

SINDROME DE BURNOUT, ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ – POPAYÁN, 2015

ESTUDIANTES INVESTIGADORAS
JESSICA NAYIVE ORDOÑEZ VILLOTA
MARTHA NATALIA SOLARTE MONCAYO
YESICA CAROLINA VALVERDE CERON
STEPHANY VILLARREAL CASTRO
MARTHA LILIANA ZEMANATE PEREZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
POPAYÁN

2016

SINDROME DE BURNOUT, ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ - POPAYÁN, 2015

ESTUDIANTES INVESTIGADORAS

JESSICA NAYIVE ORDOÑEZ VILLOTA

MARTHA NATALIA SOLARTE MONCAYO

YESICA CAROLINA VALVERDE CERON

STEPHANY VILLARREAL CASTRO

MARTHA LILIANA ZEMANATE PEREZ

INVESTIGADORA PRINCIPAL

ENF. MG. SANDRA FELISA MUÑOZ BRAVO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

POPAYÁN

2016

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto primeramente a Dios, por ser el motor de nuestras vidas, a nuestros familiares que a lo largo de este proceso, siempre nos brindaron su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que hicieron posible el cumplimiento de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos estar aquí, por darnos la inteligencia, sabiduría, paciencia, entendimiento y la capacidad para ejercer este proyecto.

Este proyecto es un esfuerzo en el cual distintas personas han participado directa e indirectamente, un apartado para expresar nuestro más sincero agradecimiento a:

Nuestras familias por su amor y apoyo incondicional en cada momento.

Al Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca por brindarnos la oportunidad de formarnos como enfermeras.

A la Enfermera Sandra Felisa Muñoz Bravo por su esfuerzo, dedicación y compromiso en nuestro desarrollo educativo.

Al Hospital San José por abrir sus puertas a la investigación y la generación de nuevo conocimiento.

A la Coordinación de Seguridad y Salud en el trabajo del Hospital San José por su apoyo en el desarrollo de este proyecto.

A los enfermeros que laboran en el Hospital San José por su tiempo y participación.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Pág.
1. RESUMEN	12
2. INTRODUCCIÓN	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL	16
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5. JUSTIFICACIÓN	21
6. MARCO REFERENCIAL	23
6.1 MARCO CONCEPTUAL	23
6.1.1 Evolución histórica del concepto de síndrome de Burnout	23
6.1.2 Procesos de desarrollo del síndrome de Burnout	29
6.1.3 Modelos explicativos del síndrome de Burnout	35
6.1.4 Dimensiones del síndrome de Burnout	43
6.1.5 Factores de riesgo psicosocial derivados del trabajo	44
6.1.6 Factores que anteceden el síndrome de Burnout	47
6.1.7 Variables personales	48
6.1.8 Variables sociales	50
6.1.9 Variables organizacionales	52
6.1.10 Otros factores de riesgo a nivel de la organización	55
6.1.11 Manifestaciones clínicas del síndrome de Burnout	56
6.2 MARCO CONTEXTUAL	61
6.2.1 Síndrome de Burnout y ocupaciones en riesgo	61

6.2.2	Perfil de enfermería y síndrome de Burnout	64
6.2.3	Consecuencias del síndrome de Burnout	69
6.2.4	Impacto en el cuidado de enfermería	69
6.2.5	Impacto a nivel organizacional	71
6.2.6	Repercusiones en la calidad de la atención	72
6.2.7	Instrumentos utilizados en el diagnóstico del síndrome de Burnout.	73
6.2.8	Intervenciones y prevención del síndrome	82
6.3	MARCO LEGAL	89
6.3.1	Ley 1562 del 2012	89
6.3.2	Decreto 1477 del 2014	89
6.3.3	Resolución 2646 del 2008	91
6.3.4	Decreto 1832 de 1994	92
6.3.5	Resolución 1445, anexo 1/ 2006	92
6.3.6	Ley 266 de 1996	93
6.3.7	Recomendación 157 de 1997 de la OIT	93
7.	METODOLOGIA	95
7.1	TIPO DE ESTUDIO	95
7.1.1	Unidad de observación	95
7.1.2	Unidad de análisis	95
7.1.3	Universo	95
7.1.4	Muestra	95
7.1.5	Selección de la muestra	95
7.2	POBLACIÓN	96
7.2.1	Criterios de inclusión	96
7.2.2	Criterios de exclusión	96
7.3	VARIABLES	96
7.3.1	Socio demográficas-independientes	96
7.3.2	Instrumento Maslach Burnout Inventory HSS dependientes	97
7.4	PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	98

7.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	98
7.5.1 Fuentes de datos	98
7.6 PLAN DE ANALISIS DE DATOS	100
7.7 ASPECTOS ETICOS A CONSIDERAR	101
7.8 ANALISIS DE RIESGO-BENEFICIO	103
7.9 PLAN DE TRABAJO	103
8. RESULTADOS	104
8.1 Caracterización socio demográfica de la población	104
8.2 Diagnóstico del síndrome de Burnout	116
y resultados de cada subescala	
8.2.1 Subescala de Agotamiento Emocional	116
8.2.2 Subescala de Despersonalización	116
8.2.3 Subescala de Realización Personal	117
8.2.4 Prevalencia del síndrome de Burnout	118
8.3 ASOCIACION DE LAS VARIABLES	120
SOCIODEMOGRAFICAS CON LAS	
DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT	
8.4 ASOCIACION DE LAS VARIABLES	125
SOCIODEMOGRAFICAS CON EL SINDROME	
DE BURNOUT	
9. DISCUSIÓN	127
10. CONCLUSIONES	134
11. RECOMENDACIONES	135
12. LIMITANTES DEL ESTUDIO	136
13. BIBLIOGRAFIA	137

LISTA DE TABLAS

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACIÓN

Tabla 1: Distribución porcentual de enfermeros según estado civil	105
Tabla 2: Distribución porcentual de enfermeros según el número de hijos 123	106
Tabla 3: Distribución porcentual de enfermeros según nivel de escolaridad ¹²⁴	106
Tabla 4: Distribución porcentual de enfermeros según tipo de vinculación	107
Tabla 5: Distribución porcentual de enfermeros, según número de empleos.	110
Tabla 6: Distribución porcentual de enfermeros, según antecedente de estrés laboral.	112
Tabla 7: Distribución porcentual de enfermeros según calificación del salario que reciben.	113
Tabla 8: Distribución porcentual de enfermeros según referencia de cambio de área de trabajo por enfermedad laboral	113
Tabla 9: Distribución porcentual de enfermeros según tiempo diario dedicado a realizar actividades de ocio	114
Tabla 10: Distribución porcentual de enfermeros que laboran y realizan estudios de Postgrado o actualizaciones académicas	115

Tabla 11: Aplicación del Intervalo de Confianza para el Síndrome de Burnout	119
Tabla 12: Asociación de las variables socio demográficas con las subescalas del síndrome de Burnout.	120
Tabla 13: Distribución porcentual de enfermeros según tipo de vinculación laboral y subescala de Realización Personal	121
Tabla 14: Distribución porcentual de enfermeros según Área de trabajo y subescala de Realización Personal	122
Tabla 15: Distribución porcentual de enfermeros según Antigüedad laboral y Despersonalización (DE).	123
Tabla 16: Distribución porcentual de enfermeros según jornada laboral y Agotamiento Emocional (AE)	123
Tabla 17: Distribución porcentual de enfermeros según Calificación de las relaciones intralaborales y Agotamiento Emocional (AE)	124
Tabla 18: Distribución porcentual de enfermeros según Calificación dada al salario y Agotamiento Emocional (AE)	125
Tabla 19: Asociación de las variables socio demográficas con el Síndrome de Burnout.	126

LISTA DE GRÁFICAS

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

Gráfica N°1: Distribución porcentual por género de los enfermeros del HUSJ, 2015.	104
Gráfica N°2: Distribución porcentual por edad de los enfermeros del HUSJ, 2015.	105
Gráfica N°3: Distribución porcentual de enfermeros según área en la cual laboran. HUSJ, 2015.	108
Gráfica N°4: Distribución porcentual por unidades de trabajo de los enfermeros del HUSJ, 2015.	109
Gráfica N°5: Distribución porcentual por años de trabajo en enfermeros del HUSJ, 2015.	110
Gráfica N°6: Distribución porcentual por tipo de jornada laboral de los Enfermeros del HUSJ, 2015.	111
Gráfica N°7: Distribución porcentual según calificación de las relaciones intralaborales en enfermeros del HUSJ, 2015.	112
Gráfica N°8: Distribución porcentual por horas de sueño al día en enfermeros del HUSJ, 2015.	115

DIAGNÓSTICO DEL SINDROME DE BURNOUT Y RESULTADOS DE CADA SUBESCALA

Gráfica N°9: Distribución porcentual del puntaje obtenido en la subescala de Agotamiento Emocional en enfermeros del HUSJ, 2015.	116
--	-----

Gráfica N°10: Distribución porcentual del puntaje obtenido en la subescala de Despersonalización en enfermeros del HUSJ, 2015.	116
Gráfica N°11: Distribución porcentual del puntaje obtenido en la subescala de Realización Personal en enfermeros del HUSJ, 2015.	118
Gráfica N°12: Prevalencia del Síndrome de Burnout en Enfermeros del HSJ, Popayán, 2015.	119

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1: Árbol de problemas
- ANEXO 2: Operacionalización de las variables
- ANEXO 3: Consentimiento informado
- ANEXO 4: Cuestionario características socio demográficas
- ANEXO 5: Instrumento Maslach Burnout Inventory HSS
- ANEXO 6: Cronograma de actividades
- ANEXO 7: Presupuesto
- ANEXO 8: Aval del proyecto por parte del comité de ética
- ANEXO 9: Ficha análisis de documentos seleccionados
- ANEXO 10: Carta de solicitud autorización de aplicación prueba piloto en área de DUMIAN
- ANEXO 11: Análisis de tablas de resultado

1. RESUMEN

El síndrome de Burnout constituye una respuesta al estrés laboral crónico, donde se distinguen tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los profesionales que tienen interacción directa y constante con otras personas, son los de mayor riesgo; los enfermeros, se consideran uno de los grupos más vulnerables para desarrollar el síndrome. Objetivo: Diagnosticar el Síndrome de Burnout e identificar las variables estadísticamente significativas relacionadas con el desarrollo del síndrome en enfermeros(as) del área clínica y administrativa del Hospital San José, Popayán. Materiales y Métodos: Estudio de tipo Descriptivo, enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, con participación voluntaria de 120 enfermeros(as), se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales y el Inventario de Maslach Burnout Inventory validado al español. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 23. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de tendencia central y Chi^2 para estimar la correlación entre las variables y las tres subescalas del síndrome. Resultados: La muestra estuvo constituida por 80,8% mujeres, 76,7% tenían vinculación a término indefinido, el 79,2% laboraban en el área asistencial, con una experiencia laboral mayor a 10 años del 52,5%. El 15,8% presentaron nivel alto en la subescala de Agotamiento Emocional, el 10,8% alta Despersonalización y el 9,2% nivel bajo en Realización Personal; la prevalencia del síndrome de Burnout fue del 1,7%. Conclusión: La presencia del síndrome de Burnout, en enfermeros que laboran en el Hospital San José, Popayán fue baja, el 65,8% presentaron alto nivel en realización personal.

Palabras claves: Desgaste profesional, estrés laboral, personal de enfermería, despersonalización, agotamiento emocional. (Fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

The Burnout Syndrome constitutes a response to chronic occupational stress, it has three dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Personal Accomplishment. Professionals who have direct and constant interaction with other people are the group at most risk; nurses are considered one of the most vulnerable groups to develop the Syndrome. Objective: To diagnose Burnout Syndrome and identify statistically significant variables related to the development of the Syndrome in nurses from the clinical and administrative area of the San José Hospital, Popayan. Materials and methods: Descriptive Study, quantitative approach, correlational and cross-sectional, with the voluntary participation of 120 nurses, 120 nurses participated voluntarily, a questionnaire of sociodemographic and occupational data and the Maslach Burnout Inventory validated in Spanish were applied. Data were processed in SPSS program, version 23. For statistical analysis trend measures and Chi^2 were used to estimate the correlation between variables and the three subscales of the Syndrome. Results: The sample consisted of 80.8 % women, 76.7% had indefinite term contract, 79.2% worked in the health care area, with work experience over 10 years of 52.5%, 15.8% had high level in the Emotional Exhaustion subscale, 10.8% high Depersonalization and 9.2% low level in Personal Accomplishment; the prevalence of the Burnout Syndrome was 1.7%. Conclusion: The presence of Burnout Syndrome in nurses that worked at the San José Hospital, Popayan was low; 65,8% presented high-level of Personal Accomplishment.

Key words: Burnout, occupational stress, nursing staff, depersonalization, emotional exhaustion. (Fuente: MeSH Browser IndexMedicus).

2. INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta tal punto que puede considerarse como «el malestar de nuestra civilización», afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva.¹

El “síndrome de Burnout”, también conocido como síndrome del quemado o de agotamiento profesional, fue definido por primera vez por el médico psicoanalista Herbert J. Freudenberger, en 1974, como "un conjunto de síntomas médico biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía".²

En el desarrollo del Síndrome pueden influir factores personales, sociales y organizacionales. Se establece que, para que aparezca Burnout es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo.³

Los profesionales de la salud han sido identificados como uno de los grupos más vulnerables para desarrollar el síndrome de Burnout; por ser una profesión que tiene como objeto de labor otro sujeto.

Debido a la elevada prevalencia de síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería en el mundo, se hace evidente la necesidad de determinar la

¹ ALBADEJO Romana. VILLANUEVA Rosa. ORTEGA Paloma. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española Salud Pública. (78)4; p 505-516. Año 2004.

² FREUDENBERGER Herbert. Staff burn-out. Journal of social issues 1974. (30); p 159-166. Año 1999.

³ NOBEL Grau A. FLICHTENTREI Daniel. SUÑER Rosa. PRATS María. BRAGA Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español. Revista española de Salud Pública; (83)2. Año 2009.

prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales del área clínica y administrativa del Hospital San José, Popayán e identificar los factores que influyen en su desarrollo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar el Síndrome de Burnout en Enfermeros del área clínica y administrativa del Hospital San José, Popayán, año 2015

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar social y demográficamente los enfermeros del Hospital San José de Popayán.
- Determinar la prevalencia en las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal que componen el síndrome de Burnout.
- Identificar las variables estadísticamente significativas relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en los Enfermeros del Hospital San José, Popayán.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE) publicó una declaración sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia; señala cómo ha venido siendo afectado el ejercicio profesional, por las inadecuadas condiciones laborales para estos profesionales. En esta declaración el CTNE hace referencia al inadecuado reconocimiento del papel fundamental que cumple enfermería en el sistema de salud, la distorsión de su perfil ocupacional, ´por la delegación progresiva de funciones de carácter administrativo`, la precarización de las condiciones laborales evidenciada en poca flexibilización laboral, la tercerización de los servicios de salud, la baja remuneración y la presencia de factores como: sobrecarga laboral, jornadas de trabajo extensas, cambios y rotaciones frecuentes del sitio de trabajo, limitaciones en insumos e infraestructura, exposición a riesgos ergonómicos, biológicos, físicos, y psicológicos que repercuten en la prestación de los servicios, en la calidad del cuidado brindado al paciente, familia y comunidad, así como en el crecimiento profesional y personal de los enfermeros⁴.

Entre los factores desencadenantes de enfermedades laborales de origen psicosocial, se encuentran los relacionados con el excesivo nivel de exigencia laboral, inseguridad laboral, contratos injustos, representan la fuente principal para generar enfermedades asociadas a la fatiga laboral, como lo es el síndrome de Burnout.

Aun no se ha determinado un concepto definitivo de síndrome, sin embargo para hablar de este, se toma como referencia los conceptos dados por Freudenburger en 1974, quien lo describió por primera vez en Estados Unidos, como “estar quemado” por el trabajo (Del inglés: to burn: quemarse, Burnout:

⁴ CORTEZ DE TELLEZ. Rosaura. RAMIREZ, Alba Lucía. RESTREPO, María del Pilar. VARGAS Blanca. “Sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de Enfermería en Colombia”. Revista de actualizaciones en Enfermería. (13) 4, 2010.

haberse quemado), este término forma parte de lo que en psicología se conoce como desgaste profesional, conceptualizado de esta manera en 1989 por Maslach y Jackson quienes lo definieron como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas" cuyo ámbito laboral representa excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer, que producen paulatinamente la vivencia del fracaso personal.⁵

El Burnout constituye una respuesta al estrés laboral crónico, se manifiesta con una serie de actitudes negativas hacia el propio trabajo, la organización y las personas relacionadas.⁶ La baja realización profesional y personal de enfermería influye de manera inversamente proporcional en la calidad del cuidado brindado a los pacientes; a mayor desgaste, menor será la calidad del cuidado proporcionado; situación que afecta en gran medida a la profesión, conociendo que el cuidado es la esencia de la misma; desde esta perspectiva se identifica el síndrome de Burnout, como un problema social, que afecta la seguridad y salud laboral, el entorno familiar, la calidad del cuidado brindado y el grado de satisfacción de los trabajadores con la organización.

En el Hospital Universitario San José, Popayán aún no se ha determinado el impacto que generan los prolongados turnos, la sobrecarga laboral, la remuneración salarial, los elevados niveles de estrés, condiciones que reflejaron la necesidad de determinar la incidencia del síndrome de Burnout y los factores que influyen en su desarrollo en los profesionales de enfermería del área clínica y administrativa de este hospital.

Se hace indispensable realizar investigaciones como esta, que sean un apoyo, para definir y comprender la génesis del síndrome, genere la identificación y

⁵ MONTOYA, ZULUAGA Paula A. MORENO, MORENO Sara. Relación entre síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y Engagement. Revista Psicología desde el Caribe. (29)1. Tecnológico de Antioquia-Institución Universitaria. Medellín- Colombia; p 206-227. Año 2012.

⁶ NOBEL G. LLUCH, Miguel. Enfermería psicosocial 2. Barcelona: Salvat. Año 1999

manejo de los riesgos psicolaborales a los que los trabajadores están expuestos; además sirve de sustento para implementar estrategias de prevención y/o intervención frente a los efectos que genere el síndrome, mejora la seguridad y salud en el trabajo, para alcanzar la satisfacción del cliente interno y el mejoramiento de la calidad de la atención brindada en los diferentes servicios que presta la institución.

5. JUSTIFICACIÓN

No existe un acuerdo unánime en cuanto a aspectos epidemiológicos descritos en la literatura, que permitan visualizar el porcentaje de población real que padece el síndrome de Burnout. Investigaciones sobre el síndrome de Burnout en enfermeros se remontan a más de cuatro décadas; a lo largo de este periodo, se ha investigado su ocurrencia, los niveles obtenidos para cada una de las dimensiones que componen el síndrome, su relación con variables individuales, demográficas, ocupacionales y sociales a fin de comprender su génesis; estableciendo que, para que aparezca el síndrome de Burnout es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés, junto a la presión laboral continua en el ambiente de trabajo.⁷

La necesidad de estudiar este síndrome, está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene al formar parte de una organización; derecho que implica, el no estar expuesto a riesgos laborales, que produzcan alteraciones de la salud. Así, en el caso del síndrome, se produce este daño por exposición a riesgos psicosociales organizativos que, en el actual entorno socioeconómico, cada vez son mayores, específicamente frente a las exigencias de carácter emocional.⁸

Dentro de las profesiones sanitarias, la enfermería representa el grupo de mayor vulnerabilidad frente al síndrome de Burnout, debido a la gran cantidad de estresores diarios inherentes al trabajo que debe afrontar, el contacto

⁷ NOBEL G. LLUCH, Miguel. Enfermería psicosocial 2. Barcelona. Año 1999.

⁸ FIDALGO, VEGA Manuel. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I), definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales- España; p 1-8. Año 2010.

permanente con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte; factores que pueden conducir a un estado de impotencia e insatisfacción profesional que llevan al desgaste profesional, indicador incuestionable de pérdida de la salud. El síndrome de Burnout es motivo de preocupación por sus repercusiones emocionales, conductuales y psicosomáticas en el ámbito familiar, social, profesional y laboral.

El Hospital San José de Popayán, es una institución de alta complejidad, con un porcentaje ocupacional del 100%, en proceso de acreditación institucional, donde aún no se ha medido el impacto que generan los prolongados turnos, la sobrecarga laboral, la remuneración salarial, los elevados niveles de estrés, condiciones que se visualizan durante el proceso de atención del usuario; bajo este contexto, surgió la necesidad de diagnosticar la presencia del síndrome de Burnout y los factores que influyen en su desarrollo en los profesionales de enfermería del área clínica y administrativa en el Hospital Universitario San José.

El desarrollo de esta investigación permitió:

Obtener datos valiosos sobre el diagnóstico y las características del personal que padece el síndrome.

Dar información sobre un fenómeno que merece estudiarse por las implicaciones que puede traer en la calidad de vida del propio profesional de enfermería y de la organización.

Aportar información basada en evidencia científica que sirva de referencia para posteriores trabajos de investigación, sobre el Síndrome de Burnout en enfermeros y otros profesionales de la salud.

Promover la salud ocupacional, tendiente a prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales de salud, mediante el control de los factores de riesgo modificables.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO CONCEPTUAL

Este marco conceptual incluye el abordaje de las diferentes concepciones que a lo largo del tiempo se ha dado al Síndrome de Burnout, el proceso de desarrollo del síndrome, su perspectiva clínica y social y sus síntomas. Posteriormente se hizo una breve referencia a los modelos psicosociales propuestos para el estudio del síndrome de Burnout, para finalmente presentar los avances que se han alcanzado en términos de la evaluación psicométrica del instrumento para medir el síndrome. Es preciso aclarar que el abordaje de este tema se centró en diferentes propuestas de diversos autores que han realizado estudios sobre el tema.

6.1.1 EVOLUCION HISTORICA DEL CONCEPTO DE SINDROME DE BURNOUT

El concepto de Síndrome de Burnout surgió desde hace más de dos décadas, en el transcurso de este tiempo se ha hecho referencia a diferentes definiciones propuestas por varios autores, las cuales coinciden con que este síndrome se desarrolla como consecuencia del estrés laboral crónico. En la delimitación conceptual del término pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde la perspectiva clínica se considera como un estado al que llega el trabajador como consecuencia del estrés laboral y desde la perspectiva psicosocial se considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas, estas perspectivas son complementarias.⁹

⁹ GIL, MONTE Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. Revista Electrónica Inter Ação Psy. (1) 1; p 19-33. Año 2002.

El termino Síndrome de Burnout fue introducido inicialmente por Herbert Freudenberger, quien en 1974 trabajaba como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York, Estados Unidos, donde observó que al cabo de un periodo entre uno y tres años, la mayoría de los voluntarios presentaban una pérdida progresiva de energía, desmotivación, desinterés por el trabajo y agotamiento, del mismo modo presentaban algunos síntomas de ansiedad y depresión. Describió cómo los trabajadores se desensibilizaban, convirtiéndose en personas poco comprensivas y algunas veces agresivas en relación con los pacientes, con trato distanciado y cínico, culpando a los pacientes de los problemas que padecían. Para describir este patrón conductual utilizo la palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que también era utilizada para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso.¹⁰ Freudenberger definió el síndrome de Burnout como *“estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*, este autor también menciona que las personas más comprometidas con su trabajo tienden a padecer con mayor frecuencia este síndrome, especialmente las que trabajan en labores de ayuda a otros, postula que estas personas *“sienten una presión desde adentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”*.¹¹

Durante el Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, en 1976 la psicóloga social Cristina Maslach dio a conocer la palabra Burnout, refiriéndose a este como una situación cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios humanos quienes después de un tiempo de desarrollar su labor, terminaban quemándose por el trabajo. Para esta investigadora, desde el punto

¹⁰ MAICON Carlín. GARCÉS Enrique. El síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología. (26) 6; p 169-180. Año 2010.

¹¹ ARIAS, GARRIDO Patricia. CASTRO, LEITÓN Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012.

de vista psicosocial, el síndrome de Burnout es la imposibilidad de satisfacer las demandas emocionales externas e internas, lo que provoca la vivencia de fracaso personal; definiendo finalmente el síndrome como "*un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas, con cierta necesidad*" En 1981 Cristina Maslach y Susan Jackson iniciaron investigaciones en California, realizando entrevistas a diferentes trabajadores de servicios profesionales humanos (abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras), llamándoles la atención que los trabajadores que utilizaban estrategias cognitivas como alta preocupación, frecuentemente se sentían exhaustos, desarrollaban percepciones y sentimientos negativos hacia sus pacientes y experimentaban crisis en cuanto a su competencia profesional,¹² lo que las llevo a describir el Burnout como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicio caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.¹³

Otra concepción del síndrome de Burnout es la de Pines y Kafry, quienes en 1978 hacen referencia a este síndrome como "*una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal*". Un año más tarde, Spaniol y Caputo definen el Burnout como el "*síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales y/o personales*".¹⁴

En 1980, Edelwich y Brodsky señalan el síndrome como una "*pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo*", como

¹² ARIAS, Garrido. Patricia. CASTRO, Leitón, Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012.

¹³ QUICENO, Japcy. Margarita. VINACCIA, Alpi. Stefano. Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta Colombiana psicología [online]. (10)2; pp 117-125.

¹⁴ MARTINEZ, Pérez. Anabella. El síndrome de Burnout evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. (112), 2010; pp 1-40. Universidad de la Rioja-España.

resultado de su investigación proponen cuatro fases por las que atraviesa el trabajador que padece Burnout:

- a) Entusiasmo, representado por elevadas aspiraciones y carencia de la noción de peligro.
- b) Estancamiento, surge tras no cumplirse las expectativas originales.
- c) Frustración, donde se presentan problemas emocionales, físicos y conductuales, esta fase sería el núcleo central del síndrome.
- d) Apatía, que constituye el mecanismo de defensa del individuo ante la frustración.¹⁵

Desde otro punto de vista, Cherniss (1980) describe el Burnout como un *proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo*, en el que destacan tres momentos:

- a) Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales
- b) Respuesta emocional ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.
- c) Afrontamiento defensivo.

Otra concepción es la de Pines, Aronson y Kafry (1981), quienes proponen una definición más amplia, no limitada a las profesiones de ayuda: "*Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales*".¹⁶ Burke (1987) expone el síndrome de Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. El mismo año, Garden refiere que una única definición de *Burnout* es prematura pues existe una ambigüedad en la realidad del

¹⁵ GIL, Monte. Pedro. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 2003; 181-197.

¹⁶ ARIAS, Garrido. Patricia. CASTRO, Leitón. Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012.

síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer.¹⁷ Por otro lado, Shirom (1989), luego de una revisión de diversos estudios, concluye que el síndrome de Burnout está relacionado con una pérdida de las fuentes de energía del individuo y lo define como “*una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo*”. Entre 1989 y 1990 Hiscott y Connop describen el *Burnout* como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo. Más tarde, Leiter (1992) lo asemeja a una crisis de auto eficacia, diferenciando de esta manera el *Burnout* del estrés laboral.¹⁸

Para Gil-Monte y Peiró (1997), el síndrome de Burnout es una “*respuesta al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales. Acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales*”. Mas tarde, Felton (1998), se refiere al Burnout como un “*complejo de respuestas psicológicas al estrés particular que genera la constante interacción con personas que se encuentran en un estado de necesidad, la diferencia de otros males que ocasiona el estrés asociado al trabajo es que hay una consecuencia en la interacción laboral con los clientes*”.¹⁹

Hacia el año 2000, Gil-Monte y Peiro, desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de Burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Peris (2002) describe el síndrome como un “*trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la*

¹⁷ FIDALGO, Vega. Manuel. Licenciado en Psicología. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I), definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales- España, 2010.

¹⁸ *Ibíd.* 18. Pág. 23-22.

¹⁹ MAICON. Carlín. GARCES. Enrique. El síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010. (26) 6; pp 169-180.

capacidad humana”, este autor dice que cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo, este puede desarrollar un agotamiento extremo que imposibilite la realización de las tareas asignadas de forma adecuada. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de Burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico” por el trabajo. El término Burnout no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga ni de alienación o de depresión (Lacovides, Fountoulakis, Kaprinis y 2003).²⁰

Hacia el 2003, Gil-Monte define el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional.²¹ Aranda (2006) define la palabra *Burnout* como un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo. Un año más tarde, Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el síndrome como *“la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes”*. Maslach y Leiter (2008) relacionan el Burnout principalmente con las características del trabajo, incluyendo alta carga laboral, conflicto y ambigüedad del rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.²²

²⁰ GIL, Monte. Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. Revista Electrónica Inter Ação Psy. (1) 1; pp 19-33, 2002. Universidad de Valencia- España.

²¹ *Ibíd.* 19. Pág. 118-120.

²² *Ibíd.* 21. Pág. 16-18.

Como elementos claves para diferenciar las diversas definiciones del síndrome, se resalta por una parte, autores que destacan la relación del Burnout con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo y por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de auto eficacia. Referente a estas conceptualizaciones, se señala la inadecuada adaptación al estrés laboral crónico, como un factor inherente al desarrollo de Burnout. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales como generadores del síndrome de Burnout.

Teniendo en cuenta lo expuesto, en esta investigación se toma, como referencia el concepto operacional del síndrome de Burnout: *“Síndrome que surge como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”*.²³

En este sentido, se conceptualiza el Burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

6.1.2 PROCESO DE DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT

Existen numerosos modelos psicosociales explicativos sobre las etapas o la secuencia del desarrollo del Síndrome de Burnout, esto dada la necesidad de establecer una relación entre antecedentes y consecuentes de sus dimensiones, es decir establecer cómo posiblemente el individuo llega a

²³ Ibíd. 23. Pág. 40-42.

sentirse quemado por el trabajo, con el fin de integrarlo a marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria.

En la delimitación conceptual del Síndrome de Burnout pueden diferenciarse dos perspectivas: una de carácter clínico en la cual el síndrome se entiende como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral prolongado, desde esta perspectiva se evalúa el nivel de Burnout según determinados síntomas sin tener en cuenta qué proceso llevó a que ocurriera la situación; y otra de carácter psicosocial en donde el Síndrome de Burnout es percibido como un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales, esta perspectiva está orientada a la explicación del desarrollo del fenómeno.²⁴

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia de ciertos acontecimientos laborales y se desarrolla secuencialmente en cuanto la aparición de rasgos y síntomas globales. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente satisfactorio.

Para Edelwich y Brodsk, citado por Carlotto y Gobi (2001); Martínez (2010); Rodríguez y Hermosilla (2011), el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

1. Etapa de idealismo y entusiasmo: Fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con este. La persona posee involucramiento excesivo con los clientes y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional, se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una súper valorización de su capacidad profesional, sin reconocer límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido

²⁴ CAPORA, Letti. Nirley. GARIBALDI. Agustina. Síndrome de Burnout en médicos del servicio de pediatría del Hospital Provincial del Centenario de la Ciudad del Rosario. Facultad de medicina y ciencias de la salud. Universidad Abierta Interamericana, 2009; pp 1-45.

al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento.²⁵

2. Etapa de estancamiento: Supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y el entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios, pasando a repensar su vida profesional. Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía.

3. Etapa de apatía: Se considera ésta el núcleo central del Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con la persona a quien se le presta el servicio es evitado, ocurren las faltas al trabajo, y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento.²⁶

4. Etapa de distanciamiento: La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una

²⁵ ARIAS, Garrido. Patricia. CASTRO, Leiton. Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012. San José- Costa Rica, 2013. Trabajo de Grado.

²⁶ GIL, Monte. Pedro. PEIRO, José, María. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Revista Anales de Psicología. (15) 2; pp 261-268. 2000. Universidad de Valencia, España.

inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En lugar del entusiasmo e idealismo profesional, la persona pasa a evitar desafíos de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado posee compensaciones que justifican la pérdida de la satisfacción.²⁷

Para Cherniss (1982), citado por Martínez, postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso.²⁸ El proceso lo describe en tres fases:

1. Fase de estrés: que consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
2. Fase de agotamiento: que se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
3. La fase de afrontamiento: aparece una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y evitación de tareas estresantes, alejamiento personal, de forma que aparece una tendencia a tratar a los beneficiarios del trabajo de forma mecánica, distanciada, rutinaria, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que se presta.

El modelo de Farber (1991), citado por Martínez (2010), Gil Monte y Peiró (1999), describe seis estadios sucesivos en cuanto al desarrollo del Burnout, y

²⁷ *Ibíd.* 32. Pág. 264-265.

²⁸ MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. Nº 112. Pág. 1-40, 2010. España.

los correlaciona con la personalidad del sujeto que lo padece y describe tres subtipos de Burnout: frenético, infra estimulado y desgastado.²⁹ Los estadios serían:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo, los resultados y recompensa.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. aparece el Agotamiento y descuido.

También se destaca el Modelo Procesual de Leiter que surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), citado por Martínez (2010). Plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales o laborales y los recursos personales. Esto provocaría agotamiento emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo.³⁰

Menciona que son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga y pérdida progresiva de energía. La *despersonalización* experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento, esta implica actitudes y

²⁹ Ibid. 18. Pág. 265.

³⁰ Ibid. 34. Pág. 15-18.

sentimientos cínicos, negativos sobre las propias personas a las que se les brinda el servicio, que se manifiesta por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las mismas. Y por último, la baja *realización personal* en el trabajo que se refiere a respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, es el deterioro del auto concepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades. Con este modelo es que se construye el Maslach Burnout Inventory, que pretende evaluar este constructo en sus tres dimensiones.

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski et al (citado por Martínez (2010)), Rodríguez y Hermosilla (2011) plantea otro modelo, en el que destaca que el síndrome de Burnout no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos. Este modelo visualiza el fenómeno del Burnout como un proceso, que es progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. Aunque respeta las fases propuestas en el modelo propuesto por Leiter y Maslach, Golembiewski propone una diferencia en la secuencia en que se da el proceso, iniciando con la despersonalización, de tal forma que se ve a los destinatarios de los servicios como “culpables” de los propios problemas, repercutiendo en la calidad del trabajo brindado, luego vendría la baja realización personal: en la que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por consiguiente se aísla o evita situaciones en que podría ponerse en manifiesto, y por último esto se convertiría en un ciclo que desgastaría emocionalmente al trabajador, por lo que el agotamiento emocional estaría presente en los estadios más avanzados.³¹

Otros modelo de carácter integrador a destacar es el de Gil-Monte y colaboradores (1999), este postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de

³¹ Ibíd. 32. Pág. 266.

consecuencias observadas. Por lo tanto, el auto concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols, apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Proponen que los profesionales experimentan primero, una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva la "despersonalización" como estrategia de manejo, es decir, este síndrome sería una respuesta de la ineficacia del afrontamiento al estrés laboral crónico.³²

6.1.3 MODELOS EXPLICATIVOS DEL SINDROME DE BURNOUT

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes, consecuentes y distintos factores implicados en su desarrollo. Para explicar el síndrome de Burnout (SB), se integra en modelos teóricos que permitan explicar su etiología. Estos modelos agrupan una serie de variables, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados.³³ Una de las clasificaciones más utilizada es la de Gil Monte, estos categorizan los modelos psicosociales en 3 grupos: Teoría Socio Cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Estructural.

La diferencia entre estos modelos radica en cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral crónico (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional o despersonalización), cómo se desarrolla el proceso del síndrome de Burnout y cómo se establece la relación entre las dimensiones del MBI y las consecuencias para el individuo y la organización.

³² GIL, Monte. Pedro. Situación y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la psicología de la Salud Ocupacional. Revista Información Psicológica. Nº100. Septiembre a Diciembre del 2010; pp 68-83. Unidad de investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. Universidad de Valencia (España).

³³ *Ibíd.* 34. Pág. 28-33.

Ninguno de ellos ha obtenido una evidencia empírica completa para las relaciones que hipotetiza.³⁴

El *primer grupo* incluye los modelos desarrollados en el marco de la Teoría Socio cognitiva del Yo. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de Burnout, consideran que: Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, pero a su vez estas cogniciones se modifican por los efectos y consecuencias observadas en el entorno.

En este grupo se encuentran modelos como:

Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Modelo de Cherniss (1993).

Modelo de Pines (1993).

En estos tres primeros modelos la auto eficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome.

Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), en este es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo es la variable que determina el desarrollo del síndrome.³⁵

Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar cómo funciona del Síndrome de Burnout. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el transcurso de su experiencia laboral se encuentran con factores laborales y

³⁴ SALGADO, Mercado. Patricia. GIL, Monte. Pedro. Influencia del compromiso organizacional en la relación entre conflictos interpersonales y el síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de servicios (salud-educación). Revista Innovar Journal. (20); pp 161-174, 2010. Universidad Autónoma del Estado de México.

³⁵ ARIAS, Garrido. Patricia. CASTRO, Leiton. Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012. San José- Costa Rica, 2013. Trabajo de Grado.

motivacionales que serán de ayuda o de barrera en la actividad del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de auto eficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el Síndrome de Burnout.³⁶

Entre los factores de ayuda y/o de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, entre otros.

Modelo de auto eficacia de Cherniss (1993).

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la auto eficacia percibida y por último al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazantes; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.³⁷

Modelo de Pines (1993).

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica en el momento en que el sujeto empieza la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de

³⁶ *Ibíd.* 41. Pág. 57-60.

³⁷ *Ibíd.* 41. Pág. 61-63.

tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional y plantea que sólo desarrollan el síndrome de Burnout aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome.

Explica el síndrome como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con altas expectativas sobre el trabajo. El Síndrome de Burnout sería el resultado de un proceso de desilusión, donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.³⁸

Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en este proceso. Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Cuando los trabajadores no consiguen sus objetivos aparece la frustración y tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problema, este retiro conductual denota una tendencia a abandonar el logro de los objetivos generando conductas de despersonalización, sentimientos de desamparo profesional y agotamiento emocional.³⁹

El *segundo grupo* recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social; consideran los principios de la teoría de la conservación de recursos y proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología

³⁸ *Ibíd.* 41. Pág. 64-65.

³⁹ *Ibíd.* 41. Pág. 66-68

principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento), con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continua los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.⁴⁰

Los modelos que siguen esta línea de investigación son:

El Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

El Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y hace énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: como la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos

⁴⁰ *Ibíd.* 41. Pág. 69-71

y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.⁴¹

Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

Es un modelo explicativo del desgaste profesional que se centra principalmente en aquellos factores cognitivos y del ambiente asociados con los recursos personales, concebidos como “objetos, características personales, condiciones o energías que son valiosos por sí mismos, o porque proveen o protegen recursos valiosos para la persona”. Por tanto, los recursos se convierten en el factor central de este modelo. El principio básico de este modelo afirma que las personas intentan adquirir, mantener y proteger los recursos que poseen, percibiendo la pérdida potencial o real de recursos, así como la pérdida de una ganancia esperada como estresante. Conceptualizando al estrés como una reacción frente al ambiente en la cual se presenta (a) una amenaza de pérdida de recursos, (b) una pérdida neta de recursos (c) una baja tasa de recursos ganados tras una fuerte inversión de recursos realizada. Dicho de otro modo, una situación en la que se puede perder, o se ha perdido, o no se ha ganado suficiente. En este sentido, el Burnout se concibe como el resultado de esa pérdida global o amenaza de pérdida de recursos valiosos, y por tanto, como un síndrome fundamental de agotamiento de recursos. Además, Hobfoll sugiere que las características personales podrían actuar como moduladores frente a la experiencia de estrés. Asimismo, las relaciones sociales desde este modelo son vistas como recursos, en la medida en que son proveedores o facilitadores de la preservación de recursos valiosos para el sujeto.⁴²

Por último, *el tercer grupo* considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el

⁴¹ *Ibíd.* 41. Pág. 73-75

⁴² *Ibíd.* 41. Pág. 78-80.

clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico. Dentro de los modelos que siguen esta línea se encuentran:

Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Se menciona que el estrés laboral se genera básicamente por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza del rol. El trabajador al sentir que pierde autonomía y control sobre su rol, adquiere sentimientos de irritabilidad y fatiga, ante los cuales el cuerpo desarrolla estrategias de afrontamiento que conllevan al distanciamiento constructivo, el profesional atiende a sus pacientes sin implicarse en sus problemas y de manera contra productiva, donde se observa indiferencia emocional, rigidez en el trato; situación característica del síndrome de Burnout. Así, en la secuencia la despersonalización sería la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Todos estos sentimientos hacen que la productividad laboral decaiga.⁴³

Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento y la baja realización personal es el resultado

⁴³ *Ibíd.* 41. Pág. 83-86.

de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. Resaltan como antecedente del Burnout la "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.).

Modelo de Winnubst (1993).

Este modelo plantea que la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst, la cultura de la organización está determinada por su estructura y por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles altos de Burnout.⁴⁴

De los modelos explicativos psicosociales del Síndrome de Burnout, el desarrollo más ajustado al contexto técnico y legal de la prevención de riesgos lo proporcionan los modelos derivados de la *teoría organizacional*. Estos modelos resaltan la importancia de los estresores del entorno de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Siguiendo los planteamientos de los modelos organizacionales el Síndrome de Burnout es una respuesta a las fuentes de estrés crónico originadas en la relación profesional-cliente y en la relación profesional-organización. Se describen como antecedentes generales del síndrome los aspectos organizativos, los relativos al diseño del puesto y las

⁴⁴ *Ibíd.* 41. Pág. 87-88.

relaciones interpersonales dentro de la organización.⁴⁵ Para el desarrollo del trabajo de investigación se adoptan la utilización de estos modelos como explicativos de la generación del síndrome de Burnout.

6.1.4 DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

La comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome (Maslach y Jackson, 1981), caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal en el trabajo, a partir de estos componentes se elaboró el Maslach Burnout Inventory (MBI).⁴⁶ Maslach aduce que el síndrome se desarrolla en sus inicios con agotamiento emocional, después aparece la despersonalización y, por último, baja realización en el trabajo.⁴⁷ Para Maslach y Leiter, *el agotamiento emocional* representa de las tres dimensiones del Burnout, la experiencia de estrés individual básico, los sentimientos de estar abrumado de que los recursos físicos y emocionales de los que se dispone están reducidos, se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales, las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, molestas e irritables.⁴⁸

La despersonalización representa la dimensión del contexto interpersonal, y hace referencia a una respuesta negativa y de alejamiento hacia varios aspectos del trabajo como respuesta a la sobrecarga de agotamiento y como

⁴⁵ FIDALGO, Vega. Manuel. Licenciado en Psicología. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I), definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales- España, 2010.

⁴⁶ *Ibíd.* 51.

⁴⁷ GIL Monte. Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Óp. Cit;* pp106-110.

⁴⁸ LEITER. Michael. MASLACH. Cristina. Areas of work life: a structured approach to organizational predictors of job burnout..En: Emotional and Psychological Processes and positive intervention strategies. Research in occupational stress and well being. (3); pp 9 -134.

un mecanismo de autoprotección que puede conducir a la pérdida de idealismo y a la deshumanización hacia los otros. La despersonalización se explica por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador hacia las personas objeto del trabajo. En estos profesionales se produce un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.⁴⁹

Por baja *realización personal* en el trabajo se entiende una tendencia de los profesionales expuestos a unas condiciones de riesgo a evaluarse negativamente. Esta evaluación negativa afecta notablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales, hay pérdida de ideales y fundamentalmente un creciente alejamiento de las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.⁵⁰

6.1.5 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DERIVADOS DEL TRABAJO

El perfil de las enfermedades laborales ha cambiado en las últimas décadas, hacia una situación en la que riesgos de origen psicosocial y sus consecuencias han cobrado protagonismo, por el incremento de la frecuencia con que aparecen implicados en el origen de las bajas laborales, ocasionadas por problemas de salud relacionadas con la labor desempeñada en el trabajo.

Los factores psicosociales son condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. Estos factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables perjudican la salud y bienestar. En

⁴⁹ ALVAREZ, Verdugo. Lina. PRIETO, Bocanegra. Brigitte. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un Hospital de Tercer Nivel de Boyacá-Colombia. Revista Enfermería Global. (29); pp 73-88, 2013.

⁵⁰ *Ibíd.* 53. Pág. 28-33.

este caso hablamos de riesgo psicosocial, que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico y social.

Los riesgos psicosociales con origen en la actividad laboral pueden estar ocasionados por un deterioro o disfunción en:

- a. Las características de la tarea: cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, carencia de complejidad, monotonía o repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, falta de autonomía, prestigio social de la tarea en la empresa.
- b. Las características de la organización: variables estructurales (tamaño y diferenciación de unidades, centralización, formalización), definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones interpersonales, procesos de socialización y desarrollo de la carrera, estilo de liderazgo.
- c. Las características del empleo: diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo y condiciones físicas del trabajo.
- d. La organización del tiempo de trabajo: duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos, trabajo a turnos y nocturno.

Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas:

1. Nuevas formas de contratación laboral: caracterizadas por la aparición de contratos de trabajo más precarios junto con la tendencia a la producción ajustada, y la subcontratación e inseguridad en el puesto de trabajo. La falta de estabilidad laboral y contractual puede aumentar los niveles de estrés y de ansiedad del trabajador.

2. Envejecimiento de la población laboral activa y retraso en la edad de jubilación, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional.
3. Intensificación del trabajo: caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información y carga de trabajo cada vez mayores y bajo una mayor presión en el ámbito laboral. Este riesgo está presente sobre todo en los campos muy competitivos en los que los trabajadores pueden temer que su eficiencia y su rendimiento se evalúen con mayor detenimiento y, por ello, tienden a trabajar más horas para finalizar sus tareas. En ocasiones, puede que no reciban una compensación adecuada por ese aumento de la carga laboral, o que no reciban el apoyo social necesario para poder asumir dicha carga.
4. Fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores de la asistencia sanitaria.
5. Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y la vida privada de las personas. Los empleos precarios, con excesiva carga de trabajo, sumado a horarios laborales variables o impredecibles, sin que se le permita al trabajador ajustarlos a sus necesidades personales; pueden provocar conflictos en la vida profesional y privada del trabajador, con efectos perjudiciales para su salud.⁵¹

Por este motivo, la exposición crónica a riesgos psicosociales van más allá de ser un problema individual, y pueden constituir un verdadero problema de salud pública cuando su tasa de prevalencia e incidencia resulta alta.

⁵¹ GIL, Monte. Pedro. Riesgos psicosociales en el trabajo y Salud Ocupacional. Revista Perú Medica Exp Salud Pública. (29) 2; pp 237-242, 2012. Universidad de Valencia (España).

6.1.6 FACTORES QUE ANTECEDEN EL SINDROME DE BURNOUT

Este síndrome puede afectar a cualquier grupo ocupacional, lo cierto es que hay profesiones más expuestas a experimentarlo. Este es el caso de las llamadas profesiones de ayuda, que exigen estar constantemente en contacto directo con otras personas con las que hay que comprometerse emocionalmente, que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás; como es el caso de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, entre otros) quienes constituyen un colectivo que se halla en continuo contacto con personas. A veces se implican tanto en su trabajo, que pueden llegar a agotarse física y psíquicamente, de tal forma que resultan ineficaces en el desempeño adecuado de sus actividades laborales.⁵²

En las investigaciones se han evidenciado múltiples causas del síndrome. Estos desencadenantes son aquellas demandas nocivas que impactan sobre el trabajador, independientemente de las características individuales de la persona. Estas características personales de ningún modo pueden ser la causa del riesgo, son factores a tener en cuenta a la hora de adaptar el trabajo a la persona. De no corregir o proteger al sujeto de la exposición a las condiciones de trabajo de riesgo, éstas pueden determinar la presencia del síndrome, si no lo remedia la resistencia o recursos personales y/o sociales de la propia persona.⁵³

Es difícil establecer causas únicas para el desarrollo del síndrome, sin embargo; los estudios en el campo de la salud y la psicología organizacional han encontrado algunos factores que anteceden la aparición del síndrome de Burnout que merecen especial atención. Leiter y Harvie (1996) agruparon estos antecedentes en 3 grandes grupos: las características individuales, las

⁵² CODO. W. y VÁSQUEZ, Meneses I. "Educação: carinho e trabalho Burnout. Síndrome Da Desistencia Do Educador",[online]. (4), 2006; pp 432-434.

⁵³ FIDALGO, Vega. Manuel. Licenciado en Psicología. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I), definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales- España, 2010.

características relacionadas con circunstancias externas al trabajo (sociales) y las características del ambiente de trabajo.

6.1.7 VARIABLES PERSONALES

Son variables propias del individuo que pueden aumentar la vulnerabilidad a este síndrome. Según Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, así como el uso inadecuado de los recursos personales y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.⁵⁴

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome; se considera que puede generar un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional es especialmente vulnerable a éste, siendo estos, los primeros años de carrera profesional, sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas.

En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, sin embargo la variable sexo no tiene una influencia clara. En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más bajas en realización personal, mientras que el hombre puntúa más alto en despersonalización.⁵⁵

⁵⁴ MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. (112); pp 1-40, 2010.

⁵⁵ VALIENTE. Juan, Alfredo. Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul. Pág. 1-83. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias medicas. Año 2009.

El estado civil aunque se ha asociado al síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. Manzano (1998), por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que la personalidad y carácter del individuo ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias frente a los estresores laborales.⁵⁶

Se ha hablado de la existencia de un perfil de personalidad que genera cierta vulnerabilidad para desarrollar el síndrome, como es el caso de la personalidad tipo A, sus características principales son: velocidad, impaciencia, irritabilidad, siempre tiene prisa, estilo dominante y autoritario; estas personas tienden a tener un alto grado de auto exigencia y baja tolerancia al fracaso. Aspectos que proporcionan una sobrecarga emocional que lleva al agotamiento y por ende al desarrollo de síndrome.

⁵⁶ *Ibíd.* 60. Pág. 21-24.

Otros factores del individuo que pueden contribuir en la aparición del síndrome son:

- Baja autoestima
- Reducidas habilidades sociales.
- Poca preparación para el tipo de trabajo.
- Muchas demandas concentradas en uno.
- Dificultad para pedir ayuda.
- Dificultad para pedir consejo cuando se necesita.
- No compartir ideas.
- Tendencia a la sobre implicación emocional.
- No hacer uso de los mecanismos de soporte, en caso de haberlos.
- Sentimientos de miedo, culpa y desesperanza.
- Necesitar soporte de la familia en determinados momentos y no pedirlo por evitar sobrecargarlos.
- No descansar lo suficiente cuando se está cansado.⁵⁷

6.1.8 VARIABLES SOCIALES

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de mayor estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales, es básico que exista un apoyo social, que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia.⁵⁸ En general, las variables sociales aceptadas serían:

⁵⁷ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES DE ESPAÑA. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.

⁵⁸ GRAU, Armand. FLICHTENTREI. Daniel. SUÑER. Rosa. PRATS. María y BRAGA. Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario Hispanoamericano y español 2007. Revista especialista en Salud Publica. (83) 2; pp215-230, 2009.

a) Variables sociales extra- laborales: Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repetí (1989), el apoyo familiar, reduce los efectos estresores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

Se puede distinguir la incidencia del apoyo en varios aspectos:

1. Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la presentación de Burnout aumenta.
2. Actitudes de familiares y amigos: está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.
3. Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a la persona a sufrir Burnout.
4. Cultura: el Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que esta, marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.⁵⁹

También se encuentran como desencadenantes sociales las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan éstas profesiones, por

⁵⁹ Ibíd. 63. Pág. 222-226.

ejemplo: la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio.⁶⁰

6.1.9 VARIABLES ORGANIZACIONALES

Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas o bien, juegan un papel importante en la interacción continua trabajador - puesto de trabajo.⁶¹ Entre estas variables se pueden distinguir:

- *Dinámica del trabajo*: fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.
- *Rol laboral*: como resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desembocan en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos. La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de

⁶⁰ PEREZ. María, Isabel. Cuando el estrés laboral se llama burn out ("quemarse" en el trabajo) Causas y estrategias de afrontamiento (2000), Buenos Aires, Universidad Libros.

⁶¹ HIDALGO. RI, DÍAZ. GR. Estudio de la influencia de los factores laborales y socio demográficos en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada el Insalud de Ávila. Medicina Clínica (Barcelona). (103); pp 408-412, 2002.

estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.⁶²

- *El control* que se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas, y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Un buen ajuste se produce cuando hay una correspondencia entre el control y los niveles de responsabilidad, produciéndose una discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas de las que se les hace responsables.

- *Carga de trabajo*: definida como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado; los autores afirman que un volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales y su desarrollo profesional. Sin embargo, el exceso de trabajo “sobrecarga de trabajo” no se conceptualiza simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos, se visualizan como exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables. A más exigencias, mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales y mayor probabilidad de presentación del síndrome.

- *Condiciones horarias de trabajo*: trabajo en varios turnos a día, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas, como parámetros que inciden en el desarrollo del síndrome especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la

⁶² MARTINEZ, Pérez, Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. Nº 112; pp 1-40, 2010.

sociabilidad por la falta de la buena calidad de sueño, atención, rendimiento cognitivo.⁶³

- *La equidad* considerada como la medida en que la organización tiene normas coherentes y equitativas para todos. Un elemento importante en este factor es el grado en que los recursos se asignan de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes. La equidad transmite respeto por los miembros de la comunidad. La falta de equidad indica confusión en los valores de una organización y en sus relaciones con las personas.
- *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías*: las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.
- *Estructura organizacional*: el Burnout aumenta su prevalencia en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación se impone.
- *Estresores económicos*: bajo la concepción de la recompensa que recoge tanto el reconocimiento económico como social del trabajo. Cuando existe inseguridad económica (contrato a corto plazo, ausencia del mismo,

⁶³GIL, Monte. Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psico Pedia Hoy.

insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.), o existe una falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos, aumentando la vulnerabilidad hacia el síndrome de Burnout.

- *Desafío en el trabajo*: se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A más desafío, más Burnout. En concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.

- *El clima organizacional* integrado por variables como: Participación en la toma de decisiones, autonomía en el trabajo, compromiso con el trabajo, relaciones con los compañeros.⁶⁴

6.1.10 OTROS FACTORES DE RIESGO A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre las unidades.
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías.
- Relaciones conflictivas en la organización.
- Estilo de dirección inadecuado.

RELATIVOS AL DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO:

- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo para la atención del usuario.

⁶⁴ GIL, Monte. Pedro. HERNANDEZ. Gracia. Influencia de la sobrecarga laboral y la auto eficacia sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout), en profesionales de enfermería. Revista Interamericana Journal of Psychology. (42)1; pp 113-118, 2008.

- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Tareas inacabadas que no tienen fin.
- Insatisfacción en el trabajo.

RELATIVOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
- Negativa dinámica de trabajo.
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios.
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

RELATIVOS A CAMBIOS SUPRAORGANIZATIVOS:

- Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional.
- Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio.
- Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión.
- Cambios en la cultura de la población usuaria, "*la sociedad de la queja*".
- Cambios en los programas de servicio.
- Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo.

6.1.11 MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME DE BURNOUT

El análisis de todos los síntomas que aparecen en la literatura relacionados con el síndrome de quemarse por el trabajo, permite afirmar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo.⁶⁵ Pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones

⁶⁵ VALIENTE. Juan, Alfredo. Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas; pp 1-83., 2009.

interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio).

En el síndrome de Burnout el trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no puede controlar, que exceden sus recursos personales; aun así, la sensibilidad individual no es la responsable de que la persona sufra daños en su salud.⁶⁶

Indudablemente, el énfasis en los estudios sobre las manifestaciones del Burnout se ha puesto en los factores emocionales. Es una consecuencia de la misma definición operativa formalizada por Maslach y Jackson (1981) que centran el síndrome en los factores emocionales. Parece relevante constatar que de los 22 ítems que constituyen el IMB, 12 de ellos comienzan con la expresión “yo siento”. Los síntomas afectivos relacionados con la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima han sido los más referidos. Es habitual dibujar la imagen de la persona “quemada” como alguien “amargado”, sin ganas ni voluntad para emprender cualquier tarea, como una consecuencia de los efectos descritos.⁶⁷

Las manifestaciones mentales y emocionales incluyen sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia. Se evidencian

⁶⁶ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES DE ESPAÑA. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención, 2010.

⁶⁷ FIGUEIREDO, Ferrazi. Hugo. GRAU, Alberola. Ester. GIL, Monte. Pedro y GARCÍA, Jueas. Juan. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en personal de enfermería. Revista Psicotema 2012. Vol. 24. Nº2. Pág. 271-276. Universidad de Valencia (España). Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO).

otras alteraciones emocionales tales como ansiedad, irritabilidad, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional y deseos de abandonar el trabajo.⁶⁸

La persona se muestra en casa irritable e impaciente, se encuentran más incapacitadas para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y desean estar solos, con el consiguiente deterioro de las relaciones interpersonales, llevados por su actitud de aislamiento y de falta de verbalizaciones, evitan hablar de las preocupaciones laborales y se rehúsan a discutir los problemas familiares; otra consecuencia que impacta en la familia es el endurecimiento permanente de los sentimientos de la persona a consecuencia de las actitudes de despersonalización.⁶⁹

Los síntomas cognitivos tienen una gran importancia en el síndrome del desgaste profesional, aunque su estudio siga siendo muy fragmentado. Aunque el síndrome se define operacionalmente por un comienzo centrado en el cansancio emocional; la pérdida del contexto cognitivo y justificativo del trabajo y del esfuerzo que se está realizando es un factor crítico muy poco analizado. La pérdida de las expectativas laborales iniciales marca de forma importante el comienzo del proceso, el síndrome se caracteriza por ser una frustración cognitiva al comprobar que los valores iniciales de referencia aparecen como insolventes, incapaces de solucionar el problema laboral planteado. En este contexto se producen una serie de consecuencias bien conocidas como correlatos cognitivos del estrés crónico, tales como las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.⁷⁰

El aspecto conductual es otra de las dimensiones poco consideradas, pero de gran importancia en el estudio del síndrome de Burnout. Consecuencia del síndrome es la pérdida de la conducta proactiva de la persona, pierde la

⁶⁸ *Ibíd.* 70. Pág. 34-39.

⁶⁹ *Ibíd.* 72. Pág. 273-274.

⁷⁰ *Ibíd.* 72. Pág. 275.

capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. Como manifestaciones conductuales del Burnout, los aspectos más citados han sido el aumento del consumo de estimulantes y otros tipos de abuso de sustancias (Nowack y Pentkoswski, 1994), alteraciones en la conducta alimentaria, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo, entre otras.⁷¹

Los síntomas físicos son de los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), dolores musculares, alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, entre otros. Se han reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome de Burnout; en el cuadro 3 se citan los efectos descritos del Burnout, según el criterio de diferentes autores:

MANIFESTACIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

Cognitivas	Problemas de memoria, ideación suicida, ideas de culpa, baja autoestima.
Emocionales	Depresión, frustración, irritabilidad, ansiedad, sensación de estar desgastado, aburrimiento, desilusión, dificultad para controlar y expresar emociones.
Somáticas	Cefalea, problemas gastrointestinales, fatiga, mialgias, insomnio, dolor inespecífico, incrementa el reporte de infecciones de vías respiratorias superiores, lumbalgía, hipertensión arterial, disfunciones sexuales,

⁷¹ VALIENTE. Juan, Alfredo. Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas; pp 1-83, 2009.

	trastornos del ritmo cardiaco.
Conductuales	Dificultad para relajarse, cinismo, ausentismo laboral, disminución de la productividad y del interés en el trabajo, incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, inflexibilidad y rigidez.
Interpersonales	Aislamiento, superficialidad en el contacto con los demás, distanciamiento defensivo, la persona quemada no se siente querida o valorada por la organización y por eso su actitud es siempre defensiva.

Fuentes: Quinceno y Vinaccia (2007); Schaufeli, et al (2001), Kumar, Bradley (2006).

En lo que respecta a las organizaciones, entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre sus objetivos de desarrollo, se menciona, satisfacción laboral disminuida, ausentismo laboral elevado, propensión al abandono del puesto, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad de servicio de la organización, aumento de conflictos interpersonales con los compañeros y superiores y el aumento de los accidentes laborales.

El deterioro de la calidad de servicio de la organización, deriva de las actitudes de despersonalización. La disminución de la motivación y satisfacción laboral, junto con el deterioro del rendimiento de las personas en el trabajo, especialmente en lo que a calidad se refiere y el incremento de la frustración va a condicionar el desarrollo de actitudes poco positivas y de desinterés. Las personas llegan a tratar a los demás como si fueran objetos y no como seres humanos. No solamente se adoptan actitudes rutinarias en el desarrollo del servicio, sino que se presta menos atención a las necesidades humanas del

receptor. Actitudes duras y deshumanizadas se convierten con frecuencia en las conductas adoptadas hacia el usuario.⁷²

Maslach señala que, las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo no terminan cuando la persona deja el trabajo, por el contrario afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre la familia y amigos.

6.2 MARCO CONTEXTUAL

6.2.1 SINDROME DE BURNOUT Y OCUPACIONES EN RIESGO

No todos los profesionales responden de la misma manera al estrés laboral y al nivel de afectación de las distintas dimensiones del síndrome de Burnout. Aunque el estudio de este síndrome se abordó inicialmente en los servicios sociales (Freudenberger, 1974), cada vez, hay más profesiones en las que se han conocido síntomas que se pueden ajustar al síndrome, tal y como se concibe en sus inicios (Lozano, Cañadas, Martín, Pedrosa, Cañadas, Suárez, et al., 2008). Los más destacados son los sectores administrativos, los profesionales sanitarios (auxiliares, médicos, enfermeras), profesionales de la educación (profesores, maestros, educadores o cuidadores), psicólogos, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones y policías (Gil-Monte, 2003; S. Kumar, 2011; Lasalvia et al., 2011).⁷³

Médicos: El creciente conocimiento clínico y científico, el acoplarse a las políticas y reglas de los sistemas de salud, atender a pacientes cada vez con mayores necesidades y adaptarse a adelantos tecnológicos, se consideran factores que hacen mayor y más pesada la carga de trabajo.

⁷² MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. (112); pp 1-40, 2010.

⁷³ GUILLERMO, A. CAÑADAS DE LA FUENTE. SAN, Luis. Concepción. Et al. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de Burnout en profesionales sanitarios, 2014.

Toral, (2009) en un estudio llevado a cabo entre Septiembre 2003 y Enero 2004, encontró un 40% de Burnout en médicos residentes estudiados en 3 hospitales de México DF, este 40% tenía 5.5 veces más probabilidad de reportar una o más prácticas subóptimas de cuidado de salud del paciente con jornadas de trabajo de más de 12 horas. En un estudio realizado en la ciudad de Manizales y la Virginia en Colombia, donde participaron 227 médicos, se encontró una prevalencia de Burnout de 17.6%, con 26.4% agotamiento emocional alto, 26.1% despersonalización y 7.2% realización personal baja.⁷⁴

El personal de enfermería: está sometido a múltiples factores estresantes tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que este síndrome tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión. La salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de enfermería.

La práctica de la profesión requiere un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de mayor rigor para atender las necesidades particulares de las personas, en el cual se exige alta concentración y responsabilidad, esto trae como consecuencia desgaste físico y mental, exigencia de mantener en forma permanente el espíritu de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

Los enfermeros mantienen un contacto y cuidado continuo a lo largo de sus jornadas de 8 horas y a veces hasta 12 horas de trabajo; este gremio siempre ha estado expuesto a sobrecarga laboral. Sumado a esto, los pacientes pueden ser demandantes y generalmente puede haber dificultades en la comunicación como una consecuencia del tratamiento que reciben; suelen surgir sentimientos

⁷⁴ AGUDELO, Cardona. Carlos, Alberto. 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. Repositorio Universidad de Manizales

de falla personal e inutilidad en el trabajo con pacientes portadores de enfermedad neoplásica o VIH, en las que no se dan los procesos de cura o en especialidades como urgencias y salud mental.

Un estudio intervencionista conducido por Hallbert en 1994 y citado por McHugh (2011) con 11 enfermeras de cuidado pediátrico, cada 3 semanas se analizaban las experiencias emocionales de las enfermeras con los pacientes, se encontró una relación entre aumento del agotamiento emocional y despersonalización y disminución de percepción del logro personal con el abandono de la profesión a un plazo de 5 años. Un estudio realizado en un hospital de tercer nivel en Boyacá, Colombia, dió como resultado que de los 22 profesionales que participaron en el estudio, solo 2 presentan Síndrome de Desgaste Profesional, correspondiendo al 9,1% de la población, el 90,9% restante no lo presentan, sin embargo la mayoría de enfermeros muestran afectación en alguna de las dimensiones correspondientes al Síndrome.⁷⁵

Contadores: El tema del estrés y síndrome de Burnout en el Contador Público no ha arrojado demasiada evidencia hasta el momento, sin embargo, en Colombia se realizó un estudio transversal a 872 Contadores Públicos, utilizando el "Maslach Burnout Inventory" y el cuestionario para evaluación del estrés del Ministerio de Salud y la Protección Social. Se halló que 59.4%, tiene nivel alto de Burnout y 40.3% tiene nivel medio. 61.8%, tiene un nivel de estrés muy alto, 17.1% tiene un nivel alto y 47% mostró un nivel alto de Burnout y un nivel muy alto de estrés.⁷⁶

Docencia: Esta labor presenta una alta vulnerabilidad al Burnout, debido a la realización simultánea de múltiples actividades y funciones que implican

⁷⁵ ALVAREZ, Verdugo. Lina, Patricia. PRIETO, Bocanegra. Brigitte. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. Revista: Enfermería global. [online].(12) 29; pp 73-88, 2013.

⁷⁶LOAIZA B. Edilgardo. Niveles de estrés y síndrome de Burnout en contadores públicos colombianos. Abril del 2012. Repositorio de la Universidad de los Andes. Venezuela.

asegurar que los estudiantes reciban una educación de calidad, así como exigencias grandes y conflictivas, no solo por parte de los alumnos, sino también de las familias, las redes sociales y la administración (Anadón, 2005; Aranda, Pando & Pérez, 2004; Alderete et al, 2003).

En Colombia, algunas investigaciones han evidenciado la relación del síndrome de Burnout con la docencia. En un estudio con docentes en la ciudad de Medellín se identificó que el 46.8% de ellos presentaban Burnout o estaban en alto riesgo de presentarlo. Otro estudio en Ibagué, señala que gran parte de los docentes de la muestra presentaba un nivel de Burnout bajo, destacandose el hecho de que el 34% presentaron niveles altos en Despersonalización y el 31% reportaran un alto grado de ineficiencia en el trabajo, características importantes del síndrome de Burnout (Hermosa, 2006; Restrepo-Ayalal, Colorado & Cabrera, 2005). Un estudio en Bogotá encontró una prevalencia del síndrome del 15.6% en docentes de colegios públicos y porcentajes altos en los factores asociados relacionados con el entorno laboral (18.96 %) y la satisfacción personal (16.34 %).⁷⁷

Cada vez son más las profesiones en las que se presenta el síndrome de Burnout y son muchas las organizaciones laborales y países en los que resulta de interés conocer los resultados de investigaciones que permitan seguir avanzando en el estudio de este síndrome.

6.2.2 PERFIL DE ENFERMERIA Y SINDROME DE BURNOUT

La enfermería se ha ido desarrollando a través de los años, esta evolución se ha hecho inquebrantable para convertirse no sólo en un arte sino además en una ciencia, sin perder la esencia de sus inicios: “el cuidado”. El término “cuidado” es difícil de definir, complejo de apreciar, según la Real Academia

⁷⁷ DÍAZ, Bambula. Fátima. Et al. Factores asociados al síndrome de Burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia, 2010.

Española, se alude a la “Solicitud y atención para hacer algo bien”; “Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar), y “Recelo, preocupación, temor”.⁷⁸

Se considera que la enfermería nace como tal en la época de Florence Nightingale, desde ese momento han acontecido varios hechos que han establecido a enfermería como una profesión, tales como:

1. Adquirir conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables:

La enfermería construye conocimientos a partir de otras disciplinas y en base a éstos, establece conjunto de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan su quehacer, junto con la implementación del método científico que permite fundamentar la práctica de los cuidados, con el objetivo de mejorar la atención brindada a las personas.

2. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades: La marcada dependencia del enfermero/a al médico sobre la atención en salud y la limitación a solo cumplir sus órdenes, se comienza a superar con la formación de los conocimientos, la aplicación del método científico, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad desde una visión holística.

3. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta: La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, interesada por las personas por su cuidado. Sus fundamentos dan sustento a una práctica que abarca al ser humano desde todos los aspectos, acorde con su propósito de superación, se

⁷⁸ AMOR, Escudero Grized. BONFANTE DEL VILLAR. Corina. Et al. Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos adulto. Cartagena. primer periodo del 2013. Corporación Universitaria Rafael Núñez.

acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad.

4. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica: Los primeros cuidados que se otorgaban se realizaban en forma gratuita, como una expresión de caridad y salvación del alma en la era cristiana, posteriormente muchas enfermeras iniciaron su formación en hospitales, en donde tenían que trabajar gratuitamente con el argumento que se encontraban aún en formación y el establecimiento les ofrecía entrenamiento práctico y alimentación; al establecerse en una profesión de formación formal, se logró una compensación económica y también un reconocimiento social.

5. La relación enfermero-paciente: implica un complejo proceso afectivo, los miembros del personal de enfermería en su actuar diario, deben dirigir sus esfuerzos a establecer una relación cargada de humanismo y sensibilidad con sus pacientes ya que el objetivo es aumentar el bienestar del mismo y brindar una atención encaminada a su restablecimiento. En esta relación hay una interacción constante; el paciente busca la recuperación de su salud, y el enfermero requiere de una buena comunicación que le permita identificar las necesidades afectadas de sus pacientes, para priorizarlas y buscarles soluciones. La comunicación es sumamente importante dentro de la relación con el paciente ya que el nivel de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste tendrá características particulares de acuerdo al caso que el profesional debe considerar. Mientras más intensas sean las demandas emocionales de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del enfermero, mayor probabilidad existe para que en estos últimos aparezcan toda una serie de alteraciones en la esfera mental.

Las universidades forman profesionales íntegros que proveen cuidado al individuo, inmerso en su esfera biopsicosocial. Al llegar al mercado laboral, las instituciones prestadoras de servicios, en respuesta a las políticas de

globalización y competitividad han asignado a la enfermera(o) múltiples funciones que la(o) ha alejado del cuidado directo, teniendo que delegar sus funciones en muchas ocasiones al personal auxiliar. En la actualidad, la enfermera(o) que se desempeña en el área asistencial está perdiendo cada vez más la esencia de su quehacer, atribuido principalmente a tres factores: sobrecarga laboral, pérdida de la identidad profesional y rutina en su desempeño.

En algunas instituciones la sobrecarga laboral, está dada por la asignación de diversas tareas que responden en su mayoría a políticas económicas de la institución y no a las necesidades de cuidado de los pacientes. La enfermera es en la actualidad administradora, cuidadora, jefe de personal, secretaria, comunicadora, relacionista pública, conciliadora y educadora, entre otros. El cumplimiento de diferentes funciones de carácter administrativo aleja al personal de enfermería cada vez más del cuidado al paciente y ha conducido a un mayor deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de agremiación, de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal en el ejercicio de la profesión.⁷⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), han reconocido la importancia de enfermería en el área de la salud, y por ello la relevancia de la identificación de los factores que afectan el desarrollo de las labores (Cogollo & Gómez, 2010).

El estrés laboral en la profesión de enfermería se compone de una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El enfermero está sometido a diversos estresores, como escasez de personal, que supone una mayor carga laboral, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol. La enfermería presenta tres características o factores de riesgo, que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y

⁷⁹ MUÑOZ, Osorio. Yudi, Alejandra. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, 2014.

físico, interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. Otro factor importante es, las condiciones de contratación y salariales, que no guardan proporción con la carga horaria ni con la asistencial, contribuyendo al cansancio físico y psicológico (Cogollo & Gómez, 2010). A nivel organizacional, las instituciones basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros, en lo referente a la gestión de las acciones de enfermería, estas dejan de ser autónomas, lo que puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga del rol.

La relación con los compañeros de trabajo debe ser grata y de apoyo para la entrega de cuidado (Cogollo & Gómez, 2010), sin embargo, si estas relaciones son tensas, conflictivas, y se mantienen con el tiempo, van a aumentar los sentimientos de Burnout. También influye la inexistencia de apoyo por parte de los compañeros, supervisores y de la dirección de la institución. Otra variable que se ha relacionado fuertemente con los resultados, es la satisfacción en el trabajo. La percepción de cuanta carga genera el trabajo fue demostrada en una encuesta nacional en Suecia, en la que se observó que mientras más satisfechas estaban las enfermeras con sus trabajos, éstas reportaban menor carga de trabajo (García et al, 2010). Este aspecto también ha sido planteado por Raiger, que al considerar el Síndrome de Burnout desde el lente de la cultura, destaca el componente de los valores. Flynn y Aiken, plantean que: las enfermeras comparten un núcleo de valores globales, entre los que destacan algunos atributos de la práctica tales como la autonomía, el control sobre su ámbito de trabajo y la comunicación asertiva con los médicos, como elementos necesarios para sentir satisfacción en el trabajo.⁸⁰

Existen múltiples estudios, que evidencian la existencia de grandes diferencias en cuanto a las prevalencias del Burnout y de cada una de sus dimensiones (Albaladejo et al, 2004). En Perú se realizó un estudio sobre “Síndrome de

⁸⁰ FERNÁNDEZ, García. Victoria. ZARATE, Grajales. Rosa. LARTIGUE, Becerra. Teresa. ¿Para qué estudiar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación, 2010.

Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas”, participaron 132 profesionales de enfermería, de los cuales 105 trabajaban en área crítica; se observó que el 78,1% demuestra alta tendencia a desarrollarlo y 3,8% ya se encontraban con signos y síntomas del síndrome. Los participantes mostraron poseer sentimiento de incompetencia profesional y de fracaso relacionado con situaciones laborales. Sin embargo, las enfermeras de los servicios Críticos están cognitivamente preparadas para adaptarse a las características ambientales de estas unidades y al trabajo en equipo (Gamonal, García & Silva, 2008).

6.2.3 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El impacto del síndrome de Burnout en el personal de salud se traduce en “alteraciones emocionales, conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones de la vida familiar”; se puede llegar a un “alto nivel de absentismo laboral, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas, automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas”, afectando el desempeño de la profesión.

6.2.4 IMPACTO EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La vivencia profesional del cuidar implica una tensión emocional constante, atención y grandes responsabilidades, así es la naturaleza del trabajo en salud, resulta inherente al afrontamiento del dolor, el sufrimiento, el contacto diario con la muerte de personas, factor que puede representar una fuente para la aparición del síndrome de Burnout.⁸¹ Este gremio generalmente se enfrenta a cambios de servicio, rotaciones y riesgos propios de la profesión como, lesión con materiales corto punzantes, exposición a enfermedades infecciosas, administración de medicamentos que pueden ser tóxicos para su salud, distorsión en su reconocimiento social.

⁸¹ FLÁVIA, María de franca. FERRARI, Diana. DORNELLES, Alves. Elioenai. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. 2012 Biblioteca científica Scielo.

Existen diversos estudios que han analizado la relación entre el binomio usuario/enfermero (como indicador de sobrecarga) y el resultado obtenido en la calidad de cuidado a los pacientes. Sobresalen los estudios que, han documentado el efecto del coeficiente usuarios/enfermeros en la mortalidad de pacientes y las fallas en la respuesta a situaciones críticas, así como su relación con la prevalencia de Burnout y la satisfacción en el trabajo. Uno de estos estudios, incluyó información de 210 hospitales generales, de los cuales se obtuvieron los registros de usuarios y se realizó un seguimiento 30 días después de su egreso, para observar mortalidad y reingreso. Los resultados evidenciaron que, la mortalidad en los usuarios incrementó un 7% por cada usuario adicional en el promedio de la carga de trabajo en el hospital; estos efectos significan que un incremento de personal resultaría en un decremento de mortalidad (García et al, 2010).

Para Aiken, Et al, las enfermeras forman parte del sistema de vigilancia y seguridad del paciente en los hospitales, en cuanto a la detección de complicaciones tempranas e intervenciones oportunas. Este sistema se ve influido por el número de enfermeras disponibles para brindar cuidados oportunos. Lang, determinó el coeficiente pacientes/enfermeros y su asociación con alguno de los siguientes resultados como, mortalidad, neumonía, infección de vías urinarias, úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, insatisfacción de pacientes, trombosis venosa, compromiso pulmonar y shock.

La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Marriner y Raile, 2007). Se ve claramente la importancia que tiene el cuidado en las personas que lo reciben y las implicaciones del incumplimiento de sus premisas para la funcionalidad bio-psico-social de los individuos; uno de los factores que pueden llevar al incumplimiento de un adecuado cuidado son, el estrés crónico, la fatiga laboral y el síndrome de Burnout, que ocasionan paulatinamente el detrimento

en ambos sistemas: trabajador-institución, prestadores de cuidado y usuarios, receptores de cuidado (Marriner & Raile, 2007).⁸²

6.2.5 IMPACTO A NIVEL ORGANIZACIONAL

Los efectos deletéreos del síndrome, se relacionan con el aumento de los costos operacionales, identificados por medio de indicadores organizacionales, entre estos indicadores, los principales son: las ausencias, la baja calidad del cuidado, deshumanización en la asistencia, el aumento de accidentes ocupacionales, la baja productividad y la intención de abandonar la profesión.

El absentismo de trabajadores del área de la salud y el aumento de costos relacionados al estrés, depresión y ansiedad han aumentado en los últimos años, como demuestra el reporte de los años 2006/2007 (SWI) del departamento de seguridad y salud del Reino Unido; de acuerdo con este informe, se perdieron 6.756 días de trabajo, debido a las ausencias por licencia médica para los hombres y 7.003 días para las mujeres. En promedio los días perdidos por género fueron 34 para los hombres y 27,3 días para las mujeres. Esos datos, al ser comparados entre los años 2005/2006, demuestran un aumento del número de días de licencia (una media de 31,6 días de licencia para los hombres y 29,1 días para las mujeres).

La insatisfacción en el trabajo está asociada a altas tasas de renuncia de los enfermeros y también a mayores niveles de desgaste emocional. La salida voluntaria del empleado trae consecuencias negativas para la organización, aumentan los costos de reclutamiento, selección, capacitación, entrenamiento de nuevos profesionales, además de la pérdida de profesionales con experiencia, disminución en la calidad de la atención, generando insatisfacción e intensificación de conflictos organizacionales.

El costo calculado, generado por las renunciaciones de enfermeros en los Estados Unidos de América, gira en torno de US \$10,000 a US\$60,000 por enfermero,

⁸² OPAZO, Schwarzenberg. Cristina, Edith. Et al. "Factores personales, familiares y laborales asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital base Valdivia, 2012".

según especialidad. Los costos indirectos generan un gran impacto en la economía de las instituciones hospitalarias, debido a la combinación de efectos tales como: caída en la productividad, no solamente en relación al individuo sino al equipo de trabajo.⁸³

6.2.6 REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad en la atención no sólo se traduce en entregar servicios médicos y técnicos de buena calidad, además busca la integralidad del equipo de salud y los servicios prestados, que impliquen una relación de empatía, confianza, trato humanizado, teniendo en cuenta a cada usuario desde una perspectiva biopsicosocial, holística. (Bárbara Zas, 2005).

La Asociación Nacional de Enfermería de Colombia define calidad como “la orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de las persona, como usuario del servicio de enfermería y de salud, así como a través de la satisfacción de enfermería que presta dicho servicio” (OPS, 2001).

El bienestar y un nivel de salud laboral óptimo en el personal sanitario determinará la eficacia de la atención y por ende de la organización a la que pertenece, siendo la calidad de vida laboral un aspecto de suma importancia para lograr los objetivos en materia de entrega de cuidados para la comunidad (Rozo, 2006).

El concepto del Burnout surgió precisamente para explicar y describir el proceso de deterioro de los cuidados prestados en la atención de los usuarios de diferentes instituciones u organizaciones de atención directa de salud (OPS, 2001). Este síndrome genera un gran impacto a nivel organizacional y social,

⁸³ FERRAZ, Bianchi. Grazziano. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros, 2010.

debido a que, no se logra una entrega de servicios eficaces, eficientes y efectivos, además de una percepción por parte de los usuarios del incumplimiento de la satisfacción de sus necesidades. (OPS, 2001).

6.2.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE BURNOUT

Los diferentes instrumentos que proyectan la medición del síndrome de Burnout han sido utilizados de manera continua, sistemática y rigurosa, generando resultados que han contribuido a comprender este síndrome; a continuación se presentan los instrumentos de medición utilizados, teniendo en cuenta las distintas propiedades psicométricas de los mismos, como, fiabilidad y validez factorial.

STAFF BURNOUT SCALE (SBS): Este instrumento realizado por Jones en el año de 1980 sugiere una escala compuesta por 30 ítems, que busca medir los aspectos afectivos, cognitivos, conductuales y psico fisiológicos que intervienen en el desarrollo del síndrome. El instrumento tiene una estructura factorial de cuatro componentes: Insatisfacción con el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad física, distres y relaciones negativas con los pacientes. La puntuación es asignada de acuerdo a la frecuencia señalada por el sujeto en sus respuestas, este instrumento es dirigido exclusivamente al personal de salud.⁸⁴

INDICADORES DE BURNOUT: Gillespie (1979-1980). Utilizo 7 indicadores potenciales de síndrome de Burnout en forma de ítems con opción de respuesta tipo Likert. Los indicadores utilizados fueron: proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultades de los clientes, encolerizarse con las

⁸⁴ MASLACH. Cristina. JACKSON. Susan. "Burnout in health professions: A social Psychological Analysis", 1982. Citado en Moreno Jiménez, B.; Peñacoba Puente, C. Estrés asistencial en los servicios de salud, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.

maneras amables, auto separación de los clientes, preferir la oficina al campo, bromear continuamente sobre los clientes, y estar ausente varios días por razones de salud mental. En el análisis estadístico el autor concluye que, el Burnout es un constructo multidimensional caracterizado por los indicadores anteriormente mencionados.⁸⁵

EMENER-LUCK BURNOUT SCALE: Los autores realizaron diversos estudios con este instrumento (Emener y Luck, 1980, Emener, Luck y Gohs, 1982), lograron aislar 6 factores que configuran la escala: Trabajo general, sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo, trabajo-preparación con el ambiente, respuestas negativas de la persona dentro del ambiente, disonancia del auto concepto frente al auto concepto de otros, y carrera-alternativas del trabajo. La escala cuenta con 30 ítems presentando una validez aceptable y un fiabilidad de 0,87.

BURNOUT MEASURE (BM): Según Schaufeli, Et al, este es el segundo instrumento de evaluación de Burnout más utilizado en los estudios de investigación; fue elaborado por Pines y Aronson en 1988. Para estos autores el Burnout se define como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, causado por involucrarse por largo tiempo en situaciones laborales emocionalmente demandantes. El Burnout Measure consta de 21 ítems, clasificados en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

1. Agotamiento físico: caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.

⁸⁵ MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. (112); pp 1-40, 2010.

2. Agotamiento Emocional compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.
3. Agotamiento mental formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

Los autores presentan esta escala como un instrumento de auto diagnóstico e incluso ofrecen una interpretación del resultado de las mismas. Sin embargo, se le critica que la única dimensión que evalúan es el agotamiento emocional, dejando por fuera la concepción tridimensional del Burnout.⁸⁶

INVENTARIO DE BURNOUT DE COPENHAGUE (CBI):

En este cuestionario el agotamiento emocional sigue siendo el núcleo principal del síndrome, pero se desarrollan tres escalas diferentes: el agotamiento emocional global, el agotamiento relacionado con el trabajo de forma general, independientemente de la profesión y el agotamiento aplicado a los trabajadores de profesiones de servicio (Borritz et al, 2005).

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT-PD): Este instrumento realizado por Gil Monte (1999), está formado por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones. Basándose en que el Burnout (o Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), según los autores consta al menos de 3 componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico y un exceso de despersonalización.⁸⁷

Teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

1. Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de

⁸⁶ VANHEULE. Rossel y VLERICK (2006) en Bélgica, por Kitaoka-Higashiguchi et al. (2004) en Japón, por Meda-Lara, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante-Benadero y Ortiz-Viveros (2008) en México.

⁸⁷ GIL Monte. Pedro. OLIVARES. Víctor. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Ciencia y Trabajo. (33); pp 160-167, 2009. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España).

realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.

2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan problemas.
3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas por las que trabajan.
4. La cuarta dimensión del CESQT se denomina Culpa, y para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son un síntoma característico de los individuos que desarrollan el SQT.

Divide los sujetos con Burnout en dos perfiles, el primero moderado y el segundo con severo Burnout. Y de ahí los autores plantean intervenciones terapéuticas.⁸⁸

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen; es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) elaborado por Maslach y Jackson, en 1981. Es uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Se podría afirmar que a partir de su elaboración se

⁸⁸ GIL Monte. Pedro. OLIVARES, Víctor. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Ciencia y Trabajo. (33); pp 160-167, 2009. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España).

normaliza el concepto de "quemarse por el trabajo", la definición más aceptada, es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualizan como un síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización (Martínez, 2010).⁸⁹

A partir del surgimiento del Maslach Burnout Inventory (MBI), han nacido diversas investigaciones empíricas que tratan de determinar la veracidad de las propiedades psicométricas del instrumento y la búsqueda de su tridimensionalidad propuesta en sus escalas, se exponen algunas de las principales fortalezas que presenta el MBI:

1. *La gran aceptación internacional:* el MBI se ha aceptado extensamente en la gran mayoría de los países de América Latina, la Unión Europea (EU), y en los Estados Unidos (USA) (Maslach et al. 2001). Esto es una ventaja porque permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, a la vez que impulsa el desarrollo de adaptaciones del cuestionario.
2. *Evidencia de validez concurrente:* Maslach y Jackson (1986) obtuvieron correlaciones significativas entre diversas escalas conductuales y el MBI, utilizando como estimaciones esposas y compañeros de trabajo. Al parecer, la puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el Tedium Measure (TM), el Staff Burnout Scale (SBS-HP) y el Meier Burnout Assessment (MBA), siendo el 25% la varianza que estos instrumentos explican del MBI (Schaufeli et al. 1993).
3. *Evidencia de validez divergente:* se ha evidenciado la validez divergente de la escala por las correlaciones significativas que se han encontrado entre las puntuaciones de dicha escala y las descripciones ante sus clientes, la sobrecarga objetiva de trabajo, el tiempo total de contacto directo con los

⁸⁹ GIL, Monte. Pedro PhD. Validez factorial de la adaptación al español de Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública México 2002. (44) 1; pp 33-40, 2002. Universidad de Valencia (España).

pacientes y con las conductas del trabajador en el hogar, evaluadas por sus parejas, a la vez, de las bajas correlaciones con deseabilidad social y las correlaciones negativas con la satisfacción en el trabajo.

4. En cuanto a las propiedades psicométricas del inventario, la consistencia interna estimada con alfa de Cronbach es de 0,90 para el agotamiento emocional; 0,79 para la despersonalización y de 0,71 para el logro personal.⁹⁰

El Maslach Burnout Inventory (MBI), es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo; en Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el año 2005.

Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Inicialmente en 1981 la escala para valorar los ítems presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de siete adjetivos (desde Nunca a Todos los días), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems contaba ocho grados y el sujeto valoraba la intensidad con la que sentía esas mismas situaciones. En 1986 las autoras consideraron que las correlaciones entre ambas formas se ocultaban, hecho por el cual recomendaron continuar la valoración con la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad.⁹¹

En la actualidad existen tres versiones del MBI:

⁹⁰ VANHEULE. Rosseel. VLERICK, A. Bélgica. por KITAOKA, Higashiguchi. Et al. (2004) en Japón, por LARA, Meda. MORENO, JIMÉNEZ, L. RODRÍGUEZ, MUÑOZ C. MORANTE, BENADERO. ORTIZ, VIVEROS, M. Año (2008) México.

⁹¹ GRAJALES. Tevni. Estudio de la validez factorial de Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Revista: Burnout o síndrome de estrés laboral asistencial SELA; pp 1-10, 2002.

A. EL MBI-HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS): dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Considerado el gold standard para medir el síndrome de Burnout⁹². La validez factorial del test en la versión adaptada al español ha sido demostrada⁹³, reportando un valor alfa de Cronbach de 0,81 para la subescala de Realización Personal, 0,88 para la subescala de Agotamiento Emocional y 0,79 para la subescala de Despersonalización.

Está constituida por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas y miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems), y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems). Y se encuentra relacionado con la primera etapa en la investigación de estas autoras, cuando se propuso que el síndrome de Burnout se daba en las personas que prestaban servicios humanos.

SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL: (Emotional Exhaustion EE) está formada por nueve ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describe sentimientos de saturación y cansancio emocional por el trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y con ello el nivel de Burnout experimentado.

⁹² THOMAS N. Síndrome de Burnout. Revista de la Asociación Médica Americana volumen 292 diciembre 15,2004; García J, Herrero S, León J. Validez factorial del MBI en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Apuntes de Psicología; pp 157-174, 2007.

⁹³ OLIVARES. Víctor. MIRANDA, Mera. Luis. JELVES. Carolina. SEPULVEDA. Felipe. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HS) en profesionales Chilenos. Universidad de Santiago de Chile, Chile. Universitas psicologica. (13) 1; pp 145-159, 2014. Bogotá- Colombia.

SUBESCALA DE DESPERSONALIZACION: (Despersonalization-DE) está formada por cinco ítems 5, 10, 11, 15 y 22, que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. La puntuación máxima es de 30 puntos y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado.

SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL: (Personal Accomplishment-PA) está compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.⁹⁴

El punto de corte también puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de agotamiento emocional (AE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26

⁹⁴ *Ibíd.*97. Pág. 147-148.

corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout. En la subescala de despersonalización (DE) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, medio de 6 a 9, y menor de 6 bajo grado de despersonalización. La subescala de realización personal (RA) funciona en sentido contrario a las anteriores; así de cero a 31 puntos indicaría baja realización personal, de 32 a 38 intermedia y superior a 39 sensaciones de alto logro⁹⁵

CATEGORIZACION DE PUNTAJES

NIVEL	SUBESCALA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
Bajo		Menor a 19	Menor a 6	Menor o igual a 31
Medio		Entre 19 a 26	Entre 6 a 9	Entre 31 a 38
Alto		Mayor o igual a 27	Mayor o igual a 10	Mayor o igual a 39

B. EL MBI-EDUCATORS SURVEY (MBI-ES): es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas.

C. EL MBI-GENERAL SURVEY (MBI-GS): Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto

⁹⁵ FLÓREZ. José, Antonio. Síndrome de estar quemado. Barcelona- España. Año de publicación 1994. Red de bibliotecas universitarias (REBIUN).

de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan baja eficacia profesional, agotamiento y cinismo⁹⁶

En castellano la escala fue validada por Gil y Peiró, 1999 en una muestra de 559 profesionales de diferentes sectores ocupacionales. Llegan a la conclusión: *“a la luz de los resultados obtenidos y de las conclusiones ofrecidas en estudios similares, el cuestionario se puede considerar válido y fiable en la versión adaptada al castellano”*. Son los mismos Gil y Peiró (1999), quienes también critican fuertemente la escala, en palabras textuales: *“la falta de modelos teóricos sólidos que dirijan la investigación, y que relacionen el estudio del síndrome de quemarse con otros campos de estudio de la Psicología Social, se considera una de las deficiencias más relevantes para su estudio.”* Y señala en el MBI debilidades psicométricas a nivel factorial, de consistencia interna, en especial la escala de despersonalización, aunque mantiene valores alfa de Cronbach aceptados en la literatura estadística.⁹⁷ A pesar de todo esto, el MBI es el instrumento utilizado con mayor frecuencia en la literatura y estudios para medir el síndrome de desgaste profesional. Razón por la cual, elegimos esta escala para el desarrollo aplicativo de nuestro trabajo de investigación.

6.2.8 INTERVENCION Y PREVENCION DEL SINDROME DE BURNOUT

Desde la aparición del concepto de síndrome de Burnout, se han desarrollado estrategias para reducir los riesgos que dan lugar a su aparición, así como para mejorar la calidad de vida laboral y prevenir las complicaciones del estrés laboral crónico. Paradójicamente, se suele poner mayor énfasis en la intervención individual, cuando se sabe que las causas residen en el ámbito organizacional. Los gestores de recursos humanos de las instituciones han de

⁹⁶ GIL, Monte. Pedro PhD. Validez factorial de la adaptación al español de Maslach Burnout Inventory-General Survey. Revista: Salud Pública México 2002. (44) 1; pp 33-40. Universidad de Valencia (España), 2002.

⁹⁷ GIL, Monte. Pedro. PEIRO, José, María. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Revista Psicothema. (11) 3; pp 679-689. Universidad de la Laguna y Universidad de Valencia (España).

contribuir, en el manejo de los riesgos psicolaborales, así como los servicios de seguridad y salud en el trabajo, a través de conocer el proceso de desarrollo de este fenómeno y las estrategias de prevención e intervención desde el nivel organizacional.

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir para el manejo del síndrome se encuentra, Paine (1982), que determinó como pasos a seguir:

- 1) Identificar el Burnout.
- 2) Prevenir mediante información y técnicas de afrontamiento.
- 3) Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- 4) Restablecer, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

En 1999, Ramos planteó, diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, como son:

- 1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales con entrenamiento en técnicas de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas.
- 2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- 3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- 4) Fortalecer las redes de apoyo social.
- 5) Disminuir los estresores organizacionales.⁹⁸

El Síndrome de Burnout en la actualidad se presenta como una enfermedad que por lo general pasa desapercibido para los trabajadores de las instituciones

⁹⁸ MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. (112); pp 1-40, 2010.

de salud, considerándose únicamente como “estrés”, de allí la poca importancia que se le da a este aspecto, a nivel funcional y operativo. Las medidas para prevenir el Burnout se pueden ajustar en tres niveles de actuación, siguiendo las consideraciones de Pedro Gil Monte (2000).⁹⁹

- 1) A Nivel individual considerando los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante la fuente de estrés.
- 2) A Nivel grupal al potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social.
- 3) A Nivel organizacional con el fin de erradicar o disminuir los factores generadores de estrés presentes en el entorno laboral que llevan al desarrollo del síndrome de Burnout.

No obstante, todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización.

A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN

- Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del síndrome de Burnout.
- Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Establecer mecanismos de feedback o retroinformación del resultado del trabajo.
- Promover el trabajo en equipo.

⁹⁹ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES DE ESPAÑA. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención.

- Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles. Establecer objetivos claros para los profesionales.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades. Es esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma, por ejemplo, a través de formación dirigida a mejorar los recursos instrumentales en su trabajo, así como a aumentar la competencia psicosocial del profesional.
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.
- Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Favorecer y establecer planes de promoción transparentes e informar de los mismos.
- Crear, si no se puede eliminar el foco del riesgo, grupos de soporte para proteger de la ansiedad y la angustia.

- Promover la seguridad en el empleo.
- Se puede establecer asistencia, por parte de personal especializado. También informar al personal de los servicios que ofertan las instituciones.
- Facilitar a los trabajadores de los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo.

Complementariamente, como elementos útiles para proteger y promover un mayor control del trabajador, es interesante el uso de algunas técnicas:

- Trabajar desde las técnicas de reestructuración cognitiva (con el fin de modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales). Se trata de volver a evaluar y reestructurar las situaciones problemáticas para que dejen de serlo.
- Adiestrar en técnicas de autorregulación o control (que neutralicen o eliminen las consecuencias del síndrome): de gestión del tiempo, de delegación, de desarrollo de habilidades sociales, de asertividad, de entrenamiento en solución de problemas, etc., que mantengan la motivación y el sentido del desempeño del puesto en el trabajo.
- Aprender técnicas de relajación, yoga y otras, para que la persona esté en mejores condiciones de afrontamiento.¹⁰⁰

A NIVEL INTERPERSONAL (SOCIAL)

- Es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Formarles en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo.

¹⁰⁰ *Ibíd.* 102. Pág. 85-89.

- Se recomienda realizar grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
- Dirigir bien y con un estilo adecuado. Formar a los gestores en ello.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Es preciso establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.
- Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.
- Establecer trabajos de supervisión profesional (en grupo) a los trabajadores.¹⁰¹

A NIVEL INDIVIDUAL

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida.
2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas. Por ejemplo: entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa.¹⁰²

¹⁰¹ Ibíd. 102. Pág. 72-75.

¹⁰² Ibíd. 102. Pág. 75-78.

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo.
- Es importante tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.
- Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.
- Formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
- Entrenar en el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario.
- Implementar cambios de ambiente de trabajo, rotaciones.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobre implicación y la indiferencia.
- Establecer programas de supervisión profesional individual.
- Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.
- Trabajar técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.

- Técnicas Cognitivas cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ANTE LA EXISTENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT

Cuando el riesgo se materializa y el síndrome de Burnout ya ha hecho acto de presencia en el trabajador, a menudo, quienes primero se dan cuenta son las personas que están a su alrededor. Es difícil que el afectado de Burnout severo se dé cuenta de ello. Por lo cual resulta preciso el apoyo de las personas cercanas para evitar mayores consecuencias. El apoyo social es sin duda la variable moderadora más importante de los efectos del síndrome. Mejorar el soporte social de compañeros y superiores debería estar institucionalizado a través de encuentros regulares establecidos. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de Burnout, media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar información técnica, supervisión y soporte emocional.¹⁰³

Es necesario reconocer que no existe ninguna técnica sencilla capaz de tratar de forma efectiva el síndrome; se precisa de un profesional especializado en la materia, para acometer una evaluación centrada en la respuesta de daño en la salud del trabajador y proponer medidas de intervención individual, si es el caso y sobretodo medidas relativas a las condiciones de trabajo, tanto a

¹⁰³ Ibíd. 102. Pág. 90-91.

efectos de intervención inmediata como a efectos de prevenir en un futuro que los riesgos antecedentes del síndrome causen daños a los trabajadores.¹⁰⁴

6.3 MARCO LEGAL

El área de seguridad y salud en el trabajo en Colombia está regida por lineamientos constitucionales, decretos, resoluciones del Código Sustantivo del:

6.3.1 Trabajo y por su compendio de normas que aún están vigentes a través de la Ley 1562 del 2012, relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, que hacen parte integral del Sistema General de Riesgos Laborales, con el objetivo de mejorar tanto el ambiente laboral como las condiciones del mismo, de tal manera que aseguren el bienestar físico, psicológico y social de los trabajadores al interior de las organizaciones.¹⁰⁵

6.3.2 En la legislación Colombiana para el Sistema General de Riesgos Profesionales y específicamente el Decreto 1477 del 2014, por el cual se adopta la renovación de la tabla de enfermedades ocupacionales, en su artículo N° 1, numeral 42, define las patologías causadas por estrés en el trabajo y menciona como posibles agentes etiológicos factores de riesgo psicosociales dentro de los cuales se encuentran: *gestión organizacional* donde incluye: deficiencias en la administración del recurso humano, tipo de contratación y pago, estrategias para el manejo de los cambios que afecten a las personas. *Características de la organización del trabajo* como son: las demandas cualitativas y cuantitativas del trabajo. *Características del grupo social de trabajo* (cohesión y calidad de las interacciones, así como el trabajo en equipo). *Condiciones de la tarea* (demandas de carga emocional y mental

¹⁰⁴ Ibíd. 103. Pág. 33-35.

¹⁰⁵ AMOR, Escudero. Grized. BONFANTE DEL VILLAR. Corina. POLO, Taborda. Laura TURIZO, Díaz. Anyi. Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en unidades de Cuidados Intensivos Adulto. Cartagena. Primer periodo 2013. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Facultad de ciencias de la salud. Programa de enfermería. Cartagena de Indias; pp 1-109.

elevadas, velocidad, complejidad, minuciosidad y apremio del tiempo, nivel de responsabilidad con la tarea y definición de roles), *carga física, condiciones del medio ambiente del trabajo* (exposición a riesgos físicos, biológico, de seguridad, químico, entre otros); *interfase persona tarea y jornada de trabajo* (horarios y jornadas laborales extenuantes, con poco tiempo de descanso).¹⁰⁶ Sin embargo al revisar el grupo de enfermedades que se pueden generar al estar expuesto a estos riesgos psicosociales, no incluye al Síndrome de Burnout, como enfermedad profesional en el país.

Teniendo en cuenta lo anterior, las leyes que reglamentan el presenta tema de investigación, son las siguientes:

ARTÍCULO 25, CONSAGRADO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA: El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.¹⁰⁷

6.3.3 RESOLUCIÓN 2646, 17 DE JULIO DEL 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. De esta manera la legislación pretende resguardar al trabajador en todos los aspectos de su condición humana, con la intención de impedir que adquiera alguna enfermedad que afecte su salud y bienestar integral.¹⁰⁸

LEY 9ª DE 1979: plantea la Ley en el marco de la Salud Ocupacional en Colombia.

¹⁰⁶ REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Trabajo. Decreto número 1477 del 5 de Agosto del 2014 por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales. Sección I: Agentes etiológicos / factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención de enfermedades laborales; pp 1-108, 2014.

¹⁰⁷ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Índice 1. Titulo 2: de los derechos garantías y los deberes. Capitulo 1: de los derechos fundamentales. Artículo 25.

¹⁰⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 2646. 17 de Julio del 2008. Diario oficial 47059, Julio 23 del 2008.

Resolución 2400 de 1979: conocida como el "Estatuto General de Seguridad".

DECRETO 614 DE 1984: crea las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional.

RESOLUCIÓN 1016 DE 1989: establece el funcionamiento de los Programas de Salud Ocupacional en las instituciones de Colombia.

6.3.4 DECRETO 1832 DE 1994: menciona la importancia de identificar condiciones de carácter organizacional como son: trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producción en masa, repetitiva o monótona o combinada con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresores físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica severa o colon irritable.

6.3.5 RESOLUCIÓN 1445 DEL 2006, ANEXO 1: establece en el estándar de "gerencia del recurso humano", que las organizaciones deben contar con mecanismos periódicos para medir la satisfacción laboral y encontrar estrategias para realizar lectura del cliente interno donde se capten las necesidades de éste y se le den las respuestas correspondientes. Definir los factores de riesgo psicosocial de los empleados, determinar qué los estresa y ejecutar planes de mejora que tengan un impacto positivo en la percepción del cliente interno, como una de las herramientas que se utilizan para cumplir con algunos estándares en instituciones que desean lograr la acreditación.¹⁰⁹

El Sistema Único de acreditación en su esencia trasciende a considerar la importancia de contar con un cliente interno satisfecho, tranquilo, capacitado,

¹⁰⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución número 1445 del 2006. Anexo técnico número 1. Manuales de estándares del sistema único de acreditación. Manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias; pp 71- 121, 2008.

competente para lograr un cliente externo seguro y satisfecho. Es por eso que en la mayoría de los estándares, partiendo del direccionamiento estratégico se plantean procesos que en primer lugar garanticen el bienestar del empleado de manera que se pueda brindar una atención que supere las expectativas del usuario.

6.3.6 LEY 266 DE 1996: por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, en su Artículo 21 plantea: *Los derechos del profesional de enfermería.*¹¹⁰

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales e internacionales del trabajo.
3. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.
4. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
5. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.
6. Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

6.3.7 RECOMENDACION 157 DE 1977: de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), hace referencia al empleo y las condiciones de trabajo y de vida del personal y profesional de enfermería. Y la intervención de las

¹¹⁰ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 del 5 de Febrero de 1996. Artículo 21: derechos del profesional de enfermería. Diario oficial N° 42, 710; pp 6-8.

organizaciones de los trabajadores para conseguir su ratificación por el Congreso Colombiano.¹¹¹

Esta normatividad se dirige al fortalecimiento de enfermería reconociendo su contribución esencial a los sistemas de salud y los esfuerzos que desde su rol desempeñan por alcanzar los objetivos del milenio.

¹¹¹ PICO, Merchan. María, Eugenia. ESCOBAR, Jurado. Astrid. Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería; pp 1-10. Universidad Católica de Manizales, 2004.

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo Descriptivo, de enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, mediante el cual, se determinó la presencia del síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital San José durante el segundo semestre del año 2015.

7.1.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Los enfermeros que desarrollaban su actividad laboral en el área administrativa y asistencial del Hospital San José, Popayán.

7.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS: El síndrome de Burnout en estos profesionales.

7.1.3 UNIVERSO: Enfermeros que laboraban en las distintas unidades funcionales del Hospital San José, Popayán. Constituido por 160 enfermeros.

7.1.4 MUESTRA: Constituida por el total de Enfermeros: 160 que desarrollaban su actividad laboral en tres jornadas laborales (mañana, tarde y noche), en el área clínica y administrativa.

Teniendo en cuenta que no toda la muestra participó del estudio se trabajó con un margen de error de 5%, la muestra quedo conformada por 152 enfermeros que representaron el 95% del universo.

7.1.5 SELECCIÓN DE LA MUESTRA: La población total fue de 160 enfermeros, 39 eran de Planta (5 hombres, 34 mujeres) y 121 trabajaban otra forma de contratación (96 hombres, 25 mujeres) distribuidos en el área clínica 148, correspondientes al 92.5% y 12 (7.5%) en el área administrativa.

7.2 POBLACIÓN

7.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales de enfermería vinculados al talento humano del Hospital Universitario San José, a término fijo o a través de asociación de trabajadores a término indefinido.
- Profesionales de enfermería que llevaban más de 1 año de laborar de forma continua para el Hospital.
- Profesionales de enfermería que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

7.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesional de enfermería que no diligenciaba de manera adecuada los instrumentos aplicados.
- Profesional de enfermería que desde el inicio o durante la aplicación de los instrumentos decidió no participar del estudio.
- Profesionales de enfermería que se encontraban de vacaciones, con licencia o incapacitados durante todo el período de recolección de datos.
- Profesionales de enfermería que laboraban de manera temporal en el Hospital.

7.3 VARIABLES:

7.3.1 SOCIODEMOGRAFICAS: fueron las variables independientes que se encontraban consignadas en el instrumento diseñado por las investigadoras para la recolección de datos socios demográficos y laborales de la población, se consideraron las siguientes variables:

- Genero.
- Edad.
- Escolaridad.

- Estado civil.
- Área de trabajo.
- Unidad funcional.
- Años de experiencia.
- Turnicidad.
- Vinculación laboral.
- Número de empleos.
- Número de hijos.
- Antecedentes de estrés profesional.
- Relaciones intralaborales.
- Satisfacción según remuneración salarial.
- Cambio de área de trabajo por salud ocupacional.
- Tiempo dedicado a actividades de ocio.
- Horas de sueño al día.
- Estudio y trabajo.

7.3.2 INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HSS:

Instrumento utilizado para la medición y diagnóstico del síndrome de Burnout, a través del cual se establecieron las variables dependientes, que comprenden las tres dimensiones del síndrome:

- Despersonalización.
- Agotamiento emocional.
- Realización personal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (ANEXO 1)

7.4 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

- Se presentó el anteproyecto de investigación ante el Comité de Ética de investigación y a coordinación de seguridad y salud en el trabajo del Hospital San José. (ANEXO 8)
- Se informó de las condiciones básicas y objetivos del trabajo de investigación, se invitó a participar en el estudio y se solicitó un espacio de tiempo para su participación.
- Se entregó el Consentimiento Informado (FCI) (VER ANEXO 2).
- Se realizó la aplicación de los instrumentos: Cuestionario de datos Socio Demográfico y Laborales (CDSDL) y el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS).

7.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

7.5.1 FUENTES DE DATOS: Para la recolección de los datos primarios, se empleó:

- Un cuestionario estructurado, que contiene 18 preguntas relacionadas con datos Socio demográfico y Laborales (CDSDL). (VER ANEXO 3).
- Para validar el CDSDL y evaluar el Instrumento MBI-HSS se realizó una prueba piloto en la Unidad de Cuidados Intensivos (DUMIAN), Popayán. En el desarrollo de la prueba piloto se tomó como muestra a 16 enfermeros que laboraban en la unidad de cuidados intensivos (DUMIAN). Posterior a su aplicación, se realizaron las modificaciones en la forma de las preguntas número 6, 7, 11 y se aumentó la pregunta número 18: ¿Cuántas horas de sueño tiene al día? Con tres opciones de respuesta.

- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) en su versión validada al español, de libre acceso, que opera con una escala tipo Likert de 0 a 6 juicios sobre exactitud o no de una afirmación, compuesto por 22 ítems que evalúan las tres dimensiones del síndrome de Burnout. los ítems son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de la subescala Agotamiento Emocional. Ítems 5, 10, 11, 15 y 22 correspondientes a la subescala de Despersonalización: los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 correspondientes a la subescala de Realización Personal. El total de la suma de estos ítems corresponde a un puntaje que determina si hay un nivel bajo, intermedio o alto para cada subescala. (VER ANEXO 4)

La escala de MBI-HSS es la más utilizada a nivel mundial para estudiar el síndrome de Burnout. En Colombia esta escala fue validada por la Universidad de Antioquia en el año 2005.¹¹² Teniendo en cuenta los parámetros establecidos por Maslach, el diagnóstico de Burnout se hace cuando se obtienen puntajes altos en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en la subescala de Realización Personal. Existen diferencias en los puntos de corte para determinar qué es una puntuación baja, intermedia o alta de cada subescala. En esta investigación se establecieron los puntos de corte para cada subescala:

- Nivel bajo: Menor del percentil 33.
- Nivel medio entre los percentiles 33-66.
- Nivel alto: Mayor y/o igual del percentil 66.

¹¹² RESTREPO, AYALA Nadia. COLORADO, VARGAS Gabriel. CABRERA, ARANAI Gustavo. Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín-Colombia año 2005. Revista Salud Pública. Facultad nacional de Salud Pública (8) 1; p 63-73. Año 2006.

La recolección de los datos se realizó en un periodo de 3 semanas, en las siguientes fases:

1. Abordaje a los enfermeros en cada uno de los servicios del Hospital San José.
2. Información sobre la importancia del estudio y su posible participación.
3. Entrega del formulario a quienes decidieron participar en la investigación.

7.6 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se elaboró una matriz de datos por medio del software estadístico SPSS versión 23. A cada encuesta se le asignó un número consecutivo con el fin de llevar un orden en la tabulación de la información, en las columnas se dispusieron las variables y en las filas las respuestas.

Para las variables socio demográficas se realizó un análisis univariado, utilizando medidas de tendencia central como porcentaje y promedio. Para el cuestionario MBI-HSS, se realizó un análisis bivariado, se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, para estimar la correlación entre las variables y las tres subescalas del síndrome se utilizó Chi² con un valor de significancia de $p < 0,05$; una vez finalizado el análisis se representó la información mediante tablas de frecuencia y gráficos.

CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL MBI:

Para determinar el diagnóstico del síndrome de Burnout, se tomaron como base los siguientes criterios en las subescalas de:

- Agotamiento Emocional (AE): se consideró:
 - Nivel alto: puntuaciones iguales o superiores a 27.
 - Nivel medio: puntuaciones entre 19 y 26.
 - Nivel bajo: puntuaciones menores de 19.
- Despersonalización (DE) se clasificó:

- Nivel alto: puntuaciones superiores a 10.
- Nivel medio: puntuaciones de 6 a 9.
- Nivel bajo: puntuaciones menores a 6.

- Realización personal (RP), funciona en sentido contrario a las anteriores; se consideró:
 - Nivel alto: puntuaciones superiores a 39.
 - Nivel medio: puntuaciones de 32 a 38 nivel intermedio.
 - Nivel bajo: puntuaciones de 0 a 31 puntos.¹¹³

El factor prevalencia del Síndrome de Burnout, será reportado aplicando un intervalo de confianza del 95%.

7.7 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS

Para el desarrollo de este proyecto de investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros de normatividad ética:

Pautas éticas CIOMS, Ginebra 2002: pauta 1, justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos. Las investigadoras consideran que este trabajo de investigación genera beneficios para los programas de promoción y prevención de la seguridad y salud en el trabajo orientados al manejo de riesgos psicolaborales además, cumplió con los requisitos establecidos por la institución, para el desarrollo de proyectos de investigación.

La validez ética de este proyecto, estuvo orientada según la Ley 911 del 2004 que menciona las responsabilidades deontológicas para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y siguiendo lo establecido en el informe Belmont (1978), se fundamentó en los principios y valores éticos de:

¹¹³ MASLACH. Cristina. JACKSON. Susan. Maslach Burnout Inventory Manual. California: Consulting Psychol Press: 1986.

- Respeto por las personas. Las investigadoras fueron veraces en el momento de informar los resultados, no se alteró la información recolectada.
- Beneficencia: se resaltó la filosofía de "no hacer daño" y aumentar al máximo los beneficios generados por esta investigación para los enfermeros y el área de seguridad y salud en el trabajo, fomentando el mantenimiento de la salud laboral.
- La justicia: como principio de este estudio, garantizó la no discriminación de género y etnia a quienes participen de este proyecto, los beneficios logrados serán para todos los participantes.

Para elaborar el consentimiento informado se tomó como referencia el Código de Núremberg (1997). La participación voluntaria de los sujetos, se hizo evidente con la firma de este; para garantizar el cumplimiento de su voluntad y el respeto de ésta. Se dejó explícito en el documento de consentimiento informado, que el enfermero(a) podía rehusarse a participar en cualquier momento en este trabajo de investigación.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial tiene como pilar fundamental de una investigación ética, resguardar la intimidad de la persona y la confidencialidad de su información personal; en este estudio la confidencialidad se mantuvo, al no revelar la identidad de los participantes, asignando un código numérico a cada uno de ellos.

Al finalizar la investigación, se realizó la socialización en el Hospital San José; sobre los hallazgos en el diagnóstico del síndrome de Burnout.

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Para el desarrollo del proyecto, se solicitó al Comité de Ética de la institución, la autorización para realizar este proyecto, previa revisión y aprobación por parte del departamento de investigación de la Universidad del Cauca.

La importancia del desarrollo y hallazgos de esta investigación se fundamentó en la humanización y atención con calidad que se debe brindar a los usuarios de la institución.

7.8 ANALISIS DEL RIESGO BENEFICIO

Una complicación que se presentó durante el diligenciamiento del instrumento fue, la incomodidad que se generó por algunas preguntas que planteaba el Inventario de Maslach Burnout Inventory HSS.

7.9 PLAN DE TRABAJO

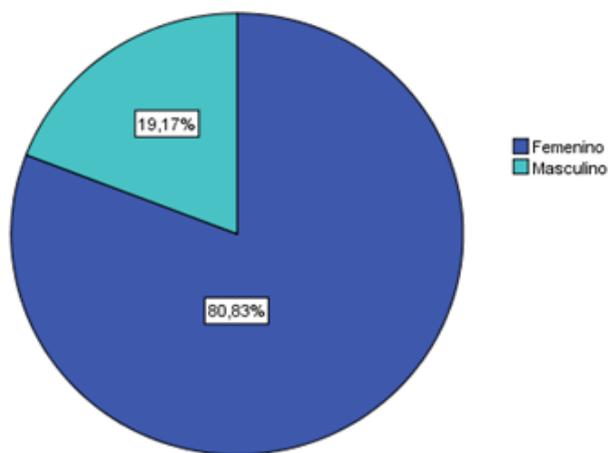
A continuación se presenta el cronograma de actividades que se llevaron a cabo, en el desarrollo del proyecto de investigación, diagnóstico de Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital San José, Popayán, II periodo, año 2015. (ANEXO 5) y presupuesto (ANEXO 6).

8. RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACIÓN

La muestra estuvo constituida en un 80,8% (N=97) por el género femenino y en un 19,2% (N=23) por el género masculino. (Ver grafica 1).

Grafica 1: Distribución porcentual de Enfermeros según género. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

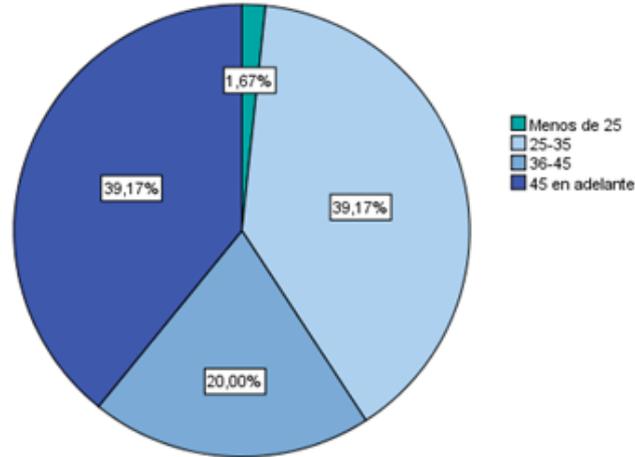


Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Fuente: Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Para la variable edad, el 39,2% (N=47) se encontró entre los 25 a 35 años y 45 años respectivamente, el porcentaje para el rango de los menores de 25 años, fue de 1,7%(N=2). (Ver gráfica 2).

Grafica 2: Distribución porcentual de Enfermeros según rango de edad. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Fuente: Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

El estado civil predominante fue, solteros en un 38,3%(N=46); seguido de 35%(N=42) casados, el 14,2%(N=17) unión libre; 9,2%(N=11) divorciados; y el 3,3% (N=4) viudos. (Ver tabla N°1).

Tabla 1: Distribución porcentual de enfermeros según estado civil. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

Estado civil	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Soltero	46	38,3	38,3	38,3
Casado	42	35,0	35,0	73,3
Unión libre	17	14,2	14,2	87,5
Viudo	4	3,3	3,3	90,8

Divorcio	11	9,2	9,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según la variable número de hijos, el 69,2% (N=83) tenían entre 1 y 3 hijos; el 28,3% (N=34) no tenían hijos y un 2,5%(N=3) reportaron tener más de tres hijos. (Ver tabla N°2).

Tabla 2: Distribución porcentual de enfermeros según el número de hijos. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

Número de hijos	Frecuencia	%	%Válido	% Acumulado
Ninguno	34	28,3	28,3	28,3
Entre 1 y 3	83	69,2	69,2	97,5
Más de 3	3	2,5	2,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según el nivel de escolaridad, el 48,3% (N=58) tenían estudios de Pregrado, el 42,5(N=51) especialización y el 9,2%(N=11) han realizado maestría. (Ver tabla N°3).

Tabla 3: Distribución porcentual de enfermeros según nivel de escolaridad. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Pregrado	58	48,3	48,3	48,3

Postgrado	51	42,5	42,5	90,8
Maestría	11	9,2	9,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

El 76,7% (N=92) estaban vinculados a término indefinido y el 23.3% (N=28) a término fijo. (Ve tabla N°4).

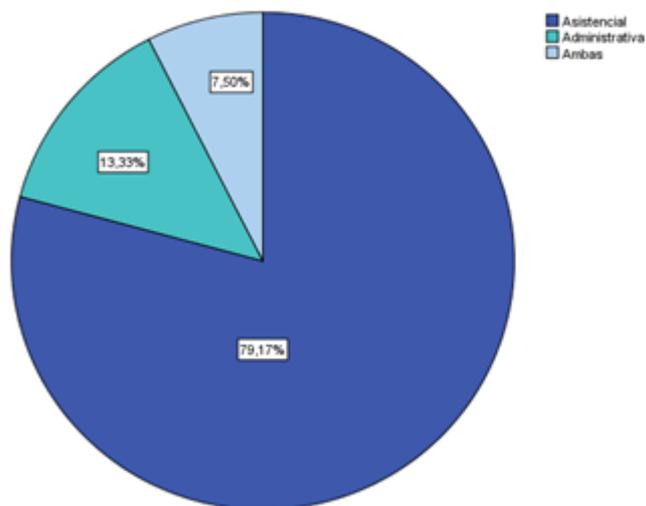
Tabla 4: Distribución porcentual de enfermeros según tipo de vinculación. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Tiempo indefinido	92	76,7	76,7	76,7
Tiempo fijo	28	23,3	23,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según el sitio donde laboraban, el 79,2% (N=95) se encontraban en el área asistencial, el 13,3% (N=16) en el área administrativa y el 7,5% (N=9) en las dos áreas. (Ver gráfica 3).

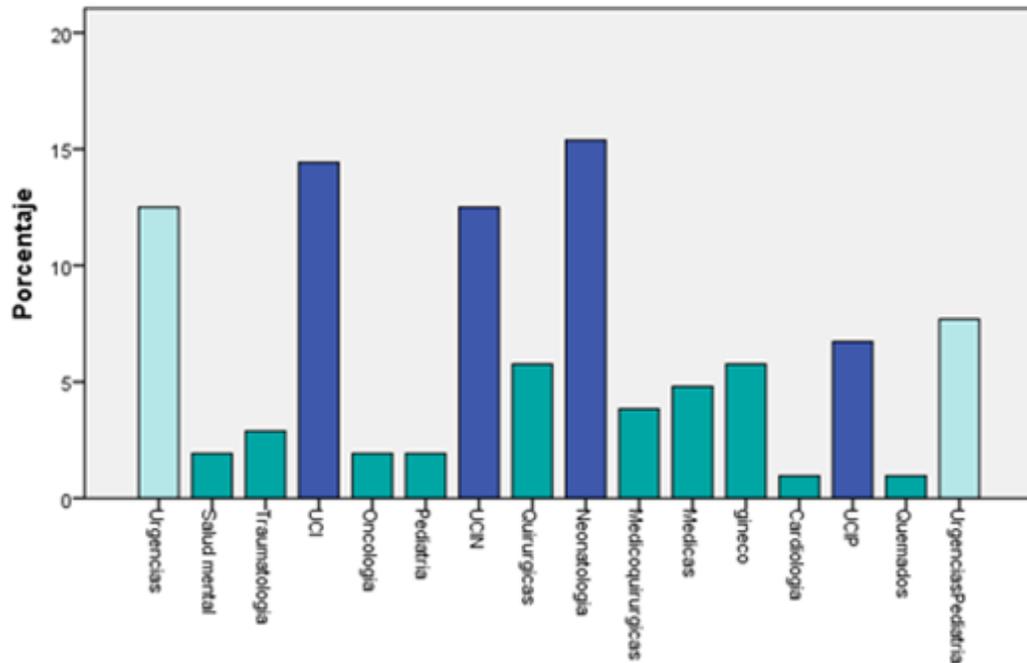
Grafica 3: Distribución porcentual de enfermeros según el área de trabajo, Hospital Universitario San José, Popayán. 2015.



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

El 42,4% (N=51) de los enfermeros laboraban en Unidad de Cuidados Intensivos (adulto, pediátrica, intermedio) y el 17,5% (N=21) en la unidad de Urgencias (adulto, pediatría). (Ver gráfico N°4).

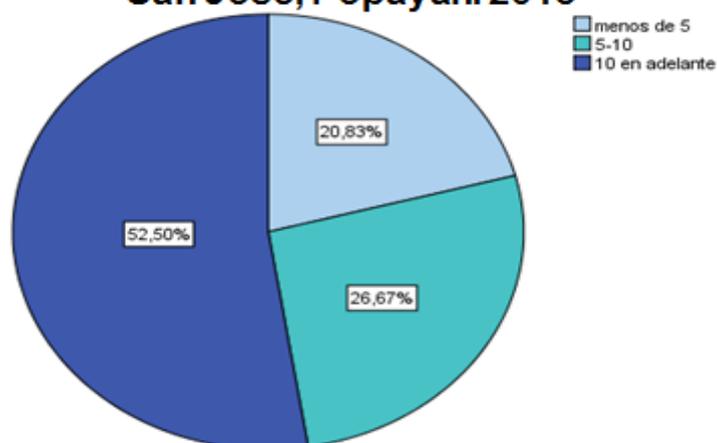
Grafica 4: Distribución porcentual de enfermeros, según servicios en donde laboran. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según los años que los enfermeros llevaban ejerciendo su profesión, el 52,5% (N=63) han trabajado más de 10 años; el 26,7%(N=32) entre 5 y 10 años, y el 20,8% (N=25) menos de 5 años. (Ver gráfica N°5).

Grafica 5: Distribución porcentual de enfermeros, según los años que lleva ejerciendo su profesión. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según el número de empleos, el 80%(N=96) de los enfermeros trabajaban únicamente en el Hospital San José y el 20%(N=24) refirieron trabajar en otras instituciones. (Ver tabla N°5).

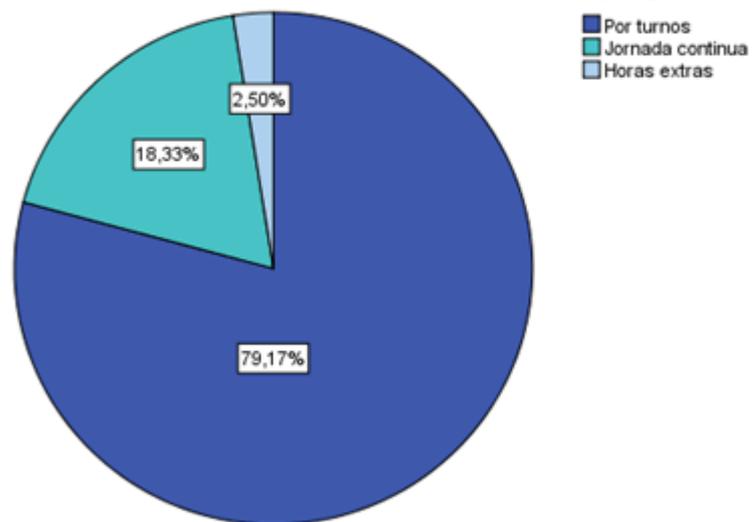
Tabla 5: Distribución porcentual de enfermeros, según número de empleos. Hospital Universitario San José, Popayán, 2015

	Frecuencia	%	%Válido	% Acumulado
1 empleo	96	80,0	80,0	80,0
2 empleo	24	20,0	20,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Según tipo de jornada laboral, el 79,2% (N=95) trabajaban por turnos; el 18,3% (N=22) en jornada continua y el 2,5% (N=3) realizaban horas extras. (Ver gráfica N° 6).

Grafica 6: Distribución porcentual de enfermeros, según tipo de jornada laboral. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Según antecedentes de estrés laboral, el 75% (N=90) no tenían antecedentes determinados por diagnóstico médico; el 25%(N=30) refirieron tener antecedente de estrés laboral. (Ver tabla N°6).

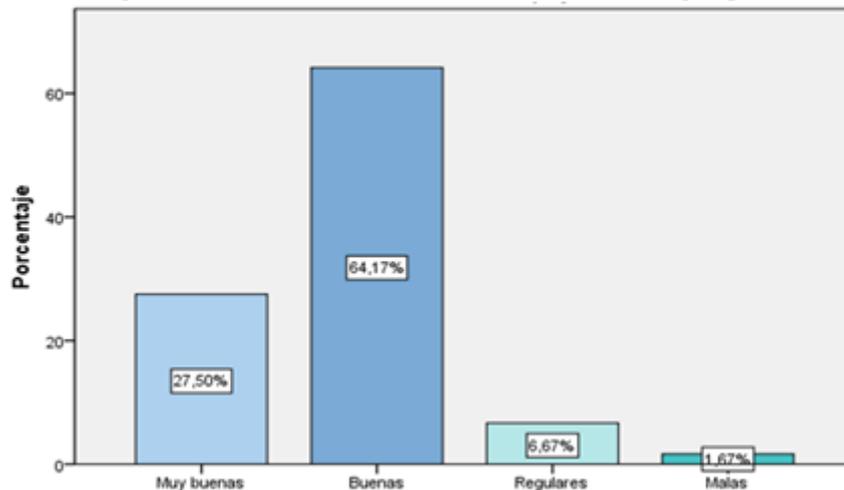
Tabla 6: Distribución porcentual de enfermeros, según antecedente de estrés laboral. Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Si	30	25,0	25,0	25,0
No	90	75,0	75,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Respecto a la variable, calificación de las relaciones intralaborales, el 64,2% (N=77) de los enfermeros las consideraban buenas, el 27,5% (N=33) muy buenas; el 6,7% (N=8) regulares y el 1,7% (N=2) como malas. (Ver gráfico N°7).

Gráfica 7: Distribución porcentual de enfermeros según calificación de las relaciones intralaborales. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

El 50% (N=60) de los enfermeros, calificaron el salario como bueno, el 38,3% (N=46) regular, el 5,8% (N=7) muy bueno y malo otro 5,8%. (Ver tabla N°7).

Tabla 7: Distribución porcentual de enfermeros según calificación del salario que reciben. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy bueno	7	5,8	5,8	5,8
Bueno	60	50,0	50,0	55,8
Regular	46	38,3	38,3	94,2
Malo	7	5,8	5,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

El 93,3% (N=112) de los enfermeros indicaron que no han desarrollado ninguna enfermedad laboral, que requiriera cambios en su área de trabajo, el 6,7% (N=8) si han cambiado al menos una vez de área. (Ver tabla N° 8).

Tabla 8: Distribución porcentual de enfermeros según referencia de cambio de área de trabajo por enfermedad laboral. Hospital San Universitario José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Si	8	6,7	6,7	6,7
No	112	93,3	93,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Según tiempo diario dedicado a realizar actividades de ocio, se encontró que el 35% (N=42) realizaban entre 1 y 2 horas, el 30,8%(N=37) manifestaron que el tiempo que dedicaban a estas actividades es menor de 1 hora al día, el 17,5% (N=21) realizaban actividades por más de 2 horas/día y el 16,7% (N=20) refirieron no dedicar tiempo para realizar actividades de ocio. (Ver tabla N° 9).

Tabla 9: Distribución porcentual de enfermeros según tiempo diario dedicado a realizar actividades de ocio, Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
No realiza	20	16,7	16,7	16,7
Menor a 1 hora.	37	30,8	30,8	47,5
Entre 1y 2 horas.	42	35,0	35,0	82,5
Mayor de 2 Horas.	21	17,5	17,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Según la variable, actividades de trabajo y estudios de Postgrado y/o actualizaciones académicas (simultáneamente), el 87,5% (N=105) no se encontraban realizando actividades académicas, sólo el 12,5% (N=15) estudiaban y trabajaban. (Ver Tabla N° 10).

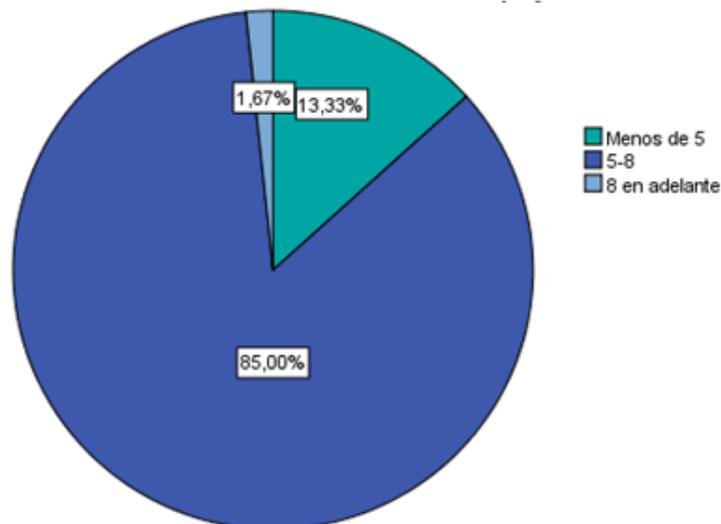
Tabla 10: Distribución porcentual de enfermeros que laboran y realizan estudios de Postgrado o actualizaciones académicas. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Si	15	12,5	12,5	12,5
No	105	87,5	87,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Según, horas de sueño al día, el 85% (N=102) afirmaron dormir entre 5 a 8 horas, el 13,3% (N=16) menos de 5 horas y el 1,7% (N=2) más de 8 horas diarias. (Ver gráfica N°8).

Grafica 8: Distribución porcentual de enfermeros según horas del sueño al día. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015



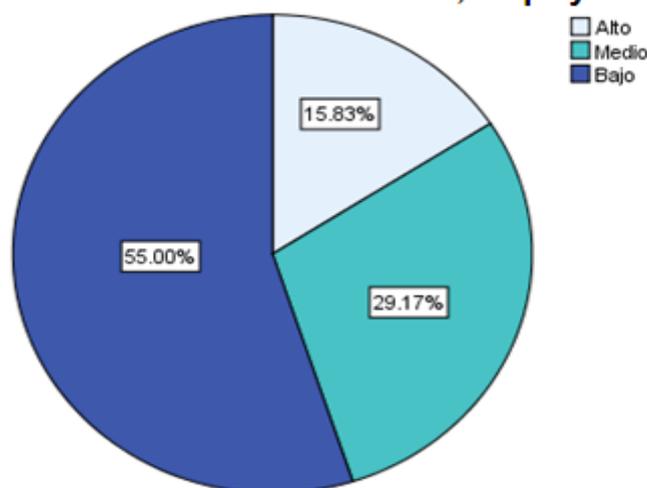
Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

8.2 DIAGNÓSTICO DEL SINDROME DE BURNOUT Y RESULTADOS DE CADA SUBESCALA

8.2.1 SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

Del 100% de los enfermeros encuestados, el 55% (N=66) presentó nivel bajo en la subescala de Agotamiento Emocional, seguido del nivel medio 29.2% (N=35) y 15.8% (N=19) en nivel alto para esta subescala. (Ver gráfica 9).

Gráfica 9: Distribución porcentual de enfermeros según puntajes obtenidos en la subescala de Agotamiento Emocional (AE). Hospital Universitario San José, Popayán 2015.

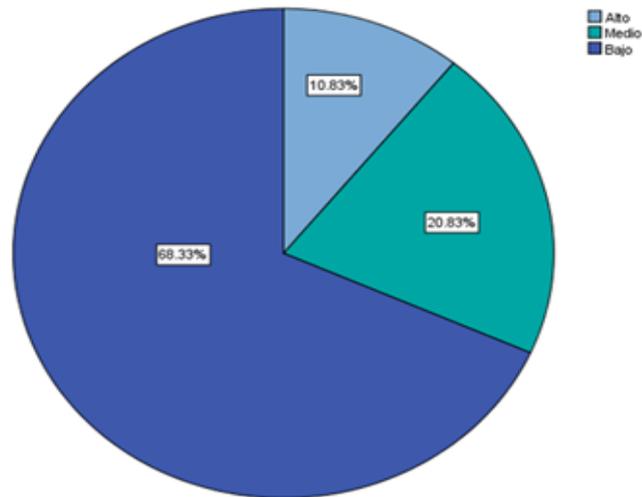


Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

8.2.2 SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN (DE):

En la subescala de Despersonalización se evidenció, predominio de nivel bajo en un 68.3% (N=82), nivel medio un 20,8% (N=25) y 10,8% (N=13) presentó nivel alto. (Ve gráfica N° 10).

Grafica 10: Distribución porcentual de enfermeros según puntajes obtenidos en la subescala de Despersonalización. Hospital Universitario San José, Popayán, 2015.

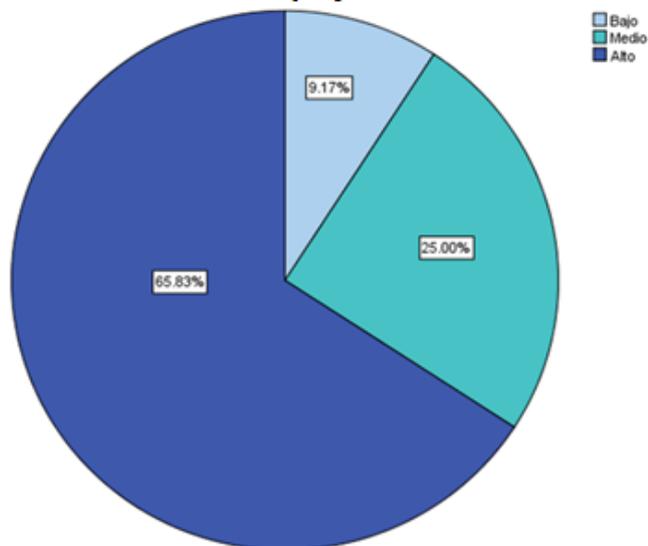


Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

8.2.3 SUBESCALA DE REALIZACION PERSONAL (RP):

El 65.8% (N=79) de los enfermeros, presentó alto nivel de Realización Personal, el 25% (N=30) nivel medio y 9.2% (N=11) nivel bajo. (Ver gráfica N° 11).

Grafica 11: Distribución porcentual de enfermeros según puntajes obtenidos en la subescala de Realización Personal (RP). Hospital Universitario San José, Popayán, 2015.



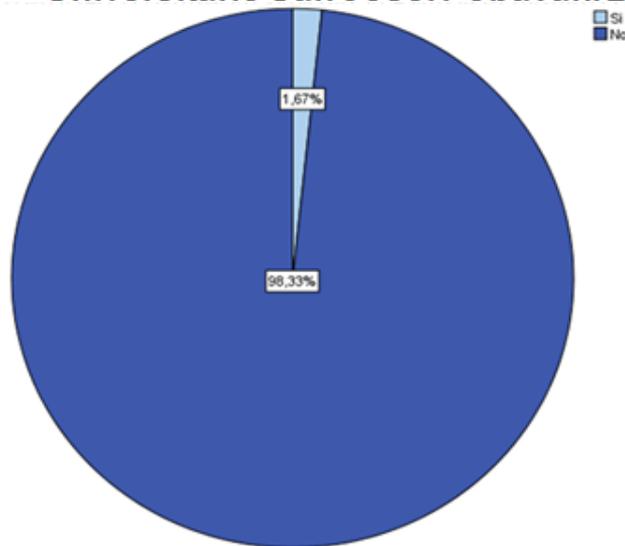
Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

8.2.4 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Para determinar la presencia del Síndrome se definió como “caso” a todo enfermero que obtuviera un puntaje $>$ o igual a 27 en la subescala de Agotamiento Emocional (AE); puntaje $>$ a 10 en la subescala de Despersonalización (DE); y una puntuación de 0 a 31, nivel bajo en Realización Personal (RP).

La prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital San José, correspondió al 1.7% (0.96-1.01) con un intervalo de confianza del 95%; equivalente a 2 enfermeros. (Ver gráfico N° 12).

Grafica 12: Distribución porcentual de enfermeros según prevalencia del Síndrome de Burnout. Hospital Universitario San José. Popayán. 2015.



Fuente: Síndrome de Burnout, Enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán, 2015

Tabla 11: Aplicación del Intervalo de Confianza para el Síndrome de Burnout en los enfermeros del Hospital Universitario San José, Popayán, 2015.

		Estadístico	Error estándar
Nivel de SB	Media	0,98	0,012
	95% de IC para la media	Límite inferior	0,96
		Límite superior	1,01

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

8.3 ASOCIACION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CON LAS DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

Los resultados obtenidos en el análisis correlacional de las variables socio demográficas y laborales con cada subescala que componen el síndrome de Burnout, determinó que, para este estudio las variables estadísticamente significativas fueron 6. (Ver Tabla N° 12).

Tabla 12: Asociación de las variables socio demográficas con las subescalas del síndrome de Burnout.

VARIABLES	VALOR DE p		
	RP	DE	AE
SOCIODEMOGRAFICAS			
Tipo de vinculación laboral	0,037*	0,082	0,956
Área laboral	0,028*	0,971	0,864
Unidad asistencial	0,615	0,606	0,075
Años de ejercer la profesión	0,832	0,010*	0,503
Tipo de jornada laboral	0,207	0,423	0,048*
Calificación de las relaciones intralaborales	0,397	0,810	0,001*
Calificación remuneración salarial	0,315	0,506	0,001*
Tiempo diario en actividades de ocio	0,530	0,343	0,085

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

La primera variable que presentó relación estadísticamente significativa con la Realización Personal fue, tipo de vinculación laboral con un valor de $p = 0,03$; indicativo de nivel bajo en esta subescala. Variables que evidenciaron también, relación estadísticamente significativa fueron, el área laboral con Realización Personal; antigüedad laboral con la subescala de Despersonalización.

Se identificó como significativa el tipo de jornada laboral, con un valor de $p = 0.04$, en relación con la subescala de Agotamiento Emocional; esta subescala también, resultó significativa con la calificación dada a las relaciones intralaborales y al salario, con un valor de $p = 0,01$ para ambas variables.

Del 65,8% (N=79) de enfermeros, que tenían nivel alto de Realización Personal: el 47.5% (N=57) tenían tipo de vinculación a término indefinido y el 18,3% (N=22), trabajaban a término fijo. (Ver tabla N° 13).

Tabla 13: Distribución de enfermeros según tipo de vinculación y la subescala de Realización Personal (RP). Hospital San José, Popayán. 2015

Tipo de Vinculación		Tiempo indefinido	Tiempo fijo	Frecuencia acumulada
Nivel de RP	Bajo	7	4	11
	Medio	28	2	30
	Alto	57	22	79
Total		92	28	120
Valor de p				0,037*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Del 79,1% (N=95) de los enfermeros que trabajaban en el área asistencial, el 72,6% (N=69) presentaron nivel alto de Realización Personal; 15,8% (N=19) nivel medio y 5,8% (N=7) nivel bajo. Para el 13,3% (N=16) que laboraban en el área administrativa, 4,2% (N=5) tenían nivel alto de RP, el 2,5% (N=3) nivel bajo RP. (Ver tabla N° 14).

Tabla 14: Distribución de enfermeros según área de trabajo y la subescala de Realización Personal (RP). Hospital San José, Popayán. 2015

Área de Trabajo		Asistencial	Administrativa	Ambas	Frecuencia acumulada
Nivel de RP	Bajo	7	3	1	11
	Medio	19	8	3	30
	Alto	69	5	5	79
Total		95	16	9	120
Valor de p					0,028*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Para la subescala de Despersonalización se encontró que, el 68,3% (N=82) presentaron nivel bajo; de los cuales 49 llevan más de 10 años trabajando. El 10,8% (N=13) se encontró con nivel alto de DE, de estos 7 refirieron antigüedad laboral menor de 5 años. (Ver Tabla N° 15).

Tabla 15: Distribución porcentual de enfermeros según antigüedad laboral y niveles de Despersonalización. Hospital Universitario San José, Popayán. 2015

Tiempo de ejercer la profesión		< 5	5-10	>10	Frecuencia acumulada
Nivel de DE	Alto	7	4	2	13
	Medio	4	9	12	25
	Bajo	14	19	49	82
Total		25	32	63	120
Valor de p					0,010*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

El 45% (N=54) de los enfermeros que trabajaban por turnos, presentaron nivel bajo de Agotamiento Emocional, 9,16% (N=11) se encontraron en nivel alto; y el 25% (N=30) nivel medio. El 9,2% (N=11) que trabajaban en jornada continua, presentaron nivel bajo y 1.6% (N=2) que refirieron hacer horas extras, obtuvieron nivel alto de AE. (Ver Tabla N° 16).

Tabla 16: Distribución porcentual de enfermeros según tipo de jornada laboral y niveles obtenidos en Agotamiento Emocional (AE). Hospital San José, Popayán. 2015

Jornada laboral		Por turnos	Jornada continua	Horas extras	Frecuencia acumulada
Nivel de	Alto	11	6	2	19
	Medio	30	5	0	35

AE	Bajo	54	11	1	66
Total		95	22	3	120
Valor de p					0,048*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

En nivel bajo de Agotamiento Emocional (AE) se encontró al 55% (N=66) de los enfermeros; de los cuales 33.3% (N=40) calificaron las relaciones intralaborales como buenas. Del 15,8% (N=19) de los enfermeros en nivel alto de AE, el 10% (N=12) calificaron las relaciones intralaborales como buenas, el 1,6% (N=2) como malas. (Ver Tabla N° 17)

Tabla 17: Distribución porcentual de enfermeros según calificación de las relaciones intralaborales y niveles de riesgo en la subescala de Agotamiento Emocional (AE).

Relaciones Intralaborales		Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	FA
Nivel de AE	Alto	2	12	3	2	19
	Medio	6	25	4	0	35
	Bajo	25	40	1	0	66
Total		33	77	8	2	120
Valor de p						0,001*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

Del 55% (N=66) de los enfermeros que se encontraron en nivel bajo de Agotamiento Emocional, 57.5% (N=38) calificaron como bueno el salario; Del

15.8% (N=19) de los que se encontraron en nivel alto de AE, el 42.1% (N=8), calificaron como regular su salario y 4,7% (N=5) como malo. (Ver Tabla N° 18).

Tabla 18: Distribución porcentual de enfermeros según calificación dada al salario y niveles obtenidos en Agotamiento Emocional (AE). Hospital San José, Popayán. 2015

Calificación del salario		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Frecuencia acumulada
Nivel de AE	Alto	0	6	8	5	19
	Medio	4	16	14	1	35
	Bajo	3	38	24	1	66
Total		7	60	46	7	120
Valor de p						0,001*

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. Año 2015

8.4 ASOCIACION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CON EL SINDROME DE BURNOUT

No se evidencio correlación estadísticamente significativa de las variables y el síndrome de Burnout; excepto, la variable número de hijos ($p = 0,00$), indicativa para la presencia del síndrome. Se encontró ausencia de correlación significativa para variables laborales como: tipo de vinculación laboral, años que llevan ejerciendo la profesión, unidad asistencial donde laboraban y satisfacción con el salario remunerado. Análisis que muestra heterogeneidad en los resultados existentes para comprender específicamente el comportamiento del síndrome de Burnout. (Ver Tabla N° 19).

Tabla 19: Asociación de las variables socio demográficas con el Síndrome de Burnout. Hospital San José, Popayán, 2015.

VARIABLES	VALOR DE p
Correlación entre el género y síndrome de burnout	0.264
Correlación entre el tipo de vinculación y síndrome de burnout	0.369
Correlación entre el área de trabajo y síndrome de burnout.	0.765
Correlación entre el tiempo que lleva ejerciendo la profesión y el síndrome de burnout	0.314
Correlación entre jornada laboral y el síndrome de burnout	0.501
Correlación entre relaciones intralaborales y el síndrome de burnout	0.094
Correlación entre la satisfacción con el salario y el síndrome de burnout	0.352
Correlación con el número de hijos y el síndrome de burnout	0.000*
Correlación entre la unidad asistencial en que labora y síndrome de burnout	0.988

Fuente: Diagnóstico de Síndrome de Burnout en Enfermeros del Hospital San José-Popayán. Año 2015

9. DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout es motivo de preocupación por sus repercusiones emocionales, conductuales y/o psicosomáticas; desde que se describió, numerosas organizaciones buscan mejorar su clima laboral y las condiciones del cliente interno, identificando este síndrome e interviniendo oportunamente su entorno laboral y personal, para tener trabajadores más saludables y motivados con la labor desempeñada.

Los profesionales de la salud han sido identificados en diversos estudios como uno de los grupos más vulnerables para desarrollar el síndrome de Burnout, más aun el personal de enfermería, que durante el desempeño de su labor, se encuentra expuesto a factores estresores inherentes al trabajo, al sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte¹¹⁴; si a estos factores se añaden las características físicas y emocionales de ciertas unidades de trabajo, podrían generar las condiciones propicias para que las fuentes de estrés laboral actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del síndrome, indicador incuestionable de pérdida de la salud.¹¹⁵

En el departamento del Cauca, Colombia, no hay estudios acerca del Síndrome de Burnout en la población de enfermeros. Referente a la prevalencia encontrada, resulta difícil comparar con otros estudios, debido a la gran cantidad de instrumentos utilizados para establecer este diagnóstico. La

¹¹⁴PAMPLONA, Calejero E. PASAMAR, Millán B. TOMELO, Ferrer M. Et, al. El síndrome de Burnout en el personal de Enfermería. Anales de Ciencias de la Salud (2); pp 55-64, 1999.

¹¹⁵ GÓMEZ, Sánchez M^a Carmen. ÁLAMO, Santos M^a Carmen. AMADOR, Bohórquez Mercedes. CEACERO, Molina. Fabiola. MAYOR, Pascual Asunción. MUÑOZ, González Montserrat. IZQUIERDO Atienza. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo. (55); pp 52-62, 2009.

prevalencia del síndrome de Burnout para la población de enfermeros del Hospital San José, corresponde al 1.7% (N=2), resultado inferior al compararlo con el estudio de Valiente¹¹⁶, que encontró una prevalencia del 22% (9 enfermeros de 44 participantes del estudio). La baja presencia de Burnout, puede estar relacionada con la tendencia a reportar menores puntajes en el inventario de Maslach Burnout Inventory HSS, por ser un cuestionario infravalorado por los individuos que lo responden, debido a la necesidad de mostrar un perfil profesional que responda a las exigencias de la organización o por la formulación negativa de los ítems del cuestionario como lo menciona Gil, Monte¹¹⁷.

Con frecuencia, en algunos estudios se reporta la prevalencia del síndrome con solo una de las subescalas alteradas, como en el estudio realizado por López y Bernal¹¹⁸, donde se evidencia que entre un 20% y 30% de la población, presentó alto grado de Burnout, teniendo alterada alguna de sus tres dimensiones. En esta investigación los valores obtenidos en las dimensiones, reflejan bajo agotamiento emocional, baja despersonalización y alta realización personal, resultados con igual tendencia a los registrados en investigaciones realizadas en Colombia por Vinaccia y Alvaran¹¹⁹, Andrade¹²⁰ que indican niveles bajos de DE y AE, así como niveles elevados en RP, por tal razón baja prevalencia de Burnout; bajo este aspecto, se evidencia que los enfermeros a pesar de estar expuestos diariamente a factores generadores de estrés laboral, seguramente la mayoría colocan en práctica medidas adecuadas de afrontamiento al estrés, presentan sensación de alto logro con las tareas que

¹¹⁶ VALIENTE Juan. Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del hospital San Vicente de Paul. Universidad Nacional de Córdoba. 2009; pp 1-88.

¹¹⁷ GIL, Monte Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. Revista Electrónica Inter Acao Psy. (1)1; pp 19-33, 2003.

¹¹⁸ LOPEZ, Soriano Francisco. BERNAL Lucia. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Revista Calidad Asistencial (17)4; pp 201-205. 2002.

¹¹⁹ VINACCIA Stefano. ALVARAN Liliana. El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Univ Psychol. Bogotá, Colombia. 3(1); pp 35-45, 2004

¹²⁰ ANDRADE José Alonso. Et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. Revista Psicogente; 16(29); pp 170-183, 2013

desempeñan, se sienten conformes con su desarrollo personal y profesional y no insensibles ante el dolor y las necesidades de los usuarios; generando la posibilidad de poder considerar un alto nivel de realización personal y baja despersonalización, factores protectores ante el síndrome.

De acuerdo a las variables que resultaron estadísticamente significativas, en relación con las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, se observa mayor participación de mujeres, hallazgo similar al estudio realizado por Osorio¹²¹, en un Hospital de Ibagué donde la participación del género femenino fue del 84,5%; el estudio de Rodríguez, Et al¹²², en dos hospitales de México, donde el 94% de la población eran mujeres; evidencia que en la profesión de enfermería el género predominante es el femenino. En el estudio, no se encuentra significancia estadística para la variable género con las dimensiones del síndrome a diferencia del estudio de Gil-Monte¹²³, que encontró asociación significativa, entre agotamiento emocional y despersonalización en la muestra de mujeres (teniendo en cuenta que el estudio estuvo conformado por un gran porcentaje de mujeres y mínimo de hombres), determinó que la relaciones entre estas 2 dimensiones puede estar modulada por la variable género; considera la necesidad de tener en cuenta ambos sexos en la profesión, ya que desarrollan patrones de respuesta al estrés laboral diferentes.

Se encuentra asociación entre el tipo de vinculación con la subescala de realización personal, en contraste con el estudio de Escudero G, Et al¹²⁴, donde

¹²¹ MUÑOZ Osorio Yudi. Et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. Tesis de Posgrado. Universidad del Tolima; pp 1-94, 2014.

¹²² RODRÍGUEZ Claudia. Et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. Revista Fundamentos en humanidades. 1(19); pp 179-193, 2009.

¹²³ GIL M. Pedro. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Revista Psicología Em Studo Maringa. 7(1); pp 3-10, 2002.

¹²⁴ ESCUDERO Grized. Et al. Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en unidades de Cuidados Intensivos Adulto, Cartagena, primer periodo 2013. [Tesis]. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena de Indias; pp 1-109, 2013.

no se encontró significancia. Para Moreno¹²⁵ los enfermeros que laboran a término fijo, encuentran su tarea más monótona y están menos realizados personal y profesionalmente, con una mayor exposición a fuentes potenciales de desgaste.

La antigüedad laboral resulta significativa en relación con la despersonalización, hallazgo diferente al estudio de Illera¹²⁶, realizado en un Hospital de Mocoa, Putumayo-Colombia, donde no se encontró diferencia significativa. El estudio de Alvares y Prieto¹²⁷ menciona que, el tiempo de ejercer la labor es un factor decisivo para presentar niveles altos de Burnout, debido a que hay unos años en que los profesionales son especialmente vulnerables, siendo los primeros años de ejercicio profesional, periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

El tipo de jornada laboral por turnos influye en el agotamiento emocional de los enfermeros, similar al estudio de Albaladejo¹²⁸, quien encontró puntuaciones altas respecto al cansancio emocional, la despersonalización y Burnout en relación con esta variable. Para esta dimensión, también se encuentra significativa la calificación de las relaciones intralaborales, hallazgo similar al resultado del estudio de Vera¹²⁹, donde el cansancio emocional presentó una correlación de magnitud moderada con las relaciones intralaborales, establece que las relaciones en el medio laboral, son determinantes para que los trabajadores que no estuviesen agotados, puedan enfrentar el estrés laboral y

¹²⁵ MORENO Bernardo, GONZALES José Luis, GARROZA Eva. Variables socio demográficas en el proceso de Desgaste Profesional de Enfermería. Revista Rol de Enfermería. 25(11); pp 18-26, 2002.

¹²⁶ ILLERA Diego. Et al. Estrés laboral, Síndrome de Burnout en un hospital no acreditado en el municipio de Mocoa-Putumayo. Año 2012. [Tesis de Posgrado]. Universidad EAN; Popayán; pp 1-92, 2013.

¹²⁷ ALVARÉZ Verdugo Lina. PRIETO Bocanegra Brigitte. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá- Colombia. Revista Enfermería Global. (29); pp 73-88. 2013

¹²⁸ ALBALADEJO Romana. Et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española Salud Pública. 78(4); pp 505-516, 2004.

¹²⁹ LORENZ Vera Regina. Et al. Burnout y estrés en enfermeros de un Hospital Universitario de alta complejidad. Revista Latino Americana Enfermagem. 18(6); 1-9, 2010.

desarrollar mayor motivación en su trabajo. Gil, Monte¹³⁰ afirma que: “Las relaciones con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar el riesgo de presentar niveles altos del síndrome, asimismo la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la administración de la organización y los conflictos interpersonales, son fenómenos que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo”.

Al comparar los resultados del estudio de Tuesca¹³¹ y Parada¹³², en relación con la asociación de la variable calificación de remuneración salarial con agotamiento emocional, la tendencia es diferente, ya que para estos autores no existe significancia de la variable con esta dimensión. Fernández¹³³, refiere que el salario es un satisfactor básico relacionado con la compensación del trabajo y su papel en cubrir necesidades fundamentales.

No se encontró significancia estadística entre el estado civil y el síndrome de Burnout. Para Tuesca¹³⁴ el estado civil no guarda asociación con la presencia de desgaste profesional; mientras que Parada¹³⁵ encontró que las personas

¹³⁰ GIL, Monte. Pedro. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Revista Psicología en Estudio, Maringa. (7)1; pp 3-10, 2002.

¹³¹ TUESCA Molina Rafael. Et al. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área Metropolitana de Barranquilla. Revista Salud Uninorte. 22(2); pp 84-91, 2006.

¹³² PARADA ME. Et al. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA) Mérida, Venezuela, 2005. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 13(1), 2005.

¹³³ GIL Monte Pedro. Riesgos psicosociales en el trabajo y Salud Ocupacional. Revista Perú Medica Exp Salud Pública. 29(2); pp 237-241, 2012.

¹³⁴ TUESCA, Molina. Rafael. Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. Revista Salud Uninorte (22)2; pp 84-91, 2006.

¹³⁵ PARADA ME. Et al. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA) Mérida, Venezuela, 2005. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.13(1), 2005.

con una pareja, muestran mayor frecuencia del síndrome. Gil, Monte¹³⁶ menciona que es más importante la calidad de la relación de la pareja que el estado civil.

Aparece significancia entre el número de hijos y Burnout, hallazgo similar al obtenido por Castillo¹³⁷, que evidencia una correlación significativa entre quienes presentan Burnout y tienen hijos. Para Grau¹³⁸, la existencia de los hijos permite que las personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables, al igual que la implicación con los hijos, hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y/o conflictos emocionales.

Los enfermeros que presentan síndrome de Burnout se ubican en las unidades asistenciales de Urgencias y Neonatología, hallazgo semejante al estudio realizado por Rodríguez¹³⁹, donde del 90% al 100% de las personas que presentaron el síndrome, laboraban en el servicio de Urgencias. Un estudio de revisión de literatura sobre el Burnout¹⁴⁰, indica que los niveles de estrés y el síndrome pueden variar según la unidad en la cual se labora.

Este estudio constituye un aporte a la comprensión del síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería; no obstante, se consideran necesarias más investigaciones que permitan analizar y determinar según las características de cada colectivo, como se comporta el síndrome y que variables socio demográficas y laborales analizadas y otras no consideradas en este estudio

¹³⁶FERNÁNDEZ Abigail. Et al. Relevancia del estudio de agotamiento profesional (Burnout) en personal de enfermería. Estado del arte. Revista Enfermería Neurológica (México). 10(3); pp 135-140, 2010.

¹³⁷ CASTILLO Irma. Et al. Estrés laboral en Enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Revista Salud Uninorte. 30(1); pp 34-43, 2014.

¹³⁸ GRAU Armand. Et al. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario Hispanoamericano y español. 2007 Revista Española en Salud Pública. 83(2); pp 215-230, 2009.

¹³⁹ RODRIGUEZ, Angélica. PEDREROS Monica. MERINO, José Manuel. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Revista Ciencia y Enfermería Iberoamericana de Investigación. (14)2; pp 75-85, 2008.

¹⁴⁰ GRAZZIANO, E. FERRAZ, Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. Revisión bibliográfica, tomada de: Revista electrónica de Enfermería Global. (2)18; pp 1-20, 2010.

puedan estar asociadas a su desarrollo; a partir de los hallazgos, establecer estrategias encaminadas a generar cambios organizacionales que fomenten las adecuadas condiciones psicolaborales y mejoren el clima laboral.

10. CONCLUSIONES

En la caracterización sociodemográfica, la población predominante fue femenina (80,8%), en cuanto a la edad, existe igual prevalencia (39,2%) para los rangos de edad entre 25 a 35 y mayores de 45 años, el 69,2% tienen entre 1 a 3 hijos; para las variables organizacionales se encontró un 76,7% de los enfermeros laborando a término indefinido, con desempeño en el área asistencial del 79,2%, antigüedad mayor a 10 años en el ejercicio de su profesión para el 52,5% y según la calificación de las relaciones intralaborales el 64,2% las califican como buenas.

La dimensión con mayor puntuación en el nivel bajo, fue la Despersonalización con un 68,3%, para nivel medio la dimensión de Agotamiento Emocional obtuvo la mayor proporción con un 29,2% y en un nivel alto el 65,8% en Realización Personal. Puede concluirse que, los enfermeros si bien no están afectados actualmente por el síndrome, se encuentran en una situación de riesgo que debe ser tomada en consideración.

Un mínimo porcentaje de la población se diagnosticó con el síndrome de Burnout, con una prevalencia de 1,7% en los enfermeros del Hospital San José, Popayán, año 2015.

Las variables organizacionales, tipo de vinculación, área de trabajo, años de antigüedad laboral, tipo de jornada laboral, relaciones intralaborales y satisfacción con el salario, resultaron estadísticamente significativas, en relación con al menos una de las dimensiones que componen el síndrome.

11.RECOMENDACIONES

Se consideran necesarias más investigaciones que permitan analizar y determinar según las características de cada colectivo, como se comporta el síndrome y que variables socio demográficas y laborales analizadas y otras no consideradas en este estudio puedan estar asociadas a su desarrollo; a partir de los hallazgos, establecer estrategias que generen cambios organizacionales garantizando las adecuadas condiciones psicolaborales y clima laboral.

Es necesario trabajar en estrategias organizacionales, con el propósito de prevenir el desarrollo del Síndrome en el personal de enfermería del Hospital San José, acción que incidirá en el mejoramiento de la asistencia a los pacientes, teniendo en cuenta el proceso de humanización, que interviene directamente en los cuidados adecuados y de calidad de la atención en enfermería.

12. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Una de las principales limitaciones durante la recolección de la información, estuvo relacionada con la participación, debido a las múltiples actividades que deben realizar los profesionales. La muestra del estudio correspondió al universo de enfermeros(as), que se determinó, según datos aportados por el Área de Talento Humano. En nómina, para el año 2015, se encontraban laborando 160 enfermeros(as), las listas suministradas, se encontraban desactualizadas. En el momento del acercamiento, se encontró que algunos ya estaban pensionados y otros no eran identificados en la unidad de trabajo asignada reduciendo la muestra a 150 enfermeros(as), de los cuales, por criterios de exclusión, correspondiente al 20% (N=30), no participó en el estudio.

13. BIBLIOGRAFIA

1. AGUDELO, Cardona. Carlos, Alberto. 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. Tomado de: repositorio Universidad de Manizales <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/> Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_11_2/2-burnout_medicos_manizales.pdf
2. ALBADEJO. Romana. VILLANUEVA. Rosa. ORTEGA. Paloma. Et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española Salud Pública. Vol. 78. N°4. Pág. 505-516. Año 2004. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n4/original3.pdf>
3. ALFREDO. Juan, Valiente. Tesis: Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del hospital San Vicente de Paul. Publicado: 2009 Tomado de: Repositorio Universidad Nacional de Córdoba <http://rdu.unc.edu.ar/> Disponible en: http://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/232/PDF_%20BOURNAUT.pdf?sequence=1
4. ALVARÉZ, Verdugo. Lina. PRIETO, Bocanegra. Brigitte. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá- Colombia. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja-Boyacá-Colombia. Revista de enfermería global N° 29. Pág. 73-88. Enero 2013. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/clinica4.pdf>

5. AMOR, Escudero. Grized. BONFANTE DEL VILLAR. Corina. Et al. Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos adulto. Cartagena. Primer periodo del 2013. Corporación Universitaria Rafael Núñez: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co/>. Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/604/SINDROME%20DE%20BURNOUT%20EN%20ENFERMERIA.pdf?sequence=1>

6. ANDRADE. José, Alonso. Cols. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de enfermería de una Clínica de la Ciudad de Ibagué- Colombia. Revista Psicogente. Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. Pág. 170-183. 10 de Marzo del 2013. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/373/358>

7. ARIAS, Garrido. Patricia. CASTRO, Leiton. Melina. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores socio demográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Septiembre 2012. Tomado de: Trabajo de Grado. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf>

8. CAPORA. Letti, Nirley. GARIBALDI. Agustina. Síndrome de Burnout en médicos del servicio de pediatría del Hospital Provincial del Centenario de la Ciudad del Rosario. Facultad de medicina y ciencias de la salud. Universidad Abierta Interamericana. Año 2009. Pág. 1-45. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC106803.pdf>

9. COGOLLO, Milanés. Zuleima. BATISTA. Edith. CANTILLO. Chanelly. JARAMILLO. Alicia. RODELO. Dalys. MERIÑO. Gary. Desgaste profesional

y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena-Colombia. Revista Aquichan. Universidad de la Sabana 2010. Pág. 1-11. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1605/2123>

10. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 del 5 de Febrero de 1996. Artículo 21: derechos del profesional de enfermería. Tomado de: diario oficial N° 42.710. Pág. 6-8. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

11. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Índice 1. Título 2: de los derechos garantías y los deberes. Capítulo 1: de los derechos fundamentales. Artículo 25. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-1/articulo-25>

12. CORTEZ DE TELLEZ. Rosaura. RAMIREZ. Alba, Lucia. RESTREPO, María del Pilar. VARGAS. Blanca. "Sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de Enfermería en Colombia". Revista de actualizaciones en Enfermería. Vol. 13. N°4. 2010. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole134/declaraciondelconsejotecnico/>

13. DE FRANCA. Flávia, María. ROGÉRIO, Ferrari. Diana, Carla. FERRARI. Elionenai. ALVES. Dornelles. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. 2012 Biblioteca científica Scielo: <http://www.scielo.cl/> Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500019&script=sci_arttext&tlng=es

14. DÍAZ, Bambula. Fátima. Et al. Factores asociados al síndrome de Burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia. Octubre del 2010. Tomado de: revista <http://revistas.javeriana.edu.co/> Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/649/1531>

15. FERNÁNDEZ, García. Victoria. ZARATE, Grajales. Rosa. LARTIGUE, Becerra. Teresa. ¿Para qué estudiar el síndrome de Burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. 10 de febrero del 2010 Base de datos: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi> Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu101d.pdf>

16. FERRAZ, Bianchi. Grazziano. Impacto del estrés ocupacional y Burnout en enfermeros. Febrero del 2010. Tomado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php> Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf>

17. FIDALGO, Vega. Manuel. Licenciado en Psicología. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (I), definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales- España. Año 2010. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

18. FIGUEIREDO, Ferrazi. Hugo. GRAU, Alberola. Ester. GIL, Monte. Pedro y GARCÍA, Juegas. Juan. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en personal de enfermería. Tomado de: Revista Psicotema 2012. Vol. 24. Nº2. Pág. 271-276. Universidad de Valencia (España). Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO). Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4010.pdf>

19. FLÁVIA, María de franca. FERRARI, Diana. DORNELLES, Alves. Elio enai. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. 2012 Biblioteca científica Scielo: <http://www.scielo.cl/> Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000500019&script=sci_arttext&tIng=es
20. FLÓREZ, José, Antonio. Síndrome de estar quemado. Barcelona- España. Año de publicación 1994. Tomado de red de bibliotecas universitarias (REBIUN). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=179829>
21. GIL Monte, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Op. Cit., p 106.
22. GIL, Monte, Pedro PhD. Validez factorial de la adaptación al español de Maslach Burnout Inventory-General Survey. Tomado de revista: Salud Pública México 2002. Volumen 44. Nº1. Enero a Febrero del 2002. Pág. 33-40. Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n1/8559.pdf>
23. GIL, Monte, Pedro. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Año 2003. Pág. 181-197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318052004>.
24. GIL, Monte, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. En: Revista Electrónica Inter Ação Psy. Volumen 1. No 1, pág. 19-33. Año 2002. Universidad de Valencia-

España. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

25. GIL, Monte. Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *PsicoPediaHoy*. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
26. GIL, Monte. Pedro. HERNANDEZ, Gracia. Influencia de la sobrecarga laboral y la auto eficacia sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout), en profesionales de enfermería. Tomado de: Revista Interamerican Journal of Psychology. Vol. 42. Nº1. Pág. 113-118. Abril del 2008. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442112>
27. GIL, Monte. Pedro. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Revista psicología em estudo. Vol. 7. Año 2002. Página 2-3. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722002000100003&script=sci_arttext
28. GIL, Monte. Pedro. PEIRO, José, María. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Tomado de Revista Anales de Psicología. Volumen 15. Nº2. Pág. 261-268. Año 2000. Universidad de Valencia- España. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
29. GIL, Monte. Pedro. Riesgos psicosociales en el trabajo y Salud Ocupacional. Tomado de: Revista Perú Medica Exp Salud Publica. Volumen 29. Nº2. Pág. 237-242. 30 de Mayo del 2012. Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2>

30. GIL, Monte. Pedro. Situación y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la psicología de la Salud Ocupacional. Tomado de Revista Información Psicológica. Nº100. Septiembre a Diciembre del 2010. Pág. 68-83. Unidad de investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional. Universidad de Valencia (España). Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/102/86>
31. GOMÉZ, Álamo. Amador. CEACERO, F. MAYOR, A. MUÑOZ, A. Izquierdo. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de Medicina Interna. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. Volumen 55. Pág. 52-62. Año 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2009000200005&script=sci_arttext
32. GRAJALES. Tevni. Estudio de la validez factorial de Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Tomado de Revista: Burnout o síndrome de estrés laboral asistencial SELA. Enero a Mayo del 2002. Pág. 1-10. Disponible en: <http://tgrajales.net/mbivalidez.pdf>
33. GRAU. Armand. FLICHTENTREI. Daniel. SUÑER. Rosa. PRATS. María y BRAGA. Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario Hispanoamericano y español 2007. Tomado de: Revista especialista en Salud Publica. Vol. 83. Nº2. Pág. 215-230. Año 2009. Universidad de Girona-España. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
34. GUILLERMO A. CAÑADAS DE LA FUENTE, CONCEPCIÓN SAN LUIS. Et al. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de

los niveles de Burnout en profesionales sanitarios. 2014. Catalogo: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co/> Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-evidencia-validez-factorial-del-maslach-90351983>

35. HIDALGO, RI. DÍAZ, GR. Estudio de la influencia de los factores laborales y socio demográficos en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada el Insalud de Ávila. Medicina Clínica (Barcelona) 2002. Vol. 103. Pág. 408-412.
36. ILLERA, Rivera. Diego y cols. Estrés laboral- Síndrome de Burnout en un hospital no acreditado en el municipio de Mocoa-Putumayo. Año 2012. Universidad EAN. Facultad de posgrados. Auditoria y garantía de calidad en salud. Popayán 2013. Pág. 1-92. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4472/lleraDiego2013.pdf?sequence=2>
37. LEITER, Michael. MASLACH, Cristina. Areas of work life: a structured approach to organizational predictors of job burnout..En: Emotional and Psychological Processes and positive intervention strategies. Research in occupational stress and well being. Vol. 3. Pág. 9-134. Disponible en: http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/21.pdf
38. LOAIZA, B. Edilgardo. Niveles de estrés y síndrome de Burnout en contadores públicos colombianos. Abril del 2012. Tomado de: repositorio de la Universidad de los Andes. Venezuela <http://www.saber.ula.ve/> Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37553/1/articulo2.pdf>
39. LORENZ, Vera. Regina. GUIRARDELLO. Edineis de Brito. El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de Burnout en enfermeros en la atención básica. Revista Latinoamericana Enfermagem. Universidad

Estadual de Campiñas- Brasil. 2014. Pág. 1-8. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/es_0104-1169-rlae-0011-2497.pdf

40. LOZANO. Luis. CAÑADAS. Guillermo. Et al. Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. Revista Aula Abierta. Universidad de Oviedo. Vol. 26. Pág. 79-88. 2007. Disponible en:
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Descargas/Dialnet,DescripcionDeLosNivelesDeBurnoutEnDiferentesColect-2856102.pdf>
41. MAICON. Carlín. GARCES. Enrique. El síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología. 2010. Volumen 26. Nº 6. Pág. 169-180. Disponible en:
http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
42. MARTINEZ, Pérez. Anabella. Profesora asociada de psicología social. Universidad de la Rioja. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. Nº 112. Pág. 1-40. Septiembre del 2010. España. Disponible en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
43. MASLACH, C. y JACKSON, S. E. "Burnout in health professions: A social Psychological Analysis", 1982. Citado en Moreno Jiménez, B.; Peñacoba Puente, C. Estrés asistencial en los servicios de salud, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
44. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución número 1445 del 2006. Anexo técnico número 1. Manuales de estándares del sistema único de acreditación. Manual de estándares de acreditación para las instituciones

prestadoras de servicios de salud hospitalarias. Pág. 71- 121. Año 2008.
Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Res%201445%20de%202006%20%28Anexo%20Tecnico%201%29.pdf>

45. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES DE ESPAÑA. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

46. MONTROYA, Zuluaga. Paula, Andrea. MORENO. Sara. Relación entre síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Publicado: 23 de febrero del 2012. Tomado de: Revista
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/> Disponible en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1940/2813>

47. MUÑOZ, Osorio. Yudi, Alejandra. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. Disponible en:
<http://repository.ut.edu.co/handle/001/1161> Tomado de: repositorio de la universidad del Tolima <http://repository.edu.co/>

48. NASCIMENTO, Ferreira. Naiza. DE LUCA. Sergio, Roberto. Burnout syndrome in nursing assistants o a public hospital in the state of Sao Paulo. Revista brasileña de epidemiologia Vol.18. año 2015. Pág. 3. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2015000100068&script=sci_arttext&tlng=en

49. NOBEL, Grau. Armand. FLICHTENTREI. Daniel. SUÑER. Rosa. PRATS. Maria. BRAGA. Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y

transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español. Revista española de Salud Pública. Vol. 83. Nº2. Marzo-Abril 2009. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>

50.OBSERVATORIO PERMANENTE DE RIESGOS PSICOSOCIALES ESPAÑA. Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout). 2006. Páginas 11-26 Disponible en: <http://www.feteugt.es/Data/UPLOAD/burnout.pdf>

51.OLIVARES. Víctor. MIRANDA, Mera. Luis. JELVES. Carolina. SEPULVEDA. Felipe. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HS) en profesionales Chilenos. Universidad de Santiago de Chile, Chile. Universitas psicologica. Vol. 13. Nº1. Pág. 145-159. Enero a Marzo del 2014. Bogotá- Colombia ISSN 1657-9267. Disponible en: doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb

52.OPAZO, Schwarzenberg. Cristina, Edith. Et al. “Factores personales, familiares y laborales asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital base Valdivia, 2012” Recursos con tesis: <http://cybertesis.uach.cl/> Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmo.61f/doc/fmo.61f.pdf>

53.PARADA. María, Eugenia. MORENO. Reyla. MEJIAS. Zurayma. RIVAS. Andreina. RIVAS. Fernando. CERRADA. Jorge. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA) Mérida-Venezuela. Revista facultad nacional de salud publica. Vol. 13. Nº1. Pág. 33-45. Universidad del Antioquia. 2005. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023104>

54. PEREZ, Jáuregui. María, Isabel. Cuando el estrés laboral se llama burn out ("quemarse" en el trabajo) Causas y estrategias de afrontamiento (2000), Buenos Aires, Universidad Libros. Disponible en: http://www.noticiaslibrodar.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=73%3Ael-sindrome-de-burn-out-&catid=37%3Anotas-tecnicas&Itemid=58&limitstart=2
55. PLATAN, Pérez. Juana. Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. Publicado: 29 de noviembre del 2013. Tomado de: Catalogo <http://www.elsevier.es/> Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v29n129/v29n129a08.pdf>
56. QUICENO, Japcy. Margarita. VINACCIA, Alpi. Stefano. Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta Colombiana de psicología vol.10. 2007. Páginas 5-7 Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf
57. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Trabajo. Decreto número 1477 del 5 de Agosto del 2014 por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales. Sección I: Agentes etiológicos / factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención de enfermedades laborales. Pág. 1-108. Año 2014. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Descargas/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Descargas/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014%20(1).pdf)
58. RESTREPO, Ayala. Nadia. COLORADO, Vargas. Gabriel. CABRERA, Arana. Gustavo. Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín-Colombia año 2005. Tomado de Revista Salud Publica. Vol. 8. N°1. Pág. 63-73. Facultad nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.

Febrero del 2006. Disponible en:
<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v8n1/v8n1a06.pdf>

59. SABADO. Tomas, Joaquín. Et al. Síndrome de Burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. Tomado de: Revista de Enfermería Clínica. Vol. 20. N°3. Pág. 173-178. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. Barcelona- España. 12 de Mayo del 2010. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110000707>
60. SALGADO, Mercado. Patricia. GIL, Monte. Pedro. Influencia del compromiso organizacional en la relación entre conflictos interpersonales y el síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de servicios (salud-educación). Tomado de Revista Innovar Journal. Volumen 20. Pág. 161-174. Octubre del 2010. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v20n38/20n38a12.pdf>
61. THOMAS N. Síndrome de Burnout. Revista de la Asociación Médica Americana volumen 292 diciembre 15,2004; García J, Herrero S, León J. Validez factorial del MBI en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Apuntes de Psicología 2007; 25: 157-174.
62. VALIENTE. Juan, Alfredo. Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul. Pág. 1-83. Tomado de: Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas. Año 2009. Disponible en: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/232/PDF_%20BOURNAUT.pdf?sequence=1

63. WORLD HEALTH ORGANIZACION. The human resources for health crisis.
Disponibile en: http://www.who.int/workforcealliance/about/hrh_crisis/en/#