (Giraldo Ocampo, 2024)

Estos hallazgos evidencian que pese a los avances en el conocimiento del síndrome de burnout en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) persiste una clara vulnerabilidad de los elementos que lo desencadenan, lo que dificulta la generación de orientaciones prácticas a nivel institucional y limita la implementación de intervenciones efectivas enfocadas a la prevención y a la mitigación de este síndrome en el personal asistencial de las unidades de cuidado crítico en Colombia.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores desencadenantes y las manifestaciones clínicas del síndrome de burnout en el personal asistencial de las unidades de cuidados intensivos en Colombia?

1.3 Justificación

El Síndrome de desgaste profesional representa un problema de salud ocupacional progresivo, especialmente en los trabajadores de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en Colombia. La pertinencia de realizar un análisis exhaustivo de los factores desencadenantes de este síndrome, utilizando la evidencia publicada entre 2020 y 2024 en Colombia, radica en la evolución de esta condición en un contexto marcado por constantes desafíos sanitarios.

El síndrome de burnout ya no representa una problemática individual, sino que se ha convertido en un tema de salud pública, especialmente en ambientes hospitalarios de alta demanda como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Su impacto sobre la salud física, emocional y mental de los profesionales de la salud afecta la calidad de vida del personal, comprometiendo la integridad de los pacientes y el funcionamiento del sistema de salud.

Esta realidad recalca la necesidad de investigar y comprender a fondo los factores que desencadenan el síndrome en estudio y sus consecuencias en el personal asistencial de las unidades de cuidado crítico en Colombia.

A partir de la presente revisión de estudios publicados entre 2020 y 2024 en Colombia, podremos mapear la evidencia disponible, demarcar los conceptos clave y generar conocimiento de vanguardia que sirva como base sólida para desarrollar estrategias de prevención y detección temprana, promover un entorno laboral saludable, mejorar el bienestar del personal asistencial, desarrollar intervenciones efectivas que salvaguarden la integridad del paciente en las unidades de cuidado crítico.

En resumen, identificar los factores que predisponen este síndrome en el personal asistencial de las unidades de cuidado crítico en Colombia resulta necesario para fomentar

intervenciones organizacionales y liderazgos que prioricen la viabilidad a largo plazo de uno de los servicios más críticos en la medicina moderna.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar los factores desencadenantes del Síndrome de burnout en el personal asistencial de Cuidados Intensivos a partir de la evidencia publicada de 2020 a 2024 en Colombia.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar los factores individuales, organizacionales y contextuales asociados al desarrollo del síndrome de burnout en el personal asistencial de las Unidades de Cuidados Intensivos, a partir de la literatura científica publicada entre 2020 y 2024 en Colombia.

Describir las manifestaciones clínicas y las consecuencias del síndrome de burnout en el personal asistencial de las Unidades de Cuidados Intensivos, citada en los estudios publicados entre 2020 a 2024 en Colombia.

Analizar las líneas de acción organizacionales reportadas para la prevención y el abordaje del síndrome de burnout en contextos hospitalarios, según la literatura científica publicada entre 2020 y 2024 en Colombia.

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

En el ámbito global, diversos estudios permiten comprender la magnitud del síndrome de burnout en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Papazian et al. (2023), mediante un metaanálisis de estudios observacionales en UCI adultos, identificaron prevalencias elevadas del síndrome de burnout, con alrededor de 41% en médicos y 44% en enfermeras, empleando criterios estandarizados para consolidar datos de múltiples contextos hospitalarios.

De forma complementaria, Ramírez-Elvira et al. (2021) realizaron una revisión sistemática enfocada en el personal de enfermería de UCI, donde se documentó un incremento crítico en los niveles de agotamiento laboral a nivel global, durante la crisis sanitaria por COVID19, alcanzando 61%, en comparación con el 37% previo a la pandemia, bajo la óptica de el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Así mismo, diversas revisiones recientes, como la de Li et al. (2024), han analizado las dimensiones del MBI y confirman la relación entre el agotamiento profesional y los desenlaces adversos en la atención sanitaria, reforzando la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo psicosocial en entornos críticos.

2.1.2 Nacionales

En el ámbito nacional, distintas investigaciones han abordado este síndrome en los profesionales de salud, proporcionando referentes útiles para ejercicios de consultoría en riesgo psicosocial. Giraldo Ocampo y Cristian camilo (2021), desde la Universidad tecnológica de Pereira, realizaron un estudio descriptivo transversal del síndrome de burnout en profesionales de

la salud en seis unidades de cuidado crítico pertenecientes a IPS en ciudades como Pereira, Pasto y Armenia en Colombia durante el 2021, mediante una revisión narrativa de literatura orientada a establecer la ocurrencia de este síndrome en dicho personal.

Realizando encuestas digitales durante el segundo y tercer trimestre de 2021, la herramienta de recolección de datos constaba de preguntas laborales y sociodemográficas, adicionalmente se realizó la distribución digital del MBI (Maslach Burnout inventory), utilizando los grupos institucionales de Whatsapp como canal principal, con la finalidad de participar de manera voluntaria y anónima, evitando el efecto de la subordinación.

Los autores identificaron que la optimización de condiciones laborales que permiten a los trabajadores dedicar mayor tiempo a las actividades propias como el ocio y la familia, junto con una remuneración laboral adecuada podrían generar un ambiente protector contra el desarrollo del síndrome de Burnout.

Es necesario el desarrollo y la puesta en marcha de herramientas adicionales que faciliten la identificación temprana de aquellos individuos en riesgo de desarrollar este síndrome, con el fin de evitar afectaciones a nivel del personal de salud que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

Los resultados señalan que las jornadas extensas, la sobrecarga laboral y las demandas emocionales intensificadas por la pandemia son factores críticos que incrementan la aparición del síndrome y deterioran los estándares de la atención.

Por lo tanto, resulta urgente fomentar el desarrollo de estudios encaminados a generar estrategias organizacionales que protejan el bienestar del personal asistencial de las unidades de cuidados intensivos en Colombia. Esta acción favorece la mitigación de los riesgos derivados del entorno crítico.

2.1.3 Locales

En el ámbito local, particularmente en Antioquia, no se han desarrollado trabajos que abarquen en su totalidad el equipo interdisciplinario de las unidades de cuidado crítico. La bibliografía encontrada quebranta la investigación enfocándose en el gremio de enfermería y de médicos especialistas. Esta brecha en la evidencia local imposibilita comprender el efecto de este síndrome en todos los actores de la UCI incluyendo terapeutas respiratorios, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería, quienes comparten la misma carga laboral crítica .

Como indican Colbenson et al. (2021), la valoración de las opiniones de todo el equipo interdisciplinario es crucial para mitigar el burnout.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Definición

El burnout es una respuesta sostenida al estrés ocupacional persistente, caracterizada por tres componentes: fatiga extrema, pérdida de empatía y disminución de la eficacia profesional. Esta conceptualización, ampliamente aceptada en la literatura, enmarca el fenómeno en la relación individuo-trabajo y sustenta su medición y abordaje organizacional. Maslach et al. (2001).

La Organización Mundial de la Salud (2022), en su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11) define el síndrome de burnout como “fenómeno ocupacional” (no enfermedad), demarcándolo estrictamente al contexto laboral y describiéndolo como el resultado de estrés de trabajo no gestionado.

La presencia de burnout repercute negativamente el estado de salud y el bienestar de los profesionales de las unidades de cuidado crítico en Colombia. En consecuencia, es imperativo conocer sus factores desencadenantes con el propósito de motivar el desarrollo y la implementación de estrategias que tengan un impacto positivo en la salud del trabajador, en la

calidad del cuidado, la integridad del paciente y la gestión de los recursos en las entidades sanitarias (Kleinpell et al., 2020).

2.2.2 Marco explicativo: Modelo Demandas-Recursos (JD-R)

Bakker y Demerouti (2007) proponen el Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R) como un marco teórico que ofrece una estructura integral para comprender el SBO en UCI. Identificando dos ejes: El primero destaca el proceso del deterioro de la salud, por el cual altas demandas (carga, demandas emocionales, conflicto de rol, turnos extensos) consumen recursos psicofisiológicos y conducen al agotamiento; y el segundo es el proceso motivacional, por el cual recursos como (autonomía, apoyo del liderazgo/equipo, feedback, reconocimiento) fomentan engagement y mejor desempeño.

2.2.3 Factores personales

- Estrategias de afrontamiento inadecuadas (evitación, negación, consumo de sustancias): Dificultan la regulación del estrés, incrementan el riesgo de agotamiento y deterioran la autoeficacia profesional (Ahola, et al., 2014).
- Estrés emocional y exposición a la muerte y al sufrimiento: La confrontación cotidiana con resultados negativos y eventos críticos propios de UCI favorece el agotamiento emocional y la despersonalización (Ramírez-Elvira et al., 2021).
- Monotonía y pérdida de significado: Tareas repetitivas y percepción de escaso propósito se asocian a cinismo, con efectos sobre el compromiso y la calidad del cuidado (Maslach et al., 2001).
- Autonomía y control: La baja capacidad de decisión y la ambigüedad en los roles elevan la tensión y el agotamiento, especialmente bajo cargas laborales altas (Bakker & Demerouti, 2007).

2.2.4 Factores organizacionales y del entorno de trabajo

- Cultura y clima organizacional: Entornos que no promueven bienestar, comunicación efectiva y aprendizaje continuo incrementan la despersonalización y reducen la eficacia en el desempeño de sus funciones (Maslach et al., 2001).
- Dotación, carga y turnos: La sobrecarga laboral, la dotación insuficiente y los turnos rotativos nocturnos son detonantes en áreas críticas como la UCI y se asocian con picos de agotamiento (Sasidharan & Dhillon, 2021)
- Flexibilidad laboral: La rigidez horaria incrementa el estrés, mientras que la autonomía y el rediseño de turnos actúan como factores mitigantes del síndrome de burnout (Bakker & Demerouti, 2007).
- Relaciones y apoyo: Conflictos interprofesionales, comunicación deficiente y bajo apoyo del liderazgo se asocian con mayor despersonalización (Maslach et al., 2001).
- Reconocimiento y recursos: La ausencia de reconocimiento (emocional y material) y la escasez de insumos aceleran la aparición del síndrome (Papazian et al., 2023).

2.2.5 Manifestaciones

El SBO se expresa típicamente en tres dimensiones: agotamiento emocional (fatiga intensa y sostenida), despersonalización o cinismo (distanciamiento afectivo y trato impersonal) y baja realización profesional (ineficacia y autoestima profesional disminuida), con impacto en el desempeño y la relación terapéutica (Maslach et al., 2001).

2.2.6 Consecuencias para la salud del trabajador

La respuesta inicial al estrés ocupacional prolongado es el desgaste emocional, que se presenta con cansancio físico, carencia de energía para enfrentar escenarios estresantes e intención de abandonar el puesto de trabajo (Alhenaidi et al., 2023).

El fenómeno de la despersonalización, asociado a la deshumanización, se manifiesta con la percepción de ineficacia para gestionar las tareas cotidianas y la reducción de la satisfacción por los éxitos profesionales. Este fenómeno produce un distanciamiento afectivo emocional que afecta los vínculos laborales y el entorno organizacional (Maslach et al., 2001).

Entre las manifestaciones adicionales se incluyen la ansiedad, el incremento de la irritabilidad, la pérdida de motivación, la disminución de objetivos laborales y compromiso con los resultados, la alienación, las conductas egoístas, la percepción de incompetencia profesional y un bajo nivel de logro. Estas condiciones derivan en infelicidad e insatisfacción con su desempeño, lo que a su vez conduce a un menor sentido de eficacia, de éxito y de habilidad para relacionarse (Maslach et al., 2001).

2.2.7 Consecuencias para la seguridad del paciente y la calidad asistencial

La evidencia científica ha demostrado que la presencia de dificultades en el contexto laboral aumenta el número de errores asistenciales y favorece el deterioro de la relación médico-paciente, debilitando de esta manera la cultura de seguridad y el debido cumplimiento de los protocolos de atención (Jun et al., 2024).

2.2.8 Líneas de intervención y prevención

Bakker y Demerouti (2007) sostienen que a la luz del JD-R, las intervenciones multinivel integran el rediseño del trabajo (dimensionamiento, balance de cargas, pausas estructuradas, rotación de tareas), gestión de turnos (predictibilidad, límites a nocturnidad consecutiva, recuperación entre turnos), liderazgo de apoyo y reconocimiento, apoyo psicosocial, desarrollo de capacidades (afrentamiento, regulación emocional, higiene del sueño), y la medición continua (MBI, clima/seguridad) con procesos de retroalimentación.

Estas intervenciones preventivas influyen positivamente en la salud y el bienestar de los profesionales, mejorando la calidad de la atención, la seguridad del paciente y reduciendo los costos económicos de manera efectiva. Por lo tanto, este estudio facilita las bases teóricas para poder implementar a futuro programas preventivos dirigidos a los profesionales de las unidades de cuidado intensivo en Colombia (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2020).

2.3 Marco conceptual

Términos: clima organizacional, rotación de personal, Prisma y MBI.

2.3.1 Maslach

Instrumento psicométrico más utilizado a nivel mundial para medir el síndrome de burnout. Identifica tres componentes clásicos: fatiga emocional, despersonalización y percepción reducida de eficacia profesional.

2.3.2 Modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R)

Basado en Bakker y Demerouti (2007), explica cómo el exceso de demandas (cargas de trabajo en UCI) y la falta de recursos generan el desgaste.

2.3.3 Prisma

Guía basada en evidencia que establece un conjunto mínimo de requisitos para asegurar que las revisiones sistemáticas se publiquen con total transparencia y claridad.

2.3.4 MBI para Síndrome de Burnout

Instrumento de referencia mundial con evidencias de validez y confiabilidad que mide el síndrome de burnout.

2.4 Marco legal

El abordaje jurídico del síndrome de burnout en Colombia no se presenta como una categoría diagnóstica explícita dentro de la legislación laboral. Sin embargo, el ordenamiento establece un marco normativo robusto sobre riesgos psicosociales laborales, dentro del cual el síndrome en estudio se entiende como el resultado de la gestión ineficaz del estrés laboral sostenido y por tanto es objeto de prevención, vigilancia e intervención desde el Sistema General de Riesgos Laborales.

El marco normativo inicial lo constituye la Resolución 2646 de 2008, expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social (2008), que fija los lineamientos para la detección, valoración, prevención, intervención y seguimiento de los factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral. Aunque la norma no menciona el síndrome de burnout de manera explícita, sí regula los factores organizacionales, extralaborales e individuales asociados a la aparición de trastornos derivados del estrés prolongado. De esta manera, el síndrome de burnout queda cubierto de forma indirecta al ser consecuencia del estrés ocupacional crónico y de la exposición sostenida a demandas psicosociales adversas.

En desarrollo de este marco, el Ministerio del Trabajo (2019) expidió la Resolución 2404 de 2019, la cual fue más tarde derogada y reemplazada por la Resolución 2764 de 2022. Esta última disposición, emitida también por el Ministerio del Trabajo (2022), establece la adopción oficial de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial y los protocolos específicos de intervención. Esta regulación fortaleció el enfoque de vigilancia al requerir que todas las organizaciones implementaran procesos sistemáticos de evaluación del riesgo psicosocial basados en instrumentos validados en el país, integrando aspectos como carga mental, condiciones del entorno y exposición al estrés laboral. Aunque no se nombra específicamente el síndrome de

burnout, se establece una ruta metodológica que permite su detección temprana e intervención institucional, particularmente en entornos de alta exigencia como el de la salud. (Ministerio del Trabajo, 2019; 2022).

Como complemento, la Ley de 1616 de 2013, expedida por el congreso de la republica (2013) orientada a la promoción del bienestar psicológico en el ámbito laboral y estableciendo la responsabilidad a las Administradoras de Riesgos Laborales de llevar acciones constantes de prevención del trastorno mental ocupacional y monitoreo de los factores psicosociales. La norma constituye un respaldo conceptual y operativo para programas de prevención del síndrome de burnout, al considerarlo parte del espectro de afectaciones derivadas del estrés laboral crónico (Ley 1616 de 2013), citada en Resolución 2404 de 2019).

Asimismo, la Ley 1562 de 2012, expedida por el congreso de la republica (2012) transforma el Sistema General de Riesgos Laborales, amplía el reconocimiento de los riesgos psicosociales e incorpora el deber de las empresas de implementar el fomento de la salud y la mitigación de riesgos orientados al cuidado de la salud mental de los trabajadores. Desde este enfoque, el síndrome de burnout se entiende como una consecuencia prevenible del estrés ocupacional, lo que legitima su tratamiento dentro de los programas de seguridad y salud en el trabajo.

Finalmente, la política pública reciente enfatiza la detección y manejo oportuno de manifestaciones como depresión, ansiedad y agotamiento profesional, integrándolas en estrategias preventivas y de atención interdisciplinaria. Aunque no existe una norma que declare el síndrome de burnout como entidad independiente, su tratamiento institucional está plenamente respaldado por el conjunto normativo que regula los riesgos psicosociales en el sitio de trabajo y el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

2.5 Marco normativo

El marco legal y normativo que sustenta la presente revisión integra tanto lineamientos internacionales como disposiciones nacionales orientadas a la gestión del riesgo psicosocial y a la prevención del síndrome de burnout como fenómeno estrictamente ocupacional. El estándar más relevante es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (2022) que valida este padecimiento como una condición asociado exclusivamente al contexto laboral, resultado de un estrés crónico no gestionado, y caracterizado por agotamiento físico, desconexión emocional con el entorno laboral y disminución del sentimiento de eficacia profesional (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este reconocimiento constituye la base conceptual para que los sistemas de gestión lo integren dentro del riesgo psicosocial y establezcan estrategias de evaluación, monitoreo e intervención.

A nivel operativo, el país adopta este enfoque mediante la Resolución 2764 de 2022, expedida por el ministerio del trabajo (2022) que actualiza y reglamenta la evaluación del riesgo psicosocial en Colombia. Esta resolución establece el uso obligatorio de instrumentos validados, entre ellos la Batería de Riesgo Psicosocial, lo que garantiza un proceso estandarizado de identificación y análisis de condiciones que pueden originar estrés laboral crónico y, por extensión, síndrome de burnout. Asimismo, esta normativa incorpora referencias técnicas provenientes de estándares internacionales en bienestar y seguridad clínica, incluyendo los lineamientos de la Joint Commission International, que abordan el bienestar del personal como componente crítico de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

En el plano de los estándares internacionales de gestión, el marco legal se articula con normas ampliamente adoptadas en el ámbito organizacional, como la ISO 45001:2018, emitida por la Organización Internacional de Normalización (2018), que define las directrices para

estructurar los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo el control de riesgos psicosociales; la ISO 31000, que define principios y directrices para la gestión del riesgo (Organización Internacional de Normalización, 2018); y la ISO 9001, que establece los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad con un enfoque preventivo basado en riesgos (Organización Internacional de Normalización, 2015), que promueve la mejora continua de los procesos organizacionales y el enfoque en el bienestar del talento humano como parte de la calidad global. Estas normas orientan al diseño de estrategias de prevención y fortalecen la integración de la salud mental laboral dentro de los sistemas organizacionales de desempeño.

Finalmente, este conjunto de lineamientos se traduce en el ámbito nacional en leyes que consolidan la responsabilidad institucional frente a la salud mental de los trabajadores. Entre ellas, la Ley 1562 de 2012, que define el estrés laboral y sus manifestaciones como riesgos laborales que deben ser gestionados, y la Ley 1616 de 2013, que promueve el bienestar psicológico como un derecho y exige acciones de vigilancia, diagnóstico temprano y prevención (Congreso de la Republica 2012,2013) . Está normatividad establece un marco coherente y obligatorio que respalda la pertinencia de la presente revisión y la guía para la formulación de estrategias de intervención organizacional en torno al síndrome de burnout.

3. Diseño metodológico

La presente revisión de alcance tiene un enfoque sistemático, basado en la comprensión profunda de conceptos, teorías, posturas, hallazgos e investigaciones previas. Utiliza el método documental o bibliográfico, consultando fuentes secundarias como libros, artículos científicos, tesis, leyes, normas técnicas y guías clínicas cuyo objetivo es revisar, organizar, comparar y

discutir el conocimiento previo. Cuenta con un diseño transversal, porque recopila datos de una población en determinado marco temporal.

3.1 Alcance

La presente revisión no evalúa la calidad metodológica de los estudios, sino que utiliza análisis narrativo y síntesis temática. Se orienta específicamente a la identificación, clasificación y análisis de los factores desencadenantes del síndrome de burnout en el personal asistencial de las unidades de cuidado crítico en Colombia entre los años 2020 y 2024, basándose en la evidencia científica internacional como marco conceptual y comparativo y en la evidencia científica nacional como el análisis central y la síntesis de esta revisión. El estudio abarca a todos los profesionales de las unidades de cuidado crítico en Colombia y contemplará los hallazgos de investigaciones previas.

3.2 Propuesta Metodológica

3.2.1 Diagnóstico situacional

Dentro del marco de esta revisión de alcance el propósito es describir las evidencias científicas existentes sobre el síndrome de burnout en los trabajadores de UCI en Colombia, identificando vacíos temáticos, patrones comunes y clarificando conceptos. Para ello, se empleará la metodología propuesta por PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) que orienta las revisiones de alcance mediante un proceso sistemático de búsqueda, selección, análisis y síntesis de la evidencia.

El diagnóstico se construirá a partir de revisión documental estructurada, que incluirá artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2020 y 2024 sobre el síndrome de burnout en UCI. La extracción de datos seguirá un esquema organizado por categorías (factores de riesgo, consecuencias, prevalencia, instrumentos, intervenciones y brechas). La

elección de este enfoque responde a la naturaleza de la revisión de alcance, cuyo objetivo no es evaluar la calidad metodológica de los estudios, sino identificar qué se sabe, cómo se ha investigado y dónde se encuentran las brechas de conocimiento.

3.2.2 Análisis de brechas

Esta revisión se enfocará en comparar el estado actual del conocimiento disponible con el que sería necesario para comprender el síndrome de burnout en las unidades de cuidados intensivos en Colombia.

En la presente revisión, las brechas preliminares incluyen:

- Escasez de estudios locales y regionales (especialmente en Colombia y Antioquia).
- Poca integración de factores organizacionales junto con factores individuales.
- Idiomas distintos al inglés y al español.
- Consecuencias del burnout en actores específicos de las unidades de cuidado crítico.

3.2.3 Desarrollo de soluciones

En la presente revisión el desarrollo de soluciones implica la orientación de líneas de acción y sugerencias basadas en los patrones identificados en la evidencia. Para ello, la revisión seguirá un proceso de síntesis estructurada, basada en:

- Método de síntesis temática para integrar hallazgos heterogéneos.
- Mapeo narrativo, orientado a describir la relación entre factores, consecuencias y estrategias reportadas.
- Derivación de implicaciones prácticas, propias de revisiones de alcance, que consisten en identificar qué líneas de acción surgen de la evidencia sintetizada, sin prescribir intervenciones específicas (Peters et al., 2020).

Este enfoque permitirá traducir los hallazgos en sugerencias respaldadas por evidencia, tales como:

- Necesidad de intervenciones organizacionales y de multinivel.
- Relevancia de fortalecer liderazgo y apoyo organizacional en UCI.
- Importancia de la medición periódica del SBO en las unidades de cuidado crítico de Colombia.
- Necesidad de estudios más robustos en Latinoamérica, especialmente en Colombia.

3.2.4 Plan de desarrollo de la revisión de alcance

Tabla 1. Plan de desarrollo de la revisión de alcance

Fase	M1-S1	M1-S2	M1-S3	M1-S4	M2-S1	M2-S2	M2-S3	M2-S4
Planeación y elaboración del protocolo PRISMA-ScR	X	X						
Búsqueda sistemática en bases de datos			X	X	X			
Cribado (título-resumen y texto completo)					X	X	X	X
Extracción de datos								
Análisis y síntesis temática / mapeo de evidencia								
Redacción y validación del informe								
Socialización / entrega final								
Fase	M3-S1	M3-S2	M3-S3	M3-S4	M4-S1	M4-S2	M4-S3	M4-S4
Planeación y elaboración del protocolo PRISMA-ScR								
Búsqueda sistemática en bases de datos								
Cribado (título-resumen y texto completo)								
Extracción de datos	X	X						
Análisis y síntesis temática / mapeo de evidencia		X	X	X				
Redacción y validación del informe					X	X	X	
Socialización / entrega final								X

Nota: el cronograma está organizado por mes (M1–M4) y semana (S1–S4) siguiendo las etapas de una revisión de alcance según PRISMA-ScR.

3.2.5 Presupuesto

Tabla 2. Presupuesto para el desarrollo

Cantidad	Concepto	Valor unitario	Valor total
4 meses	Servicio de internet para búsquedas sistemáticas	\$ 60.000	\$ 240.000
1	Suscripción o acceso a gestores bibliográficos (Mendeley/Zotero Premium)	\$ 90.000	\$ 90.000
1	Licencia de software para organización y análisis (NVivo / Atlas.ti)*	\$ 300.000	\$ 300.000
300	Impresiones/Fotocopias necesarias para revisión manual	\$ 300	\$ 90.000
1	Resma papel tamaño carta	\$ 11.000	\$ 11.000
3	Lapiceros negros	\$ 2.000	\$ 6.000
—	Gastos varios (transporte, archivos, carpetas)	\$ 80.000	\$ 80.000
Total			\$ 817.000

3.3 Universo, población y muestra

En esta revisión de alcance, el universo de análisis está constituido por la producción científica relacionada con SBO en el personal asistencial de las UCI en Colombia. Este universo incluye estudios cuantitativos y cualitativos que cumplan con los criterios metodológicos establecidos en el protocolo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018)

La población documental corresponde a artículos científicos disponibles en bases de datos especializadas, tales como Concensus, scispace, Lilacs, Web of Science, PubMed, SciELO, y Google Scholar enfocados en el SBO y el personal asistencial de las unidades de cuidado intensivo en el periodo comprendido entre 2020-2024.

Se consideraron todas las publicaciones cuyo idioma original fuera el español o el inglés debido a el predominio en la literatura biomédica global y regional.

Los criterios de inclusión consideran estudios que:

- Analicen el síndrome de burnout (total o por dimensiones).
- Estén centrados en personal asistencial de UCI (médicos especialistas, enfermeras, terapeutas respiratorios fisioterapeutas, auxiliares de enfermería).

- Presenten datos empíricos (observacionales, cualitativos) o síntesis de evidencia (revisiones sistemáticas, metaanálisis).
- Sean publicados entre 2020–2024.
- Estén publicados en inglés y en español.
- Sean publicados en plataformas de revisión científica gratuita

Los criterios de exclusión abarcan:

- Estudios centrados en personal no asistencial o de otros servicios hospitalarios distintos a UCI.
- Publicaciones sin datos empíricos (editoriales, cartas al editor, opiniones).
- Documentos duplicados o sin acceso al texto completo.
- Estudios cuyo enfoque no esté relacionado con burnout o riesgo psicosocial.
- Publicaciones que no contemplen factores desencadenantes del síndrome en estudio.

La técnica de muestreo utilizada por pertinencia temática, técnica aceptada para revisiones de alcance dado que el objetivo es mapear la evidencia existente y no estimar parámetros poblacionales (Peters et al., 2020). En este sentido, la muestra final la constituye el conjunto de estudios que cumplan estrictamente con los criterios de inclusión, los cuales serán seleccionados tras los procesos de búsqueda, cribado y depuración definidos en el protocolo PRISMA-ScR. (Tricco et al. 2018).

Dado que la presente revisión no involucra participantes humanos, no se recolectan datos personales ni información sensible, lo que se alinea con el carácter descriptivo y exploratorio propio de las scoping reviews.

3.4 Aspectos éticos

Esta monografía de revisión se fundamenta en la integridad académica y el respeto a la propiedad intelectual. Se asegura la citación transparente de las fuentes originales sujetas a estudio. El estudio mantiene una postura ética en el tratamiento de los datos.

4. Desarrollo

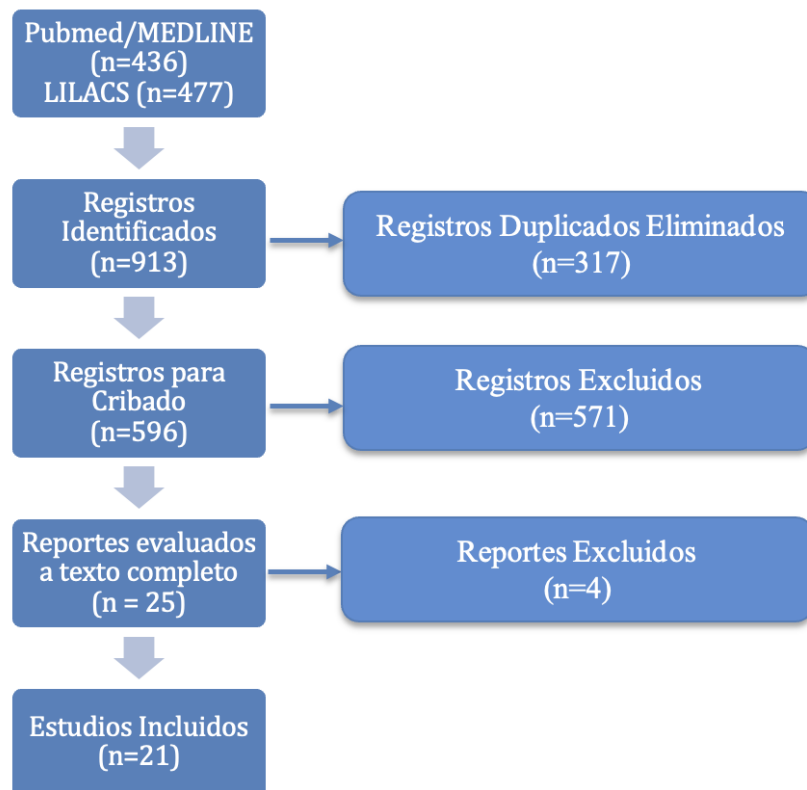
En esta revisión de alcance, se utilizó la metodología previamente definida y orientada a responder el objetivo general y los objetivos específicos. Su ejecución se ciñó a los estándares del PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) la cual asegura de manera sistemática la identificación, elección, análisis y síntesis de la literatura científica disponible.

Se consultaron diferentes bases de datos científicas gratuitas usando la misma lógica de búsqueda en cada una de ellas, aunque usando el lenguaje de búsqueda de cada una (ver Apéndice A), pero solo permitieron descargas dos de ellas PubMed y LILACS. En total fueron identificadas 913 publicaciones (477 de LILACS y 436 de PubMed) de las cuales fueron removidas 317 por duplicados internos y externos, quedando 596 publicaciones posterior a la de duplicación (ver Apéndice B).

Dentro del proceso de cribado, el cual se detalla más adelante, se retiraron 571 publicaciones y por ende pasaron a revisión de texto completo un total de 25 artículos. Para finalmente incluirse como referencia de este documento un total de 21 publicaciones.

En la figura 1 presentada a continuación se pueden observar los resultados resumidos de la implementación de la metodología PRISMA (Page et al., 2021) y en los apéndices se presentan poco más detallados los resultados.

Figura 1. *Diagrama PRISMA Scr.*



4.1 Fase de planeación y formulación del protocolo

El proceso inició con la elaboración del protocolo de la revisión, en el cual se definieron:

- La pregunta orientadora que define el alcance de la investigación
- Los objetivos para dar respuesta al problema de investigación
- Los criterios de inclusión y exclusión
- Las estrategias de búsqueda
- Las variables por extraer
- El tipo de síntesis a realizar

Esta fase permitió estructurar el alcance de la revisión, garantizando transparencia, reproducibilidad y coherencia metodológica con los estándares internacionales para estudios de mapeo de evidencia (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

4.2. Estrategia de búsqueda de la literatura (2020–2024)

Se estableció una ruta sistemática en motores de búsqueda académicos, considerando términos controlados y palabras clave asociados a:

- Síndrome de burnout o Burnout
- Síndrome de agotamiento profesional
- Intensive Care Units / Unidades de Cuidados Intensivos
- Care Staff/ Personal asistencial
- Factores psicosociales
- Factores desencadenantes
- Estrategias organizacionales

Los filtros temporales se establecieron entre 2020 y 2024, con el fin de capturar evidencia contextualizada con los desafíos actuales del trabajo en UCI.

La búsqueda incluyó artículos en español e inglés, según los criterios del alcance definido.

4.3. Cribado y selección de estudios

El proceso de cribado se realizó por etapas:

4.3.1. Cribado por título y resumen

Se excluyeron estudios que:

- No abordaban síndrome de burnout
- No contenían factores desencadenantes
- No incluían todo el personal asistencial de las unidades de cuidados intensivos
- No pertenecían al contexto de UCI
- Contenían datos empíricos o síntesis no confiable

4.3.2. Evaluación de texto completo

Los estudios potencialmente pertinentes fueron revisados en profundidad para verificar su alineación con el objetivo general y los específicos de esta revisión, siguiendo las recomendaciones metodológicas para este tipo de diseño.

4.4. Extracción de datos

Posteriormente, se procedió a la extracción sistemática de información, que permitió recopilar variables clave relacionadas con los objetivos específicos:

Según Objetivo específico 1

- Factores individuales: afrontamiento, edad, experiencia, salud mental previa, exposición emocional
- Factores organizacionales: carga laboral, turnos, liderazgo, cultura de seguridad, recursos disponibles
- Factores contextuales: pandemia COVID-19, presión ambiental, condiciones estructurales del servicio

Muchos de estos factores han sido ampliamente reconocidos en publicaciones recientes sobre el síndrome de burnout en UCI (Bakker & Demerouti, 2007; Li et al., 2024; Papazian et al., 2023).

Según Objetivo específico 2

- Manifestaciones clínicas del SBO: Fatiga crónica, desconexión afectiva, insatisfacción y fracaso profesional.
- Consecuencias laborales: ausentismo, rotación, disminución de desempeño, errores clínicos.

- Consecuencias sobre la seguridad: aumento de errores médicos, eventos adversos, y desmejoramiento de la calidad asistencial.

La literatura demuestra una clara asociación entre el síndrome de burnout y el deterioro de la seguridad del paciente, la satisfacción y la calidad del cuidado (Li et al., 2024).

Según Objetivo específico 3

Estrategias organizacionales identificadas: reforzar programas psicosociales, liderazgo de apoyo, gestión de turnos y cargas, pausas activas, capacitación en resiliencia, reconocimiento, promoción de entornos psicológicamente seguros.

La identificación de factores psicosociales se enmarca también en la normativa vigente sobre riesgos laborales (Ministerio del Trabajo, 2022).

Esta fase generó un conjunto ordenado y comprensivo de datos que permitieron posteriormente realizar el análisis y la síntesis temática.

4.5. Análisis y síntesis temática

Una vez extraída la información, se aplicó síntesis temática para organizar los hallazgos en categorías coherentes que respondieran directamente al objetivo general:

4.5.1. Análisis de factores desencadenantes

Se construyeron categorías que agrupan los detonantes del síndrome de burnout en UCI, partiendo de la relación demanda–recurso propuesta por el Modelo JD-R (Bakker & Demerouti, 2007), así como la exposición prolongada al sufrimiento, los turnos rotativos y la sobrecarga asistencial.

4.5.2. Análisis de manifestaciones y consecuencias

Se identificó cómo este síndrome afecta la estabilidad emocional y la condición física del personal, así como la calidad y seguridad en la atención (Bakker & Demerouti, 2007; Li et al., 2024; Papazian et al., 2023)

4.5.3. Análisis de estrategias organizacionales

Se sintetizaron las intervenciones reportadas en la literatura y se clasificaron según su naturaleza: Organizacionales, individuales, integrales y preventivas.

4.6. Redacción, revisión cruzada y validación

Con los hallazgos estructurados, se procedió a la redacción del informe, asegurando que cada capítulo reflejara fielmente la evidencia encontrada y la metodología utilizada.

4.7. Síntesis final y socialización

Finalmente, se elaboró la síntesis global del estudio, organizada de tal manera que se integran los hallazgos de los tres objetivos específicos.

La socialización incluye la presentación del documento final y la discusión de los resultados más relevantes

5. Lecciones aprendidas

El desarrollo de esta revisión de alcance permitió una serie de aprendizajes relevantes tanto para la comprensión del SBO en el personal asistencial de las Unidades de Cuidado crítico en Colombia, como para la guía de futuras investigaciones, estrategias institucionales e intervenciones orientadas a su prevención y mitigación.

Primero, la revisión bibliográfica evidencia que el burnout en UCI es un fenómeno global, pero en Colombia se exagera por la precarización laboral y la flaqueza institucional. La

comparación con estudios internacionales confirma que las soluciones deben sobrepasar el nivel individual y enfocarse en alternativas organizacionales, orientadas a garantizar el bienestar del personal y la seguridad del paciente.

Segundo, esta revisión evidenció la necesidad de fortalecer la vigilancia de los factores de riesgo psicosocial en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Herramientas tales como el MBI y las escalas de clima y seguridad deben aplicarse de manera periódica, con retroalimentación al personal asistencial. La obtención de datos sistemáticos permite prever riesgos y diseñar medidas correctivas oportunas. No obstante la literatura revisada sugiere que su aplicación en el contexto aun es limitada.

Tercero, se identifican brechas importantes en la literatura científica colombiana, especialmente en el contexto regional. La investigación centrada en UCI es limitada. Esto abre una oportunidad para el desarrollo de estudios locales que permitan elaborar estrategias enfocadas en la realidad de nuestro país, considerando particularidades culturales, administrativas y operativas.

Finalmente, uno de los aprendizajes más relevantes es que las UCI requieren una visión estratégica que genere soluciones inmediatas al agotamiento, una vez que este se presente. La prevención de este síndrome sustentada en datos, liderazgo empático, condiciones de trabajo dignas y soporte psicosocial permanente se consolida como la vía más tangible para construir entornos clínicos más seguros, humanos y eficientes.

6. Conclusiones

La comprensión del síndrome de burnout debe traducirse en políticas de gestión que incluyan redistribución de cargas, fortalecimiento del apoyo psicosocial y mejora en general de las condiciones laborales, reconociendo el bienestar emocional del personal como un elemento

estructural de la calidad asistencial y de la eficiencia operativa en los servicios críticos en Colombia.

El fortalecimiento del liderazgo en UCI constituye un elemento indispensable para la prevención del síndrome de burnout en el sector colombiano, ya que la literatura demuestra que estilos de liderazgo transformacional, empático y orientado al reconocimiento se asocian con menor incidencia de agotamiento profesional en el personal asistencial. Así, el liderazgo se convierte en una estrategia organizacional clave para garantizar la sostenibilidad y la calidad de los servicios críticos.

La evaluación periódica con instrumentos validados como el Maslach Burnout Inventory (MBI), complementada con herramientas de clima organizacional, constituyen una estrategia clave para fortalecer la cultura de prevención, reducir la incidencia de eventos adversos y optimizar la calidad de la atención crítica.

Finalmente, esta revisión de alcance evidencia una brecha investigativa en el contexto colombiano, resaltando la necesidad de impulsar proyectos de investigación locales que permitan la formulación de políticas públicas basadas en la evidencia, que reconozcan el bienestar del personal asistencial como un componente estructural de la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud.

Referencias

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Alhenaidi, A., Al-Haqan, A., Kelendar, H., Al-Bader, B., Alkandari, O., Al-Zuabi, H. (2023). *The Association of Professional Burnout and Turnover Intentions Among Intensive Care Units Physicians: A Cross-Sectional Study*. *Inquiry*, 60, 469580231206253. <https://doi.org/10.1177/00469580231206253>
- Arrogante, O., Aparicio-Zaldivar, E. (2020). *Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar/ Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing*. *Enferm. intensiva* (Ed. impr.), 31(2), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). *The Job Demands–Resources (JD–R) model: State of the art*. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. (s. f.). LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. lilacs.bvsalud.org
- Colbenson, G. A., Ridgeway, J. L., Benzo, R. P., Kelm, D. J. (2021). *Examining Burnout in Interprofessional Intensive Care Unit Clinicians Using Qualitative Analysis*. *Am J Crit Care*, 30(5), 391-396. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021423>

Congreso de la República. (2013, 21 de enero). *Ley 1616 de 2013. Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.680.

<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685110>

Congreso de la República. (2012, 11 de julio). *Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*. Diario Oficial No. 48.488.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48365>

Giraldo Ocampo, C. C. (2021). *Síndrome de burnout en profesionales de la salud en seis unidades de cuidado crítico pertenecientes a IPS en ciudades como Pereira, Pasto y Armenia en Colombia durante el 2021* [Trabajo de grado de especialización, Universidad Tecnológica de Pereira]. Repositorio Institucional UTP. repositorio.utp.edu.co

Joint Commission International. (2020). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals (7.ª ed.)*. www.jointcommissioninternational.org

Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., & Guo, J. (2024). *Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. [doi.org](https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003964)

Kleinpell, R., Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Sessler, C. N. (2020). *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*. *Crit Care Med*, 48(2), 249-253. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003964>

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). *Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Ministerio de la Protección Social. (2008, 17 de julio). *Resolución 2646 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional*. Diario Oficial No. 47.059.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>

Ministerio del Trabajo. (2022, 18 de julio). *Resolución 2764 de 2022. Por la cual se adopta la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de Riesgo Psicosocial, la Guía Técnica General para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones*. www.mintrabajo.gov.co

Ministerio del Trabajo. (2019, 22 de julio). *Resolución 2404 de 2019. Por la cual se adoptan los referentes técnicos para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial y se dictan otras disposiciones*. www.mintrabajo.gov.co

National Library of Medicine. (s. f.). PubMed. National Institutes of Health. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Organización Internacional de Normalización. (2018). *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo — Requisitos con orientación para su uso (ISO Standard No. 45001:2018)*. www.iso.org

- Organización Internacional de Normalización. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos (ISO Standard No. 9001:2015)*. www.iso.org
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11.ª ed.)*. icd.who.int
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Moher, D. (2021). *Declaration PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas*. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. doi.org
- Papazian, L., Hraiech, S., Loundou, A., Herridge, M. S., & Boyer, L. (2023). *High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: A systematic review and meta-analysis*. *Intensive Care Medicine*, 49(4), 387–400. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07025-8>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). *Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews*. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). *Prevalence, risk factors and burnout levels in ICU nurses: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>

Sasidharan, S., Dhillon, H. S. (2021). *Intensive care unit stress and burnout among health-care workers: The wake-up call is blaring!*. *Indian J Psychiatry*, 63(6), 606-609.

https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_464_21

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.

<https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Apéndice

Apéndice A. Estrategia de búsqueda (PRISMA)

Rango temporal cubierto: 01/01/2020 – 31/12/2024. Fecha de última búsqueda: 26/01/2026. Idiomas: español/inglés. Tipos: estudios observacionales, cualitativos y revisiones sobre personal asistencial de UCI. Exclusiones: cartas/editoriales sin datos, poblaciones no UCI, periodos fuera del rango.

Base de datos	Registros identificados (n)	Fecha de búsqueda	Observaciones	Consulta
PubMed/MEDLINE	446	26/01/26	se pudo descargar para análisis	("Burnout, Professional"[Mesh] OR burnout*[tiab] OR "bum-out"[tiab]) AND ("Intensive Care Units"[Mesh] OR ICU[tiab] OR "critical care"[tiab]) AND (2020:2024[dp]) NOT (animals[Mesh] NOT humans[Mesh]) NOT ("Nursing"[Majr] OR "Nurses"[Majr])
LILACS (BVS)	487	26/01/26	se pudo descargar para análisis	(burnout OR "bum-out") AND ("intensive care unit" OR ICU OR "critical care") AND (year_cluster:[2020 TO 2024]) NOT (nursing)
Google Scholar	14400	26/01/26	Muy complejo descargar la consulta	(burnout OR "bum-out") AND ("intensive care unit" OR ICU OR "critical care") AND 2020-2024 NOT nursing
Consensus	17	26/01/26	No permitió exporta Consulta	(burnout OR "bum-out") AND ("intensive care unit" OR ICU OR "critical care") AND 2020-2024 NOT nursing

Apéndice B. Conteos Prisma y Motivos de Exclusión

Métrica	Valor
PubMed identificados (2020–2024)	436
LILACS identificados (2020–2024)	477
Total identificados	913
Duplicados internos LILACS	10
Duplicados internos PubMed	0
Duplicados entre bases (solapados)	307
Total duplicados removidos	317
Registros tras deduplicación (para cribado)	596
Excluidos en Título/Resumen	571
Pasan a Texto Completo	25
Evaluados texto completo	25
Excluidos texto completo	4
Incluidos finales	21

Motivo de exclusión (T/A)	N
Editorial/comentario/carta/caso	3
Enfocado en una sola profesión	109
Enfocado solo en niños	7
Fuera de UCI/critical care	62
No contempla Factores Desencadenantes	34
No manejo el idioma del artículo	2
No trata burnout (título/resumen)	305
Población no-clínica (pacientes/familias)	29
Protocol/estudio de diseño sin resultados	20
	571

Apéndice C. Archivo donde se realizó el cribado y los conteos PRISMA

Archivo de Excel creado por el autor del presente documento, el cual se utilizó para almacenar el listado de publicaciones de duplicadas y posteriormente llevar el resultado del proceso de cribado y revisión de texto completo.

El archivo de Excel se adjunta a este documento y tiene por nombre PRISMA_Maestro.xlsx