





Síndrome de Burnout en grupo de auxiliares de enfermería de la Clínica Pajonal SAS

Matilde Maria Rivera Herrera

Trabajo de grado presentado para optar el título de Psicóloga

Tutor

Maria del Carmen Geney Mendoza

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Caucasia, Antioquia, Colombia

2021

## **Dedicatoria**

De: Mi

Para: Mi,

Gracias por no rendirte, eres la más...

## Agradecimientos

En estas líneas quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres, y tristes. Estas palabras son para ustedes.

No tengo palabras para expresar mi amor y mi gratitud por mi madre, por su fe, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento, gracias má...Nuevamente lo logramos

A ti papá que desde tu silencio siempre estas cuando más te necesito

A mis hermanos Carlos y Camilo porque siempre patrocinan todos mis sueños

A mis hijos Juan y Sofía por su paciencia y por entender mis ausencias

A mi Asesora, Psicóloga María del Carmen Geney Mendoza, quien desde el primer momento fue de gran apoyo moral y nunca permitió que me diera por vencida

A el señor coordinador de la carrera, Psicólogo David Medina...Gracias por su paciencia y colaboración.

A los profesores de psicología de la Regional Cauca. Gracias mil gracias por su paciencia y consideración

Mi agradecimiento a la tía Ofe y el tío Salvador, a mis amigos que de una u otra manera me brindaron su colaboración y se involucraron en este proyecto.... Dina y Albéniz, Mónica y Santiago, Manu y Leo, Iliana Santos.

A mis compañeros de Clases, por los buenos momentos

También quiero agradecer a la Institución prestadora de servicios, Clínica Pajonal SAS

Al cuerpo médico y administrativo: Doctor Iván Reales, Gerente Salvador Berrocal Narváez

A los auxiliares y jefes de enfermería que colaboraron en dicha investigación,

Mis sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que confiaron en mí y creyeron que lo podría lograr, pero sobre todo a las que NO. Porque de ellos tome el valor para seguir adelante.

## Tabla de Contenido

Resumen .....	1
Abstrac.....	2
Presencia del Síndrome de Burnout en la Clínica Pajonal SAS .....	3
Planteamiento del problema .....	3
Pregunta de investigación.....	9
Objetivos .....	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos .....	9
Justificación.....	9
Antecedentes.....	12
Referentes conceptuales .....	27
La salud como proceso social.....	28
La salud y el trabajo .....	30
El desgaste mental en el trabajo.....	31
Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores.....	33
El síndrome de Burnout.....	35
Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout. ....	35
Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud.....	37
Las dimensiones del Burnout.....	38
Relación entre Estrés laboral y Burnout.....	39

Consecuencias sobre la salud.....	41
Signos de alarma .....	41
Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout. ....	43
Etiología y modelos explicativos del Burnout.....	47
Metodología.....	55
Tipo de investigación .....	55
Tipo de estudio: No experimental Transversal.....	57
Diseño descriptivo y correlacional.....	58
Población y muestra .....	58
Criterios de inclusión .....	59
Criterios de exclusión.....	59
Instrumentos .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981 a, 1986).....	59
Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	63
Recolección de la información. ....	65
Análisis de la información.....	65
Criterios éticos .....	66
Presentación y Discusión de los Resultados.....	67
Resultados obtenidos de las preguntas .....	69
Conclusiones.....	89
Apreciaciones finales y consideraciones.....	90
Referencias .....	92

Anexos.....	99
-------------	----

### Lista de Tablas

Tabla 1. Sintomas clinicos del Burnout .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 43
Tabla 2. Preguntas que conforman la dimension cansancio emocional.....	68
Tabla 3. Estadistico descriptivo de la dimension cansancio emocional .....	70
Tabla 4. Estadistico descriptivo de la dimension cansancio emocionla .....	71
Tabla 5. Estadistico descriptivo de la dimension despersonalizacion .....	72
Tabla 6. Preguntas asociadas a la dimension de realizacion personal .....	74
Tabla 7. Estadistico descriptivo de la dimension realizacion personal.....	75
Tabla 8. Items asociados al inventario de depresion de Beck .....	77
Tabla 9. Estadisticos descriptivos de el inventario de Beck.....	79
Tabla 10. Resumen de los estadisticos descriptivos de los indicadores evaluados .....	82

**Lista de graficas**

Ilustración 1. Rta para la dimension cansancio emocional .....	70
Ilustración 2. Grafica para la dimension cansancio emocional .....	72
Ilustración 3. RG para la dimension cansancio emocional .....	76
Ilustración 4. Rtas obtenidas en el inventario de Depresion de Beck .....	80
Ilustración 5. Coeficientes de correlacion de Sperman de las variables .....	81
Ilustración 6. Densidad de los cuatro indicadores evaluados .....	83
Ilustración 7. Clasificacion de la poblacion de acuerdo a cada dimension .....	84
Ilustración 8. Matriz de dispersion, densidad y correlación de los indicadores .....	86
Ilustración 9. Correlacion de Sperman entre las dimensiones.....	87

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación tiene como fin indagar sobre el síndrome de Burnout y su incidencia, en el personal de auxiliares de enfermería de la clínica Pajonal de Cauca SAS. Ya que en la institución se tiene como objetivo mejorar la calidad en el ambiente laboral de sus empleados, implementando estrategias que buscan evitar a través de la detección e intervención de los factores de riesgos y de los factores protectores de la salud, para que luego esto no se vea reflejado en la prestación de los servicios. La investigación se realizó mediante un análisis técnico de los datos recolectados, con el fin de correlacionar el síndrome de Burnout con síntomas de ansiedad y depresión, las discusiones aquí propuestas se abordan desde un punto de vista analítico y desde el desconocimiento de las disciplinas de la salud humana, no se hacen revisiones bibliográficas ni comparaciones con estudios similares, pero se brindan herramientas analíticas para que los investigadores puedan entrar a discutir en profundidad algunos temas de interés a aquí planteados.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, Depresión, Ansiedad, Afectación

### **Abstract**

The purpose of this research work is to investigate the burnout syndrome and its incidence in the nursing assistant staff of the Pajonal de Caucasia SAS clinic. Since the objective of the institution is to improve the quality in the work environment of its employees, implementing strategies that seek to avoid, through the detection and intervention of risk factors and protective factors of health, an affectation in the personnel who work, so that later this is not reflected in the provision of services. The research was carried out by means of a technical analysis of the collected data, in order to correlate Burnout syndrome with symptoms of anxiety and depression, the discussions proposed here are approached from an analytical point of view and from the lack of knowledge of the disciplines of the Human health, neither bibliographic reviews nor comparisons with similar studies are made, but analytical tools are provided so that researchers can enter to discuss in depth some topics of interest raised here.

**Key Words:** Burnout Syndrome, Depression, Anxiety, Involvement

## **Presencia del Síndrome de Burnout en la Clínica Pajonal SAS**

### **Planteamiento del Problema**

En cada hospital o clínica de cada municipio del departamento y del país existe una historia particular que contar relacionada con las dificultades que se presentan al momento de necesitar atención eficaz en cuanto a servicios de salud. Muchas de estas quejas están relacionadas con la mala atención y las demoras en la atención ya sean por falta de profesionales, trámites dispendiosos e innecesarios, o por la ineficiencia del sistema salud.

Uno de los problemas más frecuentes y de quejas constantes está relacionadas con la falta de profesionales especialistas y del sistema, que retrasa burocráticamente una cita con este personal especializado mientras la salud del solicitante se deteriora cada vez más mientras espera la consulta solicitada. En Antioquia, existen 133 Empresas Sociales del Estado, empresas que son financiadas gracias a los recursos públicos, de ellas el 51% están en riesgo fiscal, según las cifras del Ministerio de Salud. No siendo nuestro municipio la excepción a esta problemática (Ortiz, 2013).

En relación al problema que se presenta hoy en día en los hospitales y clínicas del mundo, es muy común ver como los empleados del sector salud manifiestan malestares que se ven reflejados en el trato para con sus pacientes, con sus compañeros de trabajo e incluso en la pérdida de sus propios ideales como profesionales. Cabe destacar que el tema no es nuevo, ya que a mediados de los años setenta, Freudenberg, psiquiatra psicoanalista que trabajó en Estados Unidos, en su afán por dar una explicación a la pérdida de interés que sufren algunos empleados, luego de algún tiempo de labor en el mismo oficio o empresa, y con la intención de dar una explicación a los procesos negativos que esto trae para con el empleado, su lugar de trabajo y hasta con su familia, crea el concepto de Síndrome de Burnout como respuesta a estas insatisfacciones laborales. (Aceves 2006).

Herbert J. Freudenberger fue el primero en hablar de este síndrome en el año de 1973, luego de que observara en sí mismo y en otros profesionales cambios en su estado de ánimo como la pérdida de sus ideales y la empatía con sus pacientes y esto lo notó específicamente en profesionales como psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas. Aquellos profesionales cuya actividad específicamente está dirigida hacia otras personas (Bermann, 1990; Martínez y Guerra, 1998; Zaldúa et al.).

El síndrome de Burnout, no solo se presenta en los profesionales del servicio hospitalario, también se pueden afectar empleados como los educadores, las personas que trabajan con víctimas del conflicto armado en nuestro país, cualquier médico o especialista en salud ya sea pública u ocupacional. Cualquier empleado que se vea sometido a largas horas laborales, a trabajos mal remunerados, puede presentar este tipo de síndrome.

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producido por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge (Faura, 1990; Gilberti, 2004).

El síndrome de Burnout o síndrome del quemado fue declarado por la OMS en el año 2000 como un factor de riesgo laboral, ya que este síndrome afecta la calidad de vida de quien lo padece llevándolo al punto de poner en riesgo su propia vida (Aceves 2006)

Además, los profesionales de la salud diariamente se ven enfrentados al sufrimiento de sus pacientes y -algunas veces- esto les produce sentimientos de impotencia y frustración cuando algún caso se sale de sus manos o es difícil de resolver. En esta labor algunos trabajan jornadas continuas a ritmos acelerados, que en algunas ocasiones les puede producir desgaste físico y emocional, afectando su bienestar psicológico. Para una entidad prestadora de servicios hospitalarios este padecimiento en sus empleados va más allá, ya que la persona que lo padece no estará en condiciones de prestar un buen servicio a sus usuarios será un empleado ineficiente, con mayor posibilidad de ausentismo laboral representando gastos extras, pérdidas económicas y demoras en alcanzar las metas propuestas (Rodríguez, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mitad de la población mundial pertenece a la clase trabajadora y gracias a esto se puede dar un desarrollo social y económico en muchos países, por lo tanto, es importante cuidar de la salud de esta población más cuando se refiere a la parte de riesgo laboral (2006).

Anualmente según estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la OMS (2003), existen alrededor de tres mil millones de trabajadores en el mundo para los cuales no se les cumplen las condiciones mínimas establecidas en cuanto a salud ocupacional, seguridad y protección social como lo exigen las entidades mencionadas, además, existe una inadecuada atención en materia de salud y seguridad ocupacional, lo que provoca 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo, 271 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades ocupacionales. Adicionalmente, según señala la OMS (2007), “la mayoría de la fuerza de trabajo de todo el mundo no tiene acceso a servicios de salud ocupacional: solamente el 10-15% de la fuerza de trabajo global tiene acceso a ellos” (Patlán Pérez, 2013, P, 446)

En la mayoría de estudios que se han realizado sobre las características más comunes del síndrome del quemado, los resultados no concuerdan entre sí, por lo que se puede concluir que la prevalencia del síndrome depende de las condiciones o características en las cuales se desarrolla la vida cotidiana de cada individuo y de la particularidad del mismo. Se habla de que en Holanda aproximadamente el 15% de los trabajadores presentan síndrome de Burnout y que las empresas pierden un estimado de 1.7 billones de euros por causa de enfermedades relacionadas con el estrés (Danhof et al., 2011); siendo los empleados de las profesiones relacionadas con la salud pública los que más puntúan en prevalencia de padecerlas como es el caso de los profesionales en medicina, enfermeros, odontólogos y psicólogos (Aceves, 2006).

Por otra parte, algunos autores sugieren que el síndrome en los médicos se comienza a “incubar” desde la escuela de medicina, como, por ejemplo:

Dyrbye et al, publicado en el 2010 en JAMA. Afirma que en estudios realizados a estudiantes de medicina se presenta hasta un 49,6% de posibilidades de padecer el síndrome de sobrecarga emocional. En Canadá los estudios reportan que el síndrome tiene una consecuencia de hasta un tercio en los residentes de cualquier curso avanzado en las diferentes carreras (Cohen et al., 2008).

En el 2009 se realizaron estudios transversales y de cohorte en Costa Rica, Millán y Mesén y Gamboa et al. Este estudio se realizó con el personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en el primer trabajo participaron 121 estudiantes de primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, y se pudo concluir que el 72% de los participantes, sin importar su género, el lugar de residencia, estado civil, con hijos o sin ellos

o su edad, presentaron el síndrome del quemado. La segunda investigación solo incluyó 16 médicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva entre ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes), documentando una incidencia de 23.5% (Millán y Mesén, 2009; Gamboa et al., 2013).

En Colombia se determinó la ocurrencia del síndrome de fatiga en el trabajo entre los internos universitarios de medicina en el Hospital Universitario del Norte dando como resultado la presencia del síndrome en un 9.1% de los participantes, (Borda et al., 2007).

Aunque el síndrome de Burnout es un concepto relativamente nuevo en nuestro país, tiene antecedentes históricos que datan de los años 60 y que han sido de gran importancia en el ámbito laboral actual ; ya que anteriormente no se tenía en cuenta que la afectación de la salud física y mental de los empleados podría afectar todo el sistema laboral, siendo la falta de acceso a servicios de salud ocupacional y que estos son sometidos a jornadas laborales extensas dos de los factores más relevantes para la prevalencia del síndrome, ya que un profesional sometido a causas externas que afectan su estado de ánimo pueden padecer stress laboral crónico , reflejándose en actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, generando pérdidas económicas a las entidades para las cuales laboran.

Así pues, según los resultados arrojados por los estudios realizados se podría concluir que el Burnout es un síndrome que se presenta principalmente en aquellos profesionales que se desempeñan en áreas relacionadas con la salud, y que se presenta independientemente de la particularidad de cada individuo en cuanto a su vida y entorno familiar.

Y es por esta razón que la Clínica Pajonal SAS siendo una Institución de Prestación de Servicios de Salud (I.P.S.), de carácter privado ubicada en Cauca, Antioquia, se interesa por el bienestar del personal que labora en sus instalaciones.

La Clínica Pajonal SAS inicia su construcción en 1995 y se constituyó, como una sociedad comercial de responsabilidad limitada gracias al aporte del capital de nueve socios, y que inicia sus actividades con la prestación de los servicios de urgencias, farmacia, laboratorio, consulta externa, hospitalización, cirugía y ayudas diagnósticas, se perfila como una de las entidades más promisorias en cuanto a prestación de servicios en salud de la región, y buscando mejorar los mismos para el periodo 2011 habilita los servicios de UCI, UCE, y aumento la complejidad de los servicios de farmacia y laboratorio.

La clínica, por ser una Institución de Prestación de Servicios de Salud (I.P.S.) cuenta con el servicio de promoción y prevención en salud, proceso que sirve para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, haciendo posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud, ya que el grado de desarrollo de un país está determinado principalmente por la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, los niños y las niñas, quienes representan los pilares fundamentales del desarrollo de la sociedad actual y futuras y es por eso que en este momento la institución se encuentra en proceso de adaptación y oferta de los nuevos servicios, sin dejar de lado el bienestar de los empleados que laboran en dicha institución y hacen parte fundamental del desarrollo de la misma.

## **Pregunta de investigación**

¿Existe presencia del síndrome de Burnout en un grupo de auxiliares de enfermería en la Clínica Pajonal SAS de Cauca?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Correlacionar el síndrome de Burnout (con síntomas de ansiedad y depresión) en un grupo de auxiliares de enfermería en la Clínica Pajonal S.A.S de Cauca.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar síntomas de Burnout en un grupo de auxiliares de enfermería en la Clínica Pajonal de Cauca
  
- Evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de auxiliares en la Clínica Pajonal de Cauca.

## **Justificación**

Como es sabido, en la actualidad las cargas laborales y las exigencias del medio para preservar un empleo son bastante altas, teniendo en cuenta que muchas veces son empleos mal remunerados o con una alta carga laboral, que conllevan al estrés y otros malestares relacionados con el síndrome de Burnout o síndrome del quemado (Morales y Hidalgo, 2015).

Este síndrome se puede detectar a tiempo si se conocen las características que presentan los individuos que lo padecen. En su momento el individuo presenta signos de desilusión, se irritan con facilidad y suelen mostrar señales de frustración y actitudes desafiantes. Se vuelven personas rígidas, intransigentes e inflexibles; así mismo aparecen síntomas psicósomáticos, como fatiga, dificultades respiratorias y problemas de tipo gastrointestinal entre otros. Todos estos síntomas en conjunto no son más que las consecuencias del síndrome de Burnout o de "quemarse con el trabajo". (Marín, 2005; De los Ríos, 2007)

De acuerdo a la teoría recopilada de estudios anteriores y con el fin de generar un conocimiento contextualizado sobre el síndrome de Burnout, en los directivos de la IPS Clínica Pajonal SAS, surge la inquietud de conocer si el personal auxiliar de enfermería de la institución se encuentra vulnerables a padecer el síndrome ya que de ser detectado a tiempo puede ser tratado y se evitarían afectaciones tanto en el ámbito personal como institucional. Por esto, en la búsqueda del mejoramiento del servicio hospitalario y de la humanización de la medicina es de mucha importancia el estudio de este síndrome.

El síndrome de Burnout es una forma de manifestar la inconformidad laboral, y surge de manera progresiva como una forma de manifestación en las personas cuando tiene que enfrentarse a sus propios límites. Con el agravante de que cuando este síndrome no es detectado a tiempo dicha dificultad produce agotamiento y desequilibrio en la personalidad del individuo que lo padece; viéndose alterado su nivel emocional, cognitivo conductual y organizacional. Por ello, el autocuidado es muy importante y para esto es necesario poder detectar a tiempo los malestares, porque una gran cantidad de los trastornos asociados con el Burnout están relacionados directamente con el estrés y las dificultades no manifiestas a

tiempo que estos malestares traen consigo y por las tensiones acumuladas que desencadenan en lesiones o enfermedades. (Aron y Llanos, 2006).

Por otro parte con los resultados de la investigación la IPS podrá realizar un programa de intervención y prevención del síndrome de Burnout con sus empleados, ya que, con los resultados, los trabajadores podrán identificar si presentan síntomas de Burnout y de ser positivo en algunos de los auxiliares se podrá intervenir de forma positiva para mitigar los efectos de este síndrome.

Además, la Clínica Pajonal SAS ve la necesidad de indagar por el bienestar del personal que labora en sus instalaciones y el tema del Burnout es totalmente de su interés, ya que en su plan de trabajo se tiene como objetivo mejorar la calidad en el ambiente laboral de sus empleados implementando estrategias que buscan evitar a través de la detección e intervención de los factores de riesgos y de los factores protectores de la salud, una afectación en el personal que labora, para que luego esto no se vea reflejado en la prestación de los servicios.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene que todos los empleados del sector salud y en especial el personal de enfermería, conozcan a profundidad, las características del síndrome de Burnout y las técnicas para su prevención y afrontamiento, con esta investigación se pretende conocer cómo son las experiencias de los auxiliares de enfermería con relación al síndrome de Burnout en la Clínica Pajonal SAS de Cauca, ya que son ellos, al igual que el cuerpo médico, quienes se encargan de atender a los usuarios del servicio de salud.

Al mismo tiempo que la U de A seccional Bajo Cauca se beneficiará en la medida que los resultados aportan a la consolidación de la Institución como un centro de investigaciones

que aborda diferentes áreas que apoya programas de investigación, sobre problemáticas psicosociales de los profesionales de la salud. Además de destacarse como un importante centro cultural y académico.

### **Antecedentes**

Los antecedentes se realizaron con los términos de búsqueda, síndrome de Burnout como término general, Burnout en el ámbito hospitalario y Burnout en salud mental, de los cuales se tomaron los más relevantes y los de mayor interés para la investigación a realizar. Esta búsqueda se realizó en las bases de datos de Dialnet, Scielo, Redalyc, EBSCO-hot, en dicha búsqueda se encontraron artículos en su mayoría investigativos y otros de tipo informativo y descriptivo acerca del Síndrome de Burnout.

Los artículos se agruparon en distintas categorías de acuerdo con su temática. En la primera categoría como Síndrome de Burnout en contextos hospitalarios se agruparon a todos aquellos artículos que presentan investigaciones relacionadas con el tema del síndrome en el contexto hospitalario, específicamente los relacionados con el personal de auxiliares y médicos en general. Esta categoría especifica el efecto que tiene el síndrome de Burnout en estos empleados de la salud pública y de cómo se llega a la conclusión de que el tiempo laborado, la edad y las condiciones de trabajo son unos de los factores que influyen en el desgaste psicosocial de quien lo padece.

En esta categoría se ubican once artículos de distintos autores como:

Escriba-Aguir et al. (2008), quienes exponen en su artículo que se evidencia la prevalencia del síndrome de Burnout según el tipo de especialidad médica, como también el

impacto que éste tiene en los factores de riesgo psicosocial y el desgaste profesional en el personal médico especialista. Es un estudio transversal, basado en un muestreo aleatorio y estratificado por especialidades, concluyeron que la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los que tienen un alta sobrecargada de trabajo.

El segundo artículo de Gómez-Urquiza et al. (2017), en donde el tema principal del artículo es la prevalencia del síndrome de Burnout, en enfermeras de atención primaria, se realizó una revisión sistemática dando como resultado una incidencia elevada en cansancio emocional alto entre el 23 y el 31% , las constantes para despersonalización alta y realización personal baja fue de entre 8-32 y 4-92% respectivamente, con estos datos se concluye que el personal de enfermería de mayor edad, las que tienen más tiempo laborado, las que presentan ansiedad y depresión fueron las que presentaron más altos los niveles de Burnout, mientras que aquellas que presentan mejores condiciones laborales como; mejores sueldos, satisfacción laboral alta , respaldo de su entidad contratista y buen concepto de sí mismas lo padecen menos .

El tercer estudio de Farrerons y Calvo (2008), describen los indicadores de Burnout en los profesionales de la enfermería de los hospitales públicos del área sur de Gran Canaria. Fue un estudio descriptivo, y la muestra estuvo constituida por 101 profesionales de enfermería, dando como resultados unos elevados niveles de Burnout en el personal de enfermería, por encima de los hallados en otros profesionales sanitarios, con similares dificultades en las relaciones laborales y características de trabajo.

En el cuarto artículo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas (2006), se abordó la problemática de los niveles de estrés laboral y Burnout en los servicios sanitarios de las urgencias extra hospitalarias. La muestra estuvo constituida por los trabajadores de los

servicios de urgencias extra hospitalarias del Área 9 de Madrid (médicos, personal de enfermería y celadores). Dicho estudio dio como resultado que los médicos fueron los profesionales que mostraron un nivel mayor de Burnout, además de mostrar mayor cansancio emocional por ser el profesional que tiene mayor carga emocional.

El quinto artículo de Aldrete et al. (2015), se pretendía comprobar la relación existente entre los factores psicosociales laborales y el síndrome de Burnout cuyos participantes son miembros del personal de enfermería de una de las unidades de tercer nivel de atención a la salud. Las conclusiones muestran que las altas cargas de trabajo y la falta de apoyo en el ambiente de trabajo, traen como consecuencia un deterioro de la calidad de atención y de la satisfacción del usuario.

El sexto artículo, el estudio de Barrios et al. (2012), tuvo como objetivo conocer la relación entre la sobrecarga laboral y los factores que desencadenan la aparición del síndrome Burnout en el personal de enfermería de las unidades de hemodiálisis. La información se categorizó de acuerdo con los predictores del síndrome descritos en trabajadores de salud, entre los cuales se encuentran: sobrecarga laboral, frecuencia y cantidad de tiempo dedicado a la atención de pacientes, participación en la toma de decisiones, riesgo de afectación psíquica y la incorporación constante de nuevas tecnologías y conocimientos.

En el séptimo artículo Tejada y Gómez 2011 buscaba medir la incidencia con la que el síndrome de Burnout se presenta en los psiquiatras en Colombia y determinar si la aparición de este está asociado a condiciones demográficas y otras variables laborales. Y pesar de que existen muchos estudios acerca del Burnout en los profesionales de la salud, los psiquiatras no han participado de muchos de estos estudios, en Colombia se desconoce la prevalencia del problema en general y específicamente en profesiones como esta. Con este estudio se

concluyó que el 9.9% de los participantes presentaban altos niveles de Burnout, donde variables como la edad, el trabajo como empleado y la dedicación exclusiva al área clínica fueron los factores que más influyeron para que se presentara este síndrome en el personal médico psiquiátrico.

En el octavo artículo Thomaes, et al (2006) estaba interesado en conocer algunos de los temas relacionados con el síndrome de Burnout, los detonantes que lo desencadena y cuáles podrían ser las medidas protectoras y las estrategias que se pueden utilizar para evitar que este surja en el personal que labora en cierta institución.

Con este estudio Thomaes, et al, concluye que los empleados deben ser informados acerca de que es el síndrome de Burnout cuáles son sus síntomas y efectos para que sean capaces de identificar a tiempo los factores desencadenantes y así poder acudir a quien corresponda por ayuda. Se debe instruir al personal acerca del estrés y de cómo este es uno de los factores que influyen para la aparición del síndrome de Burnout en el ámbito laboral, factor que se determina en mayor parte por causa de las demandas del medio y de las estrategias de afrontamiento con las que cuentan cada individuo.

En el noveno artículo Atence, J (1997), hace énfasis en como el síndrome de Burnout es percibido como la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios en su ambiente laboral. Y concluye que el padecimiento del síndrome de Burnout está relacionado en gran medida con la edad, el tiempo laborado y el sexo del individuo que lo padece, siendo el cansancio, la pérdida de energía, las actitudes negativas, la hostilidad con los compañeros de trabajo y el sentimiento de incompetencia personal los síntomas más visibles y que se presentan en los primeros años de labor profesional ya que es en este periodo de la vida del sujeto donde este se enfrenta a la realidad laboral siendo las mujeres las más vulnerables.

En el décimo artículo Trejos et al (2011), buscan identificar la relación existente entre el síndrome de Burnout y la depresión en el personal de enfermería que trabaja en un hospital de alto nivel, haciendo énfasis en que el síndrome de Burnout y la depresión presentan síntomas muy afines y por lo tanto el síndrome de Burnout puede ser confundido con una depresión. Concluyendo que ambos se relacionan en los tres componentes característicos del síndrome (cansancio, despersonalización, realización) y no se encontró asociación con otras variables como son: el número de hijos o el tiempo que invierten en el traslado al hospital.

En el onceavo artículo Portero y Vaquero (2015), hablan sobre los factores psicosociales y de cómo estos se convierten en factores desfavorables para el desarrollo profesional de los individuos que laboran en ciertas áreas hospitalarias y de cómo la calidad de vida de estos se deteriora por causa del estrés constante al que son sometidos. También encontraron que existe una relación significativa entre el estrés de los profesionales su agotamiento emocional y la despersonalización.

Esta categoría arroja resultados muy similares en cada uno de los artículos mencionados, de los cuales se puede concluir que la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los que tienen una alta sobre carga de trabajo, y que los médicos fueron los profesionales que mostraron un nivel mayor de Burnout, además de mostrar mayor cansancio emocional por ser el profesional que tiene mayor carga emocional. Y que, tanto en médicos como en enfermeras, la edad, la antigüedad laboral, las altas cargas de trabajo y la falta de apoyo en el ambiente de trabajo, traen como consecuencia un deterioro de la calidad de atención y de la satisfacción del usuario.

La segunda categoría descrita fue, la Categorización del síndrome de Burnout por género, en la cual citare dos artículos.

En el primer artículo Aranda, C (2006), buscó identificar si el género de un individuo influye en que este padezca o no el síndrome de Burnout. En este estudio se observó que el género femenino es más vulnerable al agotamiento emocional y que esto está relacionado con la inadecuada organización laboral, la competencia desmedida entre los compañeros, la escasez de herramientas y el número de turnos semanales ponen en riesgo el buen desempeño laboral de los empleados.

El segundo estudio de Gil-Monte et al. (2017), analizaron las propiedades psicométricas del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de profesionales de la salud de origen italiano. Las diferencias significativas entre las medias de los ítems según el género de los participantes fueron muy pocas, pues sólo se obtuvieron en el caso de 6 ítems, con una tendencia que indica que las mujeres tienden a puntuar significativamente más alto que los hombres en los síntomas de deterioro emocional. Este resultado está en línea con lo obtenido en los estudios sobre el SQT (Purvanova & Muros, 2010), y sustentan la validez del CESQT en italiano para hombres y mujeres.

En esta categoría se puede concluir que las diferencias significativas entre las medias de los ítems según el género de los participantes fueron muy pocas, pero la tendencia indica que las mujeres tienden a puntuar significativamente más alto que los hombres en los síntomas de deterioro emocional, ya que las mujeres son más vulnerables a agotarse física y mentalmente, que los hombres.

Una tercera categoría se describe como la sobrecarga laboral, indicativo del síndrome de Burnout, donde se encontraron tres artículos.

En el primero de ellos, Aron y Llanos (2004) abordan el tema del desgaste laboral de aquellos empleados que trabajan con temas de violencia, y la importancia del autocuidado, dado que muchos de los trastornos asociados con el Burnout, están relacionados directamente con el estrés y las dificultades que traen consigo no manifestar estos malestares a tiempo, y por las tensiones acumuladas que desencadenan en lesiones o enfermedades.

El segundo artículo de Marrau, M (2009) es un texto de antecedentes teóricos, donde la autora expone como el síndrome de quemarse por el trabajo inicia en el lugar del trabajo y no en el trabajador, por lo tanto, el problema se debe buscar en el entorno laboral y no en el individuo, lo cual se diferencia del mobbing. Si el síndrome de quemarse por el trabajo no se diagnostica correctamente, puede convertirse en una patología de alto riesgo, ya que sus síntomas se enfatizan llegando a causar cambios significativos en la conducta del sujeto que lo padece. Por otra parte, el texto hace referencia al vacío legal que a nivel mundial existe en la legislación laboral vigente, porque no existen datos históricos y estadísticos que den cuenta acerca de los trabajadores que padecen este síndrome, este suceso ocurre ya que no es fácil explicar la relación existente entre la causa y el efecto del mismo.

En el tercer artículo Patlan, J (2013), realiza una investigación para determinar las consecuencias del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo, del personal de un instituto en México. De acuerdo con los resultados obtenidos, se identificaron contradicciones significativas en el agotamiento y el género, donde los resultados obtenidos muestran como el personal femenino presenta mayor cansancio emocional en comparación al personal masculino, ya que las mujeres responden a varias demandas en su vida diaria, tanto en el trabajo como en el hogar.

De lo anterior se puede concluir en esta investigación que el mayor desafío para las empresas es brindar espacios laborales adecuados donde los empleados se sientan conformes y así poder evitar los efectos negativos que se presenta en los espacios de trabajo.

De esta categoría podremos concluir que el síndrome de quemarse por el trabajo inicia en el lugar del trabajo y no en el trabajador, por lo tanto el problema se debe buscar en el entorno laboral y no en el individuo, por esta razón es muy importante capacitar al personal que labora para cualquier institución acerca del autocuidado, dado que muchos de los trastornos asociados con el Burnout, están relacionados directamente con el estrés y las complicaciones que existen cuando no son atendidos a tiempo. Ya que, si el síndrome de quemarse por el trabajo no se diagnostica correctamente, puede convertirse en una patología de alto riesgo, porque sus síntomas pueden causar cambios significativos en la conducta del sujeto, De lo anterior se puede concluir en esta investigación que el mayor desafío para las empresas es brindar espacios laborales adecuados donde los empleados se sientan conformes y así poder evitar los efectos negativos que se presenta en los espacios de trabajo.

En la cuarta categoría citaremos dos artículos que hacen referencia al síndrome de Burnout en contexto latinoamericano.

En el primer artículo Díaz y Gómez (2016), plantean como a principios de los años 70 se empezó a estudiar el síndrome de Burnout; síndrome que empieza a aparecer en la población obrera debido al desarrollo tecnológico, donde cada vez era más difícil conseguir empleo ya que para poder aspirar a un empleo se requería de personal especializado en ciertas áreas y es entonces cuando aparecen nuevos riesgos psicosociales.

Esto no excluyo en ninguna forma a la clase trabajadora de Latinoamérica donde el Burnout se presenta y está en aumento, pero rescatando de la cultura latinoamericana la existencia de estrategias culturales que poseen los individuos que habitan estos países y que los protegen de las enfermedades de la sociedad capitalista altamente industrializadas. Concluyendo así que para la formulación de estrategias de afrontamiento para tratar el síndrome de Burnout se hace necesario tener en cuenta factores propios del contexto ocupacional, organizacional y cultural, lo que requiere de un trabajo interdisciplinar entre la psicología, la sociología, la antropología, la filosofía, la biología, la economía, la epidemiología, entre otras.

En el segundo artículo Cañón et al. (2011), Sostiene que como es sabido en Colombia, como en el resto de Latinoamérica, el sistema de salud está colapsado como consecuencia de los cambios macrosociales, afectando en gran medida al personal médico y auxiliar de todos los centros hospitalarios, y esta es una situación delicada partiendo de la teoría de que si un profesional de la salud no se siente bien jamás podrá tratar bien a sus pacientes.

Concluyendo que variables como los salarios bajos, la carga laboral entre otros son influyentes en el malestar laboral de los empleados de este sector.

Esta categoría se concluye que el síndrome de Burnout no es nuevo en el contexto latinoamericano y que aparece con las exigencias del desarrollo tecnológico , por otro lado en Colombia por causa de la crisis en el sistema salud, el personal médico se está viendo afectado en su bienestar personal y que necesitan ayuda para evitar mayores dificultades, creando estrategias teniendo en cuenta factores propios del contexto ocupacional, organizacional y cultural, lo que requiere de un trabajo interdisciplinar entre la psicología, la sociología, la antropología, la filosofía, la biología, la economía, la epidemiología, entre otras.

La quinta categoría es descrita como, síndrome de Burnout en contexto educativo, donde se cita a Darrigrande y Durán, (2011) y Extremera y Durán, (2005) y Correa-Correa, et al. (2010)

Darrigrande y Durán, (2011), afirman que el Síndrome de Burnout esta siempre relacionado al ámbito de la salud y se ha dejado de lado la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesores, los cuales también lo padecen y cuyo origen es atribuido principalmente a la sobrecarga laboral y al hecho de ser blanco repetido de agresividad por parte de padres y alumnos. Concluyendo que la sintomatología depresiva y la predisposición al Síndrome de Burnout en los profesores que participaron del presente estudio, insiste sobre la importancia de descubrir a tiempo la presencia del síndrome e intervenir sobre él, ya que éste puede vincularse a otras patologías como la depresión, que afectarían ya no sólo la parte laboral, sino también su ámbito familiar.

Extremera y Durán, (2005) en el segundo artículo tratan el tema educativo teniendo en cuenta el contexto pre-ocupacional o académico porque se ha demostrado que las labores académicas también «queman» a los alumnos y pueden convertirse en factores estresantes y en el marco de mejorar la calidad del aprendizaje y del incremento en el bienestar psicológico del estudiante, los resultados logrados puntúan hacia la necesidad de beneficiar el desarrollo de prácticas emocionales en las aulas como un factor amortiguador de los estresores académicos y como vehículo para una mayor dedicación hacia el aprendizaje.

El tercer artículo Correa-Correa et al, (2010) hablan acerca de cómo mediante los estudios realizados, se ha podido establecer que no solo las carreras asociadas a la parte asistencial son las más expuestas a padecer el síndrome de Burnout, siendo que los docentes, por la presión a que se ven sometidos constantemente lo padecen, por pretender responder a

diferentes demandas, viéndose esto reflejado en las constantes licencias por ausentismo, la depresión y el agotamiento. Aunque los resultados logrados evidencian que existe una baja tasa de presencia del síndrome de Burnout en esta población, sin embargo, se encontró una presencia a considerar de alta despersonalización en el personal más joven, es decir, que han desarrollado actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de sus servicios ya sea los estudiantes, así como también hacia los otros profesores. Encontrándose también una presencia importante de altas consecuencias físicas y sociales en los docentes, que en el tiempo si no se intervienen pueden predisponer a un estrés crónico y por ende a que se presente el síndrome de Burnout.

En esta categoría se dan dos ejemplos claros del contexto educativo de como el síndrome de Burnout afecta tanto a el cuerpo de docentes como a los alumnos; donde los docentes reportan altos niveles de Síndrome de Burnout y mayor sintomatología depresiva y por otra parte en la parte académica se demostró que las labores académicas también «quemán» a los alumnos y pueden convertirse en factores estresantes.

En la sexta categoría se cita un único artículo en el contexto deportivo donde Carlín y Garcés (2010), afirman que en la esfera deportiva se han enunciado pocas tesis específicas sobre Burnout, sin duda la mayor preocupación en la tesis metódica del Burnout, ha sido la relación existente entre el padecimiento del síndrome y el abandono de la práctica deportiva.

Concluyendo sobre la importancia de orientar la investigación de la aparición del síndrome de Burnout en deportista hacia la comprensión del agotamiento y la influencia de ello en las variables que intervienen en la aparición del síntoma.

En la séptima categoría citaremos 6 artículos sobre el síndrome de Burnout y el desgaste emocional.

En el primer artículo Carlota y Gobbi (2001) afirman que buscar empleo produce un desgaste emocional y que esta actividad también debe ser nombrada como un trabajo, ya que esta labor requiere de una planeación, inversión, organización y tiempo. Un empleo nos produce placer y bienestar y es a través del empleo que el sujeto se incluye dentro de la sociedad. Buscar empleo es un suceso que genera estrés, y en el cual se identifican las tres etapas del Burnout descritas por Maslach y Jackson y se concluye que la dimensión de despersonalización es la que más afecta ya que en todas las empresas los empleadores son vistos de forma impersonal cuyo resultado es el sentimiento de incompetencia personal y profesional.

En el segundo artículo de esta categoría Bang, Thomas G. Reio Jr. (2017), sugieren que el principal objetivo de esta investigación es analizar la relación que tienen los componentes del Burnout ( agotamiento, cinismo e ineficacia profesional) con el desempeño profesional autoevaluado y el comportamiento prosocial; por medio de este estudio se concluyó que el cinismo se constituye como un mediador parcial en la relación que mantenían el agotamiento emocional y la ineficacia profesional con tres variables dependientes, vinculándose con un aumento del desempeño profesional y contextual y con el comportamiento prosocial. El agotamiento se ha vinculado a una gran variedad de resultados organizativos significativos y este estudio arrojó como resultados, que el agotamiento emocional y la ineficacia profesional, tienen un efecto negativo significativo, directo en cada uno de las variables. Además, el agotamiento emocional y la ineficacia profesional también demostraron un efecto indirecto sobre las variables dependientes a través de la variable del cinismo.

En el tercer artículo Demerouti, E. et al, (2002), examina la relación existente entre el agotamiento y los efectos a corto plazo de la tensión mental dentro y fuera de las profesiones relacionadas con los servicios humanos, al mismo tiempo que contribuye a la comprensión del desarrollo del agotamiento como efecto a largo plazo del deterioro del trabajo y el diseño del trabajo. El agotamiento tiene relaciones comunes con el deterioro agudo del estado físico y mental; sin embargo, es un fenómeno distinguible con diferentes síntomas (pero posiblemente causas comunes). Concluyendo que las sensaciones de estrés fueron irrelevantes para el agotamiento y para la submuestra de producción relacionada negativamente con el desprendimiento, siendo esto una posible explicación para la relación negativa entre las sensaciones de estrés y la desconexión ya que los empleados que se distancian de su trabajo también pueden desconectarse de las situaciones laborales.

El cuarto artículo García, P (2016) con este artículo se proponen determinar el nivel del Síndrome de Burnout que padece la planta de docentes de una Institución de Educación Superior de Puebla, México, así como describir la relación entre el estrés y los factores significativos que causan dicha condición, como pueden ser la edad, el género, tener una pareja, la antigüedad laboral y el ambiente laboral.

El quinto artículo Chacón, M (2013) afirma que no existen en Cuba estudios que permitan evaluar la prevalencia exacta a nivel nacional, del síndrome de Burnout, pero la investigación en instituciones específicas y regiones sugiere una cifra entre 25% y 40%. Los síntomas comunes son irritabilidad, falta de motivación, cierta indiferencia ante los problemas, fatiga emocional marcada, ansiedad y depresión. Físicamente, las enfermeras con agotamiento físico sufren con más frecuencia dolores musculares, dolores de cabeza y resfriados. Sin embargo, en la opinión de la autora el agotamiento aún es un tema que no se discute abiertamente, es un tema que aún sigue oculto entre las sombras, “En el lado oscuro

de la luna”, si se juzga por las intervenciones limitadas del sistema de prestación de atención medica las cuales están orientadas a la prevención y la mitigación del riesgo, medidas que no están siendo suficientes para proteger la salud de las enfermeras y demás trabajadores del sector salud.

El sexto artículo de Caballero, C et, al. (2010), expone los principales conceptos del síndrome de Burnout académico, su evolución y su delimitación conceptual con otros trastornos como depresión y ansiedad, así como también una revisión de los modelos teóricos del Burnout en el ámbito laboral para su aplicación en el ámbito académico. En este orden, la dificultad la naturaleza del síndrome no es la poca delimitación entre el Burnout, la depresión , la ansiedad, y la necesidad de buscar establecer una delimitación estricta entre ellos, sino más bien el reconocimiento del carácter particular del síndrome de Burnout académico, en donde muy posiblemente evoluciona de manera desleal, y puede evolucionar en formas manifiestas de ansiedad y depresión con posibles o ineludibles transiciones por aspectos contextuales, sociales, culturales y, particularmente, características idiosincráticas del sujeto.

De esta categoría y los 6 artículos citados se puede concluir que el agotamiento se ha vinculado a una gran variedad de resultados organizativos significativos donde el agotamiento emocional y la ineficacia profesional, tienen un efecto negativo, directo en cada uno de las variables, el agotamiento tiene relaciones comunes con el deterioro agudo del estado físico y mental; sin embargo, es un fenómeno distinguible con diferentes síntomas (pero posiblemente causas comunes a la depresión). Concluyendo que las sensaciones de estrés fueron irrelevantes para el agotamiento y los síntomas comunes son irritabilidad, falta de motivación, cierta indiferencia ante los problemas, fatiga emocional marcada, ansiedad y depresión.

En la octava categoría solo se citó un artículo con la descripción de estudios comparativos,

Barraza, A. et al, (2007), este estudio fue de carácter comparativo (profesores y médicos), en el cual se pudo concluir que en ninguna de las cuatro variables estudiadas (género, edad, antigüedad y número de hijos) se establecieron diferencias significativas, y que ambos profesionales muestran semejanzas y desacuerdos en el hecho de que las variables no establecen diferencias significativas en el nivel que se presentan las dimensiones del Burnout.

En la novena categorización descrita como, desgaste emocional en amas de casa se citaron dos artículos:

El primer artículo de Rodríguez, U. et al. (2014), centran su investigación en la presencia del síndrome de Burnout en amas de casa residentes del barrio Rodrigo de Bastidas en la ciudad de Santa Marta y de la forma como este síndrome puede afectar la salud y la calidad de vida de esta población, lo anterior puede generar patologías y disfunción familiar. En este artículo se presentan los resultados de una investigación cuyo objetivo fue identificar y describir la presencia del síndrome de Burnout en amas de casa. Igualmente se estableció la relación existente entre el nivel sociocultural, el estado civil y la edad. De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo concluir que el número de amas de casa afectadas por el Síndrome fue del 11,3 % (23 personas), las cuales según Maslach (1982) presentarían agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se encontró más prevalencia de Burnout en personas pertenecientes al rango de edad intermedia. Además, se evidenció que las amas de casa catalogadas como no afectadas pertenecían al grupo que había hecho su primaria y bachiller completo, así como el grupo de amas de casa afectadas. El nivel

de ingresos también fue otra variable estudiada en la presencia o no del síndrome, como lo señala Martínez (2010), este puede ser un factor distorsionador.

En el segundo artículo Moral, J, (2011) nos ilustra acerca de un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre estrés percibido, expresión de la ira y síndrome de Burnout en amas de casa. La expresión de la ira es un determinante de la queja de falta de apoyo y reconocimiento y esta última es un determinante del factor de cansancio, afecto negativo y consecuencias y de estrés percibido. Concluyendo que se carece de variables exógenas y los cuatro variables son manifiestas. Por otra parte, el estrés percibido, determinado por la falta de apoyo y reconocimiento, incrementa la expresión de ira, lo que contribuye más a la queja de falta de apoyo, y lleva al cansancio, más afecto negativo y consecuencias; asimismo la falta de apoyo determina el cansancio.

En esta categoría podemos concluir que el síndrome de Burnout puede afectar la salud y la calidad de vida de esta población y se encontró más prevalencia de Burnout en personas pertenecientes al rango de edad intermedia, además, se evidenció que las amas de casa catalogadas como no afectadas pertenecían al grupo que había hecho su primaria y bachiller completo.

### **Referentes conceptuales**

En los referentes conceptuales se expondrán los temas de salud, lo que este concepto significa y de cómo se percibe como un proceso social que influye en el ámbito laboral de un individuo, ya que el trabajo es el medio por el cual un individuo es aceptado en un grupo social determinado, que lo acoge como un elemento útil y necesario para el desarrollo de la misma, pero si esta labor no es ejercida dentro de las condiciones adecuadas y necesarias para

su buen desarrollo, el individuo que la realiza, presentará dificultades no solo en su lugar de trabajo sino también en su hogar, produciéndole un desgaste emocional que se verá reflejado en el trato para con los demás.

Por último, se hará una introducción detallada acerca de que es el síndrome de Burnout sus causas y consecuencias y de cómo este está estrechamente relacionado con uno de los fenómenos actuales que afectan la salud de las personas (el estrés) y las consecuencias que esta causa en el ámbito laboral.

### **La salud como proceso social**

A finales de los sesenta florece como consecuencia de la crisis social, política y económica por igual en países capitalistas avanzados como en los países dependientes, así como de la medicina misma, una corriente de tendencia médico crítico que discute la forma, estrictamente biológica, de la enfermedad y de la práctica médica dominante, plantea que el proceso salud-enfermedad puede ser considerado con éxito como un hecho social. Esta corriente, en principio, debe indicar el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, y puntualizar con exactitud su objeto de estudio y establecer sus propuestas expresadas a la dificultad de aquel proceso. Uno de los principales objetivos de las luchas populares en esos años era buscar la forma de cómo resolver las necesidades de las masas trabajadoras, esto ocurre de igual forma tanto en los países capitalistas como en los dependientes, y de esta forma las nuevas corrientes de luchas sociales se inspiran en las luchas populares y se define, así, la base social sobre la cual se sustentan (Laurell, 1982).

En relación a esta postura, Laurell percibe como algo necesario comprender el concepto de Salud-enfermedad como un término social y que aclaren el término “proceso salud enfermedad” colectiva. (Laurell, 1982).

Además, la salud y la enfermedad no tienen un origen exclusivamente orgánico. Los motivos por los cuales podemos enfermarnos son muy diversos. Dependiendo de la condición social del individuo y la forma en cómo funciona su organismo, se verá afectado si alguno de los dos se ve amenazado. Esta relación metódica, existente entre los sistemas de cada ser humano genera una diversidad de causas, en la que cada sistema es responsable de los acontecimientos que desencadenen dicho malestar. Ya que la “conducta de enfermedad” es responsabilidad de los cambios que sufren los elementos que están involucrados en cada situación. Concepto que se toma de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (1968) y adaptada por Getzels y Thelen (1972) a la condición del hombre como organismo y como persona (J. Nieto Munuera, 25 de febrero de 2015).

Probablemente la manera de demostrar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por cómo se presenta esta en el individuo, sino más bien en cómo se presenta en una comunidad. Se podría entonces afirmar que la naturaleza social de la enfermedad no se comprueba en un caso clínico si no en la forma más común que tiene un grupo colectivo de enfermarse y morir. Otra forma de comprobar el carácter histórico de la enfermedad, es el análisis de las patologías más comunes en una comunidad en un mismo momento histórico; también es necesario analizar el prototipo, las veces que se repite y la forma cómo se distribuye la enfermedad entre los diferentes grupos sociales que componen una sociedad.

En la sociedad capitalista, por ejemplo, la percepción que se tiene de enfermedad está determinada en la biología personal de quien la padece, hecho que la resocializa, para poder ocultar el verdadero significado que representa ante la sociedad el hecho de que un individuo este enfermo. El concepto de enfermedad oculto, se refiere a la incapacidad para realizar un trabajo, lo que sitúa al hecho de enfermar directamente en su correspondencia con la economía y, eventualmente, con la creación de aumento y la posibilidad de acumulación capitalista. (Laurell, 1982).

### **La salud y el trabajo**

En el siglo XII al XVI, trabajar significaba “atormentar”, “sufrir”, el “trabajador” era el verdugo. Originalmente la palabra trabajo tenía como significado “tormento”, en su evolución su significado fue transformándose de “tormento” a un esfuerzo de arduo agotamiento, para por fin en el siglo XVIII darle un calificativo de utilidad y medio de existencia (Cialzeta., 2013).

Los seres humanos necesitan desarrollar ciertas actividades para así poder satisfacer necesidades personales, como también necesidades que le exige la cultura en la cual se desenvuelve, estas necesidades son de carácter social, político, religioso y deportivo.

Una de las actividades que se nos demanda como seres humanos es la actividad económica laboral, el cual es el único medio por el cual se logra la subsistencia que contribuye a constituir la identidad del sujeto, le permite adquirir bienes y servicios y es el medio por el cual se logra la realización personal (Castel, 1997; Paugam, 2001).

Con respecto a la salud, es importante saber que el término salud no es solo la ausencia de la enfermedad, este concepto es más complejo de aplicar, ya que hay que valorar los aspectos cognitivos, físicos y sociales del sujeto; teniendo en cuenta que la salud se describe como un estado, haciendo también referencia a la capacidad, de hacerle frente a los retos, conservando un equilibrio móvil (Laurell, 1982). En este proceso se debe entender, además, que la pérdida de salud no se da en un instante, generalmente es un proceso progresivo que finaliza en un estado de enfermedad o pérdida de la salud.

Como manifiesta la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud está relacionada en gran medida con el medio ambiente que rodea a una persona; el trabajo define en gran parte el medio en que se desenvuelve el hombre, pero la salud depende casi que en su totalidad de las condiciones en que el individuo desarrolla su trabajo.

En algunas entidades se les exige a los empleados desarrollar un trabajo de calidad, aunque sea a costa de su propia salud. Pero si el trabajador no se encuentra en óptimas condiciones, este no podrá garantizar un servicio de calidad. Es muy importante tener pendiente que el concepto de calidad conduce a un problema ético y económico; se debe siempre brindar un buen servicio ya que este es requerido por personas que pueden verse afectadas por los errores de otras personas y esto no le conviene a ninguna organización, ya que perderá credibilidad por lo deficiente de sus servicios. (Giraud Esther, 2000)

### **El desgaste mental en el trabajo**

Cuando el trabajo integra al sujeto a la sociedad, le brinda oportunidades para desarrollarse personalmente y le permite mantener cubiertas sus necesidades básicas facilitándole autonomía personal, que le ayudan a mantener su autoestima; se podría decir que

el trabajo es una actividad saludable, pero si por el contrario esta actividad se desarrolla de forma precaria y en un ambiente poco favorable para el trabajador cualquier actividad que realice se podría convertirse en un agente patógeno. Como por ejemplo es el caso del empleo precario. La mayoría de los empleados actuales siempre están ante la expectativa de perder su empleo y en las consecuencias de ser un desempleado. Bermann (1995) afirma que al mismo tiempo “El progresivo dilema ante la política de flexibilización ante el cambio de salud por beneficios económicos, la falta de garantías y control sobre la organización, las horas laborales que hay que cumplir y la clase de trabajo, así como los escasos recursos sociales y de asistencia, acentúan sus ya famosas características patógenas”, (Mosso, 2007)

El autor Dejours (2009), hace parte de una corriente teórica de la psiquiatría y el psicoanálisis, con una orientación más psicosocial para estudiar los efectos de la estructura del trabajo sobre la salud mental de los obreros. En su libro, desarrolla las particularidades de un procedimiento analítico al que nombra “psicopatología del trabajo”; el cual organiza a través de seis principios: los mecanismos y las ideologías de defensa de los trabajadores, el tipo de sufrimiento mental que se puede generar, el papel del miedo en el trabajo, los mecanismos para compensar los desajustes entre los trabajadores y los modelos productivos, la funcionalidad del sufrimiento mental y las consecuencias de la organización del trabajo sobre la salud. En estos principios el autor explica la forma cómo los empleados se ven obligados a buscar estrategias psicológicas para proteger su salud mental de situaciones patológicas. Como en el caso de los trabajos repetitivos los cuales fueron constituidos por la Organización Científica del Trabajo (OCT), trabajos que consisten en la sistematización del modelo productivo, para aumentar la producción, en los cuales no se tienen en cuenta las carencias personales del empleado, y el miedo suele manifestarse en forma de ansiedad, en estas labores los empleados se ven obligados a implementar sus propios dispositivos de protección

que les brinden la seguridad de poder continuar en sus empleos. Uno de estos dispositivos es llamado el refugio en la fantasía, el cual Dejours denomina como “parálisis del pensamiento”, que consiste en abstraerse de la realidad momentánea mientras se realiza un trabajo de este tipo. (Kardelis, 2019)

En resumen, Dejours dice que hay que tener en cuenta los resultados de la explotación del sufrimiento mental sobre la salud de los trabajadores, ya que las normas de producción siempre generan descompensaciones psiconeuróticas masivas, sin descartar las descompensaciones individuales las cuales no son reconocidas como patologías mentales, por lo que las únicas opciones que se les brinda a los trabajadores es el uso de psicofármacos que alivien la insatisfacción y el miedo. La única patología legalmente aprobada como resultado del trabajo es el síndrome subjetivo postraumático, un trastorno producido a raíz de un accidente laboral, el cual puede desencadenar patologías mentales latentes. (Kardelis, 2019)

### **Características del trabajo sanitario y salud de los trabajadores**

El Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre los servicios de salud en el trabajo (nº 161) define los “servicios de salud en el trabajo” como servicios cuya función es asesorar, a los empleadores y empleados con respecto a las normas exigidas para poder mantener un ambiente laboral que permita a los trabajadores mantener una buena salud física y mental, por medio de las cuales se logre mejorar las condiciones y el medio ambiente en el trabajo.

En el mundo los servicios de salud en el trabajo se encuentran distribuidos de forma inequitativa oscilando entre el 5% y el 90%, en la región europea, en países de Europa Central y Oriental, que actualmente se encuentran en transición, y se ven con muchas dificultades

para brindar los servicios debido a la renovación de sus actividades económicas y a la descomposición de las grandes industrias centralizadas en unidades más pequeñas.(Igor A. Fedoto Textos Online/Enciclopedia OIT/tomo1/16.pdf, 2001)

Por otra parte, pareciera que en las profesiones que están relacionadas con la prestación de servicios de salud, los empleados de esta área son los más afectados frente a otras profesiones, en cuanto a la salud se refiere, pareciera ser que los médicos, están especialmente expuestos al stress, agotamiento, angustia y depresión, además de trastornos en el sueño, son más propensos mostrarse irritables con sus familiares y amigos. Entre las razones posibles para que los profesionales de esta área sean los más afectados están: el extenso horario laboral que ellos manejan, el trato difícil y complicado con algunos pacientes, las exigencias laborales de estos trabajos que intervienen en su vida cotidiana, la gran responsabilidad que implica hacerse cargo de pacientes con tendencias suicidas y homicidas Igor A. Fedoto Textos Online/EnciclopediaOIT/tomo1/16.pdf, 2001)

Otra modalidad que se viene presentando es la criminalización de los médicos, que parece ir creciendo en Europa. En el British Medical Journal un autor describe como los médicos en Italia están siendo impedidos por la justicia. Haciendo mención al neologismo “malasanità”, el cual se entiende como un mal servicio en la salud, donde los médicos son acusados de prestar un mal servicio a tal punto que cada muerte en el ejercicio de sus funciones es responsabilidad del médico, que solo buscan la remuneración económica, sin importarles la salud y el bienestar de sus pacientes. Esta realidad está arruinando las relaciones que deben existir entre los pacientes y los médicos, ya que los pacientes no confían en sus médicos y por consiguiente los médicos no le ponen empeño al ejercicio de su profesión (Cialzeta., 2013).

## **El síndrome de Burnout**

### **Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout.**

El síndrome de agotamiento profesional, “Burnout” en el idioma inglés, (que traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue un término utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 quien lo especificó como un conjunto de síntomas indefinidos médico-biológicos y psicosociales, que se adquieren en un contexto laboral, como consecuencia de una solicitud excesiva de energía. Freudenberger hacía referencia más que todo a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va encaminada al servicio de otras personas.

Luego que Freudenberg (1974), desde la psiquiatría y Christina Maslach (1982) desde la psicología se refirieran por primera vez a este concepto, comenzaron a realizarse numerosos estudios, investigaciones sobre el tema que dieron como resultado que entre 1973 y 1983 se escribieran más de 1000 artículos, libros, capítulos sobre burnout y entre 1983 y 1993, 1500 publicaciones sobre el tema.

Freudenberg define el Burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (1974, p2).

Uno de los puntos que enfatiza Freudenberg es que no se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros.

Pero ha sido Christina Maslach (1976) quién ha convertido al Burnout en un tema de interés de investigación. En los años setenta, la psicóloga social e investigadora de la Universidad de Palo Alto, concentró su investigación en el estrés emocional que nace de la correspondencia interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el Burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva al agotamiento y al alejamiento emocional con los usuarios en su quehacer laboral.

Tal es la influencia de los postulados sobre el Burnout expuestos por la doctora Maslach, que casi toda la literatura existente acerca del síndrome se sustenta en sus postulados. Tanto así que la investigación en estas tres últimas décadas de la profesora Maslach acerca de esta patología, la ha llevado a cobrar un gran protagonismo como fenómeno social y científico (Maslach, 2003), ya que un hecho importante en el progreso del Burnout es que nace como un problema social identificado por los trabajadores, antes de convertirse en un tema sistemático para los investigadores. Estos comienzos populares no académicos del síndrome, ayudaron a rotular al fenómeno de forma vaga, dando paso a una cantidad de perspectivas y postulados que dificultaron al principio la claridad conceptual del síndrome.

Y es así, que en la década de los años noventa el concepto del Burnout se fue desarrollando, incluyéndose dentro de sus metas de acción ocupaciones diferentes a la de los servicios humanos (Maslach, 2004), definiendo su alcance a todo profesional que trabaja con usuarios que requieran de un trato directo, y no sólo en el personal de ayuda o del sector servicios, siendo que es un síndrome que se puede desarrollar en todos los tipos de actividad laboral (Vinje, Mittelmark, 2007), escenario que generaliza las ideas de esta importante

investigadora, y abren una brecha importante de desarrollo sobre el tema en el ámbito mundial.

En conclusión, los principios de la doctora Maslach han abierto una nueva imagen a los estudios de los complejos fenómenos psicosociales en el mundo, los cuales tienen la intensa capacidad de maltratar a las personas en sus diversos escenarios de desenvolvimiento, especialmente en el ámbito laboral (Olivares-Faúndez, 2016).

### *Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud*

Gil -Monte y Peiró (1997) identifican cuatro niveles de factores desencadenantes del Burnout:

a) Nivel individual: En el personal médico, los sentimientos idealistas y generosos los llevan involucrarse en los problemas de los pacientes, y transforman la solución de ese problema como una meta personal a alcanzar. Por lo tanto, se sienten culpables si fallan, esto genera un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.

Uno de los aspectos del nivel individual que se convierte en una variable investigada ha sido el género. El género parece ser una variable que diferencia las calificaciones en Burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional, donde las mujeres siempre puntúan más alto, mientras que los hombres tienden a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo. Sin embargo, no se puede dejar de lado la importancia que tiene la personalidad del sujeto dentro del desarrollo del síndrome de Burnout.

b) Nivel de relaciones interpersonales: Cuando las relaciones con los usuarios y compañeros de trabajo son tensas y existe falta de apoyo por parte de un superior o compañeros, también son desencadenantes para que se manifiesten sentimientos de quemarse por el trabajo. Ya que el apoyo social le permite al empleado sentir que es apreciado por compañeros, amigos, familiares, etc.

c) Nivel organizacional: los profesionales de la salud trabajan en un sistema burocratizado de coordinación entre miembros de diferentes áreas administrativas y que en algunos casos generan problemas de coordinación de roles, esto resulta un estresor del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol. Las variables personales y sociales pueden afectar a la aparición del Burnout, en cambio las variables organizacionales, básicamente aquellas vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo desencadenan (Cialzeta,2013).

### ***Las dimensiones del Burnout***

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach (1997) divide el síndrome en tres dimensiones; el nivel de desgaste emocional (donde ubicó la dimensión de estrés básico del Burnout), el nivel de despersonalización (es la dimensión interpersonal) y el nivel de sentimiento de incompetencia (la dimensión de autoevaluación).

Agotamiento emocional: Se caracteriza por la pérdida paulatina de recursos emocionales para enfrentarse a las exigencias laborales que se viven a diario, manifestándose en síntomas perceptibles como la fatiga física, emocional y psicológica además de ira, malhumor e insatisfacción por la labor que se realiza acompañada de un creciente pesimismo por la actividad que se realiza. En pocas palabras es una pérdida de recursos emocionales.

Despersonalización: Es el estado a que llega una persona cuando pone barreras entre él y las personas a las que atiende como una forma de auto protegerse, afectando así su desempeño laboral. Se vuelve un empleado insensible, cínico y deshumanizado ante las necesidades de las personas que requieren sus servicios, dejando estos de ser personas necesitadas y pasan hacer simples objetos ante sus ojos. Por otra parte, el empleado que padece el síndrome se aísla de los demás para protegerse del cansancio emocional, pero asume una actitud fría e impersonal culpando a los demás de sus fracasos y se vuelve una persona irresponsable en el trabajo, que poco a poco va perdiendo el idealismo hacia su labor.

Baja realización personal: Es la idea personal del profesional afectado por el síndrome de Burnout de sentirse frustrado por la forma en que está haciendo su trabajo y los resultados obtenidos. Siente que no se valora el esfuerzo que se realiza y lo ve como algo negativo, afectando directamente su autoestima, acompañado de un sentimiento de incompetencia cuando piensa que las demandas laborales están por encima de sus capacidades personales y sus logros profesionales son percibidos de forma negativa. Esta impresión de inadecuación acerca de las propias destrezas personales puede llevar a una opinión de fracaso autoimpuesto (Cialzeta, 2013).

### ***Relación entre Estrés laboral y Burnout***

Martínez y Guerra dicen que el Burnout “es un síndrome de estrés crónico en aquellas profesiones de servicios, que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia” (1997, p.38).

Es decir, que siendo el estrés un concepto más profundo que el Burnout, este último puede ser incluido dentro de su significado. El estrés se puede presentar en cualquier persona

que desempeñe cualquier tipo de trabajo, por el contrario, el Burnout es más recurrente en aquellas personas que desempeñan labores relacionadas con el trato directo a las personas y pueden padecer estrés emocional (Cialzeta, 2013).

El estrés por sí mismo no causa Burnout, si en un ambiente estresante el sujeto realiza un trabajo significativo y es apreciado por el personal que lo rodea, esto no será impedimento para progresar en dicha labor. Mientras que un sujeto que padece síndrome de Burnout se verá disminuido en su capacidad laboral ya que el síndrome está relacionado con la fatiga laboral, el cansancio, la despersonalización y baja realización personal, síntomas que impedirán que cualquier sujeto sea capaz de desarrollar a cabalidad las funciones para la cual fue contratado. Martínez y Guerra, dicen que el Burnout es la etapa final del estrés laboral, y que sus consecuencias no pueden ser comparadas a los efectos habituales del estrés de otras profesiones (Cialzeta, 2013).

Así mismo, otros autores afirman que el estrés es el resultado de la relación que tiene un sujeto con su entorno, y que este considera como importante para su felicidad personal, pero las demandas o exigencias de este entorno, exceden los recursos de afrontamiento que tiene el sujeto. Teniendo en claro el significado de afrontamiento, que no es más que los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son utilizados para afrontar dichas exigencias ya sean externas o internas, pero que son valoradas por el sujeto como excesivas, en función de los recursos disponibles. (Cialzeta, 2013)

Lazarus et al (1984) afirma que las personas son vulnerables al estrés cuando estas no cuentan con suficientes estrategias de afrontamiento. Mientras que Carver et al, (1989) y Crespo et al (1997) afirman que “el síndrome de Burnout sería el resultado del uso de estrategias de afrontamiento ineficaces, con las cuales los trabajadores tratarían de auto

protegerse de situaciones de estrés crónico en el trabajo” (Lazarus, 1993; Reissner et al, 2010, p. 2). Como si se tratara del desgaste, que resulta de haber estado expuesto por un largo periodo de tiempo a una situación de tensión y frustración en el trabajo. (Montero-Marín, 2019)

### ***Consecuencias sobre la salud***

Los trabajadores que sufren el síndrome de Burnout consiguen exhibir múltiples síntomas, a nivel físico, afectivo y actitudinal. Las consecuencias de este síndrome son variadas, tanto en el ámbito personal como organizacional, las personas que lo padecen tiene un mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para caer en adicciones como el caso de las sustancias alucinógenas , ausentismo laboral, dificultades para formar parte de un grupo de trabajo, alta movilidad laboral, baja en el rendimiento laboral, existe la posibilidad de cometer más errores, cambio en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual (Cialzeta, 2013)

### ***Signos de alarma***

Existen varias formas de manifestaciones del síndrome y que se pueden considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico:

***La Negación.*** Cuando un individuo padece el síndrome siempre será el último en aceptar que tiene el problema.

***El Aislamiento.*** Para una persona con síndrome de Burnout es muy frecuente que prefiera estar alejada de sus amigos y colegas e incluso de su propia familia

**La Ansiedad.** Se ve reflejada en la sensación constante que tiene la persona de que algo malo va a suceder.

**El Miedo o temor** Es la sensación fuerte de temor de acudir al trabajo.

**Depresión.** Hoy en día este es uno de los síntomas más comunes en el personal médico y estudiantes de medicina, convirtiéndose en el más peligroso del síndrome ya que la depresión es un factor que puede llevar a quien lo sufre al suicidio

**Ira.** Las manifestaciones de la ira se presentan cuando se empieza a perder la calma y el control sobre cualquier situación que sea percibida como amenazante, manifestando un enojo exagerado así a compañeros de trabajo e incluso con los pacientes

**Fuga o anulación.** En el personal médico se manifiesta en el desinterés por su jornada laboral y le falta al respeto a sus pacientes llegando tarde a sus citas.

**Adicciones.** Se inicia con el consumo de sustancias alucinógenas o fármaco dependientes

**Cambios de personalidad.** Son tan variables sus estados de ánimo que se convierte en un individuo que inspira poca confianza.

**Cargas excesivas de trabajo.** pierde el control acerca de sus capacidades personales y se desborda aceptando varios turnos laborales para pasar más tiempo en el trabajo y así poder comprobar que todo está bien siendo esto otra manifestación de auto negación.

**Comportamiento riesgoso.** Son comportamientos que no son usuales en la persona y pueden ir desde un embarazo no deseado, hasta una conducta sexual riesgosa.

**Sensación de estar desbordado y con desilusión.** Se siente cansado y se siente que ya no se puede seguir trabajando al mismo ritmo ni entusiasmo, se percibe una fatiga crónica.

**Abandono de sí mismo.** Se presenta un cambio en su arreglo personal, cambiando hábitos de higiene y pulcritud, cambios en sus hábitos alimenticios con pérdida o ganancia de peso excesivo.

**Pérdida de la memoria y desorganización.** Se presenta dificultad para concentrarse y adquirir nuevos conocimientos, se olvidan eventos importantes familiares y laborales, también se puede presentar trastornos del sueño. (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

**Tabla 1. Síntomas clínicos del Burnout**

Síntomas clínicos del Burnout		
Físicos:	Afectivos:	De comportamiento:
-Taquicardia, dolor y opresión precordial, -Dispepsia, micciones frecuentes -Impotencia sexual o falta de libido, alteraciones del ciclo menstrual -Parestesias, tensión muscular, mialgias -Cefalea persistente, migraña, diplopía.	-Súbitos y frecuentes cambios de humor -Incapacidad de sentir compasión por otras personas -Interés excesivo por su salud física. -Introversión, cansancio y falta de concentración -Astenia, aumento de la irritabilidad, angustia	-Indecisión y descontento injustificado -Aumento de ausentismo -Tendencia a sufrir accidentes automovilísticos -Trabajo ineficaz y uso de recursos para evitarlos -Tendencia a consumir alcohol y drogas -Exceso de comidas, aumento de la dependencia a tranquilizantes. -Trastornos en el sueño -Disminución de la calidad de vida y la cantidad de trabajo

**Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout.**

A partir de la primera definición hecha por Freudenberger en 1974 sobre el síndrome de Burnout o “síndrome del quemado”, quien lo especificó como un conjunto de síntomas indefinidos médico-biológicos y psicosociales, que se adquieren en un contexto laboral, como

consecuencia de una solicitud excesiva de energía. Otros autores se han interesado en el tema y existen diferentes definiciones al respecto, algunas definiciones muestran concordancia en sus conceptos, algunos autores comparan el síndrome con el estrés y otros lo comparan con la depresión, o lo relacionan con la salud física y el bienestar.

Luego de Freudenberger, Pines y Kafry (1978) definen el Burnout como una sensación general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Dale en 1979 se manifiesta con su teoría acerca de las consecuencias del estrés laboral. Luego, en 1980 Cherniss, habla sobre las condiciones laborales en el origen del Burnout, definiéndolo como aquellos cambios negativos que aparecen con el transcurso del tiempo en los trabajadores, los cuales se convierte en situaciones frustrantes o con excesivas demandas.

En 1980 y siguiendo con el tema de las condiciones laborales en cuanto a los servicios humanos y sus particularidades Edelwich y Brodsky (1980) definen el Burnout como una pérdida del idealismo, una disminución de energía y motivos vividos particularmente en los profesionales de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.

Pines, Aronson y Kafry (1981) apuntan que este síndrome es causado por un agotamiento físico, emocional y mental que padecen las personas que se ven expuestas durante largos periodos de tiempo a situaciones que los afectan emocionalmente. En la misma línea, sobresalen las investigadoras Maslach y Jackson (1981), que afirman que este síndrome es más visible en las profesiones que requieren de atención personal e intensa a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Afirmando que el síndrome de Burnout es exclusivo de las profesiones de ayuda (personal de salud y profesorado), y lo caracterizan

en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Shinn, Rosario y Chestnust (1984) piensan que el síndrome de Burnout es la tensión psicológica que resulta del estrés causado en el trabajo relacionado con los servicios humanos.

Leiter (1989), sostiene que el síndrome es el resultado del Cansancio Emocional, y que como mecanismo de defensa el sujeto reacciona aislándose mediante la Despersonalización hacia los clientes, viéndolos como objetos, y perdiendo el interés, el compromiso con el trabajo y aumentando su agotamiento, lo que produce como consecuencia una desvalorización en cuanto a su Realización Personal, y es como de esta manera que aparece el Burnout.

García Izquierdo (1991) insisten que el Burnout es característico de los servicios humanos y lo argumentan como resultado de las exigencias físicas y psicológicas que exige el cargo laboral de este tipo de trabajos, o como resultado de una insatisfacción del trabajador por su entorno laboral. Mientras que Pines (1993) concluye que el Burnout es la consecuencia de una larga exposición a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado que supondría para el sujeto agotamiento físico, emocional y mental.

Siguiendo a Moreno y cols (1999) afirman que este síndrome puede presentarse en todos los espacios de acción de un sujeto cualquiera, pero se tiene mayor documentación en el campo de los profesionales de la salud y maestros y se ha ampliado en profesiones diversas. Farber (2000) habla sobre la relación existente entre la competencia versus exigencia que marcan el desempeño, y sobresale la falta de tiempo y de recursos para lograr los objetivos. En efecto con Farber, Charnes (2001) afirma que las fuentes de estrés en los profesionales de

ayuda son las particularidades propias del trabajo, el ambiente organizacional, y las características individuales.

En España Goldvarg (2000), define al Burnout como: “Un síndrome cuya principal característica es un sentimiento abrumador de estar exhausto, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de ineficacia y fracaso laboral que afecta tanto el funcionamiento a nivel personal como a nivel social” .Considera este síndrome, como una forma de revelarse a esos estresores crónicos que se presentan en el trabajo cotidianamente, en desacuerdo de lo que sucede con las crisis agudas; que si bien se presenta como un fenómeno individual se encuentra establecido en un contexto social que afecta la idea personal de sí mismo y de los demás.

Por lo tanto, el Burnout puede ser definido como un cuadro psicológico que aparece reiterativamente en los profesionales encargados de brindar asistencia a las personas que padecen algún sufrimiento, como respuesta a los estresores que conlleva la actividad que realizan por su profesión y que se ven enfrentados con el sufrimiento, dolor y riesgo que se prolongan en el tiempo, junto a contextos laborales de alta exigencia y competitividad. (Toledo, 2018)

### **Etiología y Modelos explicativos del Burnout.**

Aunque ya se conocen las causas del estrés en el desarrollo del síndrome, actualmente se reconoce que el síndrome se desarrolla como un proceso donde se combinan muchos factores (además del estrés), como es el caso de variables como el ostracismo, las dificultades que se presentan en el transcurso de la carrera profesional, las precarias condiciones económicas del individuo que lo padece y la sobrecarga laboral (Quiceno y Alpi, 2007).

El término “Burnout o síndrome del quemado ha sido definido como el síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros. Pero hoy en día el concepto más aceptado es el propuesto por Maslach y Jackson en 1981; quienes consideran que el síndrome es la forma incorrecta de enfrentar un estrés emocional crónico cuyas faces vitales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

Por otra parte, se han descrito varios factores de riesgo para que una persona desarrolle el síndrome de Burnout, y basado en los estudios se podría afirmar que aunque el síndrome pueden ser desarrollado por cualquier persona ,entre los más vulnerables están las personas jóvenes, del género femenino, solteros o sin pareja estable, excesivos turnos laborales o exceso laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. Pero, entre todos los factores de riesgo expuestos, el más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo. Así pues, se puede decir que los componentes implicados serian:

- Componentes personales: La edad está muy relacionada con la experiencia , el género (el género femenino es más tolerable a los conflictos que se presentan en el lugar de trabajo), las variables familiares ( las buenas relaciones familiares brindan estabilidad emocional a las personas , y esto permite que sean más sensatos al momento de enfrentarse a situaciones conflictivas en su lugar de trabajo), la personalidad es un factor influyente puesto que es única de cada persona ( por ejemplo, las personas competitivas, las ansiosos y los perfeccionistas).

- Inadecuada formación profesional: Esto se presenta cuando se tienen un cúmulo de información teórica y escaso entrenamiento en actividades prácticas donde aplicar dichos conocimientos y se pueda adquirir aprendizajes de técnicas de autocontrol
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficientes en cuanto a la infraestructura del lugar de trabajo, el entorno humano, organización en cuanto a lo referente laboral, deficiencia salarial, exceso de carga laboral y poco trabajo en equipo.
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: son todos aquellos que están relacionados con hechos que afectan de forma significativa nuestra vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos ¿por ejemplo.

### ***Presentación clínica, diagnóstico y tratamiento del Burnout.***

El Burnout ha sido definido clásicamente mediante las dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia (Maslach et al, 1996). Este concepto ha sido aceptado como estándar, para dar significado al síndrome de Burnout y aunque presenta algunas debilidades psicométricas (Gil-Monte, 2005), y no ha sido desarrollado a partir de la observación clínica, ni tampoco se ha basada en una teorización metodología del síndrome, sino que ha sido propuesto inductivamente, mediante la agrupación factorial de un conjunto más o menos arbitrario de ítems (Schaufeli, 2003). Además, esta tesis no deja claro el tipo de relaciones que existen entre los elementos que la forman, ni aclara los antecedentes y consecuentes generales

del síndrome, por lo que carece de la estructuración teórica necesaria (Demerouti et al, 2005; Enzmann, 2005; Koeske et al, 1989).

Aunque se habla de tipos de Burnout, existen inconvenientes en la visión estándar del síntoma ya que todos los casos son vistos de igual manera sin tener en cuenta la particularidad de cada caso y sabiendo que la realidad psicosocial puede ser diferente para cada individuo que lo padece (Farber, 2000). Ante esta restricción, y como opción a la definición conocida, se han presentado diferentes subtipos o perfiles de Burnout, en función de sus particularidades clínicas (Montero-Marín et al, 2008; Montero-Marín et al, 2009). Estos perfiles pueden ser evaluados a través del “Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout “, mediante su versión extensa.

**El Burnout frenético:** Su principal característica es la sobrecarga laboral a la que se somete trabajando muy duro, muchas veces hasta el agotamiento para alcanzar un éxito que esté a la altura de sus esfuerzos. (Farber, 2000). Presenta una desbordada ambición, por la necesidad de obtener grandes logros sin reconocer sus propias limitaciones. Y, por último, muestra una gran sobrecarga, entendida como la impresión de estar exponiendo la salud y la vida propia en la persecución de buenos resultados en el trabajo (Montero-Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). Este perfil no es bien visto por el jefe encargado de ninguna empresa (Montero-Marín et al, 2013). El tipo de estrés que se sufre con éste tipo de Burnout, procede esencialmente de la tensión que le generan las altas expectativas, aunque también de la frustración ante la perspectiva de no conseguirlas (Montero-Marín et al, 2014).

**El Burnout sin-desafíos:** Es enfrentar la monotonía de una labor donde existen situaciones poco estimulantes que proporcionen la satisfacción necesaria (Farber, 2000). En este tipo de Burnout se realizan las tareas laborales sin interés y de forma superflua (Montero-

Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). En este perfil de Burnout se relaciona un alto nivel de cinismo, debido a la falta de identificación hacia las tareas del trabajo, por lo que se relaciona a un estilo de afrontamiento escapista, basado en la distracción o evitación cognitiva por desempeñar una actividad que los aburre (Montero-Marín et al, 2011; Montero-Marín et al, 2014).

Los afectados por este perfil por lo general pierden la objetividad respecto a su derecho natural de experimentar necesidades de desarrollo personal, y al no intentar alcanzarlas, sienten una gran frustración (Montero-Marín et al, 2014b)

El subtipo desgastado: En este perfil se encuentran los trabajadores que actúan con abandono frente al estrés y a la ausencia de gratificaciones (Farber, 2000). Este perfil muestra emociones de desaliento, debido a la impresión de falta de control sobre las consecuencias de su trabajo; y por la sensación de falta de reconocimiento respecto a los esfuerzos invertidos; por lo que decide optar por la desatención como única salida a la dificultad (Montero-Marín et al, 2009; Montero-Marín et al, 2010). Además, este perfil se torna pasivo en cuanto al enfrentamiento del estrés, basado en la desconexión conductual, produciendo sensación de incompetencia haciendo que el que lo padece sienta culpa, por no cumplir con su responsabilidad en el trabajo (Montero-Marín, 2011a; Montero-Marín et al, 2014a).

Acerca del cuadro clínico este puede seguir la siguiente sucesión:

- Etapa 1. En esta se aprecia en la persona afectada un desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que las demandas laborales sobrepasan a los recursos humanos, lo que induce a una situación de estrés agudo.

- Etapa 2. El individuo realiza un esfuerzo superior para adaptarse a las demandas.

Pero esto sólo funciona temporalmente (hasta aquí el cuadro es reversible).

- Etapa 3. Aparece el síndrome de Burnout con los componentes descritos.

• Etapa 4. El individuo estropeado psicofísicamente se convierte más en un peligro que en una ayuda para los receptores de los servicios que el presta. (Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, 2006).

Por muchas razones es de suma importancia detectar a tiempo este síndrome, ya que es un padecimiento que no solo lo sufre la persona que lo padece, sino que también se puede poner en peligro la salud de las personas que están a cargo del profesional afectado. Tanto así que la OMS (2000) ha determinado que, debido a la frecuencia del síndrome en profesionales de la salud, se ha catalogado al síndrome de Burnout como riesgo laboral.

También es muy importante tener en cuenta su tratamiento y prevención, y una de las rutas a seguir consistiría en aplicar estrategias que permitan a la persona que padece el síndrome hacer cambios en los pensamientos y sentimientos característicos del síndrome mediante procesos tales como:

- Mantener un equilibrio entre aquellas cosas importantes en la vida de un individuo como son: la familia, los amigos, los afectos, los momentos de ocio y el trabajo.
- Proceso personal que permita al individuo adaptarse a las posibles situaciones que se presentan en su diario vivir

- Promover unas buenas relaciones de trabajo con los compañeros del trabajo, como por ejemplo compartiendo los espacios comunes, trazándose objetivos que beneficien a la comunidad en general para alcanzar metas comunes.
- Tener en cuenta la importancia de tener espacios personales, haciendo un buen balance de carga laboral.
- Formación personal continúa con todo lo relacionado a el trabajo que se realiza (Aceves, 2009).

Además, es posible desarrollar intervenciones terapéuticas, que se ajustan al tipo de perfil según sus características.

El Burnout frenético, por ejemplo, podría ser intervenido con una terapia que esté orientada a bajar los niveles de activación, con el propósito de descartar el malestar generado por la tensión, y para prevenir la fatiga y el agotamiento (Montero-Marín et al, 2011b). Teniendo en cuenta los orígenes de su enorme ambición y grandiosidad, junto con los sentimientos de culpa asociados a su excesiva necesidad de conseguir metas. Podría ser muy útil, además, el modelado de conductas asertivas, con el propósito de poner un límite a sus compromisos, o la forma de cómo hacer un buen uso del manejo del tiempo para que tenga tiempo de satisfacer sus necesidades personales, con afecto hacia sí mismo. En definitiva, poder adquirir hábitos de vida saludable, donde este incluida la actividad física, la relajación, el control de la respiración, o el descanso, todo esto facilitaría el cuidado de la salud de una forma completa, y podría resultar de beneficio incluso en la ejecución en el propio lugar de trabajo (Montero-Marin et al, 2013b; McEachan et al, 2011; Conn et al, 2009; Cook et al, 2007; Van Rhenen et al, 2005).

El subtipo de Burnout sin-desafíos, podrían ser beneficiosas las intervenciones encaminadas hacia la reforma del interés y la recuperación de la satisfacción, animando hacia el desarrollo personal en el trabajo, mediante el propósito de crear nuevos retos que sean significativos desde el punto de vista del individuo (Montero-Marín et al, 2011b). Sin olvidar, el trabajo de reestructuración cognitiva que supone debe ayudar a descubrir una posición realista con respecto al deseo de alcanzar la realización personal y mediante ejercicios de atención plena podría enseñárseles a realizar tareas de forma consciente para así reducir el aburrimiento y la apatía a realizar funciones de tipo mecánico. (Fahlman et al, 2013; García-Campayo, 2008; Repar et al, 2007).

En el subtipo desgastado, es importante tocar el tema de los sentimientos de desesperanza, de falta de eficacia y de abandono en el trabajo. Para ello, será preciso tratar de cambiar el estilo de afrontamiento pasivo, para que pueda ir recuperando la confianza, la seguridad y la sensación de control, mediante la aprobación y la acción necesarias para lograr un trabajo apropiado de las tareas asignadas (Bandura, 2001; Salanova et al, 2005), amortiguando así los sentimientos de culpa relacionados al incumplimiento de sus compromisos. El abordaje de este perfil exige también interesarse sobre el sistema de contingencias de la propia organización, orientándolo lo más que se pueda hacia la manera de quede adherido al compromiso de realizar sus tareas, mejorando las técnicas con las cuales se pueda recuperar el control, en cuanto a la toma de decisiones, y permitiendo el reconocimiento o la consecución de respuestas positivas a los esfuerzos invertidos. Teniendo en cuenta que uno de los propósitos es la consecución de un clima de trabajo agradable, donde se establezcan tejidos sociales de soporte, tratando de que exista una mejor calidad de vida en el trabajo (Bennett et al, 1996; Van Ham et al, 2006). (INTERVENCIÓN, 2016)

### ***Burnout y depresión.***

La depresión puede ser precisada como cambio anormal del estado de ánimo, en la que el sujeto siente tristeza, desaliento, desesperanza, pesimismo, con tendencias suicidas, pérdida de interés por sus asuntos personales y su entorno, llanto fácil, etc., y todos estos cambios consiguen tener correspondencia directa con el desarrollo del Síndrome de Burnout, y con esta percepción se podría decir que el Burnout y la depresión son entidades nosológicas asociadas. Para esto es significativo identificar qué tanto de la sintomatología afecta a la depresión y que tanto al Síndrome de Burnout propiamente, por lo que se hace necesario esclarecer sintomatología depresiva; esto se puede lograr utilizando como herramientas el inventario de depresión de Beck, con dicho inventario se puede estimar la gravedad de los síntomas de depresión, principalmente aquellos relacionados con la parte cognitiva (pensamientos, emociones). (Beck, A; Rush, A; Shaw, B; Emery, G, 2005).

Al mismo tiempo la depresión, supone un "eje nuclear afectivo", es decir el sujeto se ve envuelto en una "tristeza vital y profunda que lo envuelve ", que afectan todas las esferas de su relación intra e interpersonal, produciéndose una desmotivación general hacia las cosas ya que no se concibe la razón por la cual se deban realizar las tareas que en un principio le eran gratificantes, que lo elevaban como un profesional y exitoso especialmente en su trabajo. Y sin esta motivación la persona que presta sus servicios de cuidador de los enfermos, se mostrará con agresividad y rechazo hacia las personas que cuida (Beck, A; Rush, A; Shaw, B; Emery, G, 2005).

Mientras que el Burnout es traducido literalmente como "quemarse", se percibe en aquel que lo padece como un estado de vacío interior, de deterioro espiritual, de "infarto al alma", en el que el individuo afectado no sólo ha usado todas sus energías recargables, sino

que su esencia ha sido también atacada y malograda. Los daños físicos también hacen parte del síndrome burnout, y se puede suponer que el cuerpo, la mente y el espíritu conforman una unidad.

Cabe subrayar que existen momentos que el Síndrome de Burnout puede verse influenciado o aumentado por la sintomatología depresiva y no sólo por estrés laboral. Ya que el Síndrome de Burnout y la Depresión, pueden presentar similares resultados como son el aislamiento de todo su círculo de allegados ya sean amigos o familiares causado por la agresividad y rabia que constantemente estos manifiestan hacia los demás (Beck, en Buzzetti, 2005; Darrigrande & Durán, 2012)

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de investigación**

Esta investigación es de tipo cuantitativo ya que se utilizará la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. En el caso particular de este estudio se busca recolectar datos sobre los de síntomas de burnout, ansiedad y depresión, en el personal de auxiliares de enfermería de la Clínica Pajonal S.A.A., de Cauca y establecer relaciones entre estas.

El enfoque cuantitativo es un conjunto de técnicas secuenciales y probatorias. Cada etapa antecede a la que sigue y no se puede saltar ningún paso, ya que el orden debe ser riguroso, aunque se puedan alterar algunas fases, pero una vez definida se puede proceder a plantear los objetivos y preguntas de investigación, se analiza la literatura y se construye un

marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis, se determinan variables, se plantea un diseño, se evalúan las variables en un determinado contexto, se examinan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis (Sampieri, 2014)

El enfoque cuantitativo posee ciertas características, las cuales reflejan la necesidad de medir y estimar las magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, donde el investigador o investigadora diseña un problema de estudio definido y preciso sobre el fenómeno. Una vez planteado el problema y el investigador realiza la revisión de la literaria, construye un marco teórico que es sometido a ensayos mediante el uso de diseños de investigación apropiados, en caso de que los resultados confirman las hipótesis, se aporta evidencia a su favor; si por el contrario se refutan, se anulan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis (Sampieri, 2014)

Al afirmar las hipótesis se crea confianza en la teoría que las respalda. Si no es así, se rechazan las hipótesis y eventualmente la teoría, así las pues las “creencias” se deben generar antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de los datos se basa en la medición y deben ser avalados por una comunidad científica para que puedan ser creíbles y aceptada por otros investigadores, y se debe demostrar que se siguieron tales procedimientos (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

Como en el enfoque cuantitativo se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real” y deben ser representados mediante números para poder ser analizados mediante métodos estadísticos. Los análisis cuantitativos se aclaran a la luz de las hipótesis y de la teoría, la interpretación da una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente (Creswell, 2013a).

La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible, y los fenómenos que se observan o miden no deben ser alterados por las percepciones particulares del investigador, para que esto no interfiera en los procesos (Unrau, Grinnell y Williams, 2005).

En una investigación cuantitativa se intenta extrapolar los resultados encontrados en una muestra a una población mayor. También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse. Al final, con los estudios cuantitativos se pretende lograr una meta final que no es más que la demostración de teorías y poder generar conocimiento. La investigación cuantitativa pretende identificar leyes “universales” y causales (Bergman, 2008).

#### **Tipo de estudio: No experimental Transversal**

Para esta investigación se escogió este tipo de estudio no experimental ya que esta es sistemática y empírica, donde las variables independientes no pueden ser manipuladas por que fueron hechos que ya sucedieron. Las hipótesis sobre las relaciones que suceden entre las variables se realizan sin mediación o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como suceden en su contexto natural (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

Además, este estudio es de corte transversal, es un diseño que permite medir en un solo momento una variable investigada, este estudio es el indicado para esta investigación porque nos permitirá evaluar los síntomas que se presentan con el síndrome de Burnout, como son: depresión y ansiedad, en la población seleccionada. Sin embargo hay que tener en cuenta que este estudio no permite identificar de forma clara las asociaciones causales existentes entre los síntomas de Burnout y las variables de ansiedad y depresión de interés. La característica de este tipo de estudio es que la información sobre la presencia de los síntomas

de burnout, son anotados al mismo tiempo, lo que impide reconocer la relación transitoria de una posible asociación entre ellos.

### **Diseño Descriptivo y correlacional**

Los diseños transversales descriptivos tienen como objetivo investigar el hecho de las modalidades o niveles de una o más variables en una localidad. Esto se logra ubicando en una o en varias variables a un grupo, este puede estar conformado por personas, u otros seres vivos, situaciones, fenómenos, etc. Y facilitar su descripción, por lo tanto, es un estudio netamente descriptivo al igual que sus hipótesis ya sea de pronóstico de una cifra o valores (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

### **Correlacional**

Este diseño permite relacionar dos o más categorías, conceptos o variables entre sí en un momento dado, ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa-efecto. Por lo tanto, es el indicado para este estudio ya que en él se evaluarán variables como depresión y ansiedad síntomas que inciden en la aparición del síndrome de burnout. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014)

### **Población y muestra**

La población estaría conformada por el personal de auxiliares de enfermería de la Clínica Pajonal de Cauca, Antioquia, un total de 49 sujetos. La muestra estaría conformada por hombres y mujeres que participen de forma voluntaria en la investigación, que cumplen los criterios de selección.

### **Criterios de inclusión**

- Personal de planta contratado por la Clínica Pajonal de Cauca.
- Querer participar en el estudio y que haya firmado la carta de consentimiento informado.

- Tener una antigüedad igual o mayor a un año en la institución.
- Se tendrán en cuenta ambos sexos.
- Serán incluidos los auxiliares de ambas jornadas laborales (día y noche)

### **Criterios de exclusión**

- Tener un tiempo laborado inferior a un año dentro de la institución

### **Instrumentos**

#### ***El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981 a, 1986)***

Es un instrumento conformado por 22 ítems, que evalúan en una escala de frecuencia de siete grados, las tres dimensiones que definen el Burnout, según estas autoras, los cuales son. Agotamiento emocional, Despersonalización y baja Realización personal en el trabajo

En la versión original (Maslach y Jackson, 1981), la escala para valorar los ítems estaba diseñada para medir de dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad, donde al individuo que se le aplicaba la prueba debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos que estuviesen relacionados con su ámbito laboral y

su desempeño cotidiano en éste. Aunque, en la versión de 1986 no se expone la forma de intensidad porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se cubrían una con la otra, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ( $r = 0.73$  con una media de  $r = 0.56$ ). La razón de conservar el formato de frecuencia es por su parecido con el utilizado en otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

Este inventario se divide en tres subescalas que se ajustan a tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emocional exhaustivo), (9 ítems), despersonalización (Despersonalización), (5 ítems) y realización personal en el trabajo (Personal accomplishment), (8 ítems), las cuales arrojan una puntuación estimada como baja, media o alta, según el resultado de las distintas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

Fueron necesarios 8 años de estudios y análisis para que el MBI tuviera la forma que tiene en la actualidad, en su versión original de 1981 lo conformaban 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, la cual fue eliminada para la versión de 1986, quedando conformado definitivamente por 22 ítems.

En la última edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) se exponen tres versiones del MBI. En primer lugar, está el MBI Human Services Survey (MBIHSS), diseñado para los profesionales de servicios humanos, este es la versión tradicional del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Y está conformado por 22 ítems y distribuido en 3 escalas para calificar la frecuencia con que los profesionales sienten 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). Luego encontramos el MBI Educators (MBIES), diseñado para los profesores. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBIHSS y mantiene el nombre de las escalas.

Y por último está el MBI General Survey (MBIGS) (Maslach et al., 1996), una versión renovada del MBI, que presenta un carácter más común, no específico para profesionales cuyo trabajo está relacionado exclusivamente con los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems). (Faúndez, 2018)

Para esta investigación se utilizará la versión MBI-HSS el cual es de gran aceptación internacional, en América Latina, la Unión Europea (EU) y en los Estados Unidos (USA) y se ha utilizado con regularidad (Hwang, Scherer & Ainina, 2003; Maslach, et al., 2001).

Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

Esta versión fue validada en Colombia en el año 2004 por un grupo de profesionales de psicología, profesores de la Universidad de Antioquia usando una muestra de 414 estudiantes universitarios trabajadores. Se obtuvo una consistencia interna de 0,62 para agotamiento

emocional, 0,72 para despersonalización y 0,76 para realización personal (Restrepo-Ayala, Colorado Vargas, & Cabrera-Arana, 2006).

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231; citado por Frías 2012) sugieren las siguientes recomendaciones para interpretar los coeficientes de alfa de Cronbach:

Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente

- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno

-Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable

- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable

- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre

– Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

Nunnally (1967, p. 226) sugiere que en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente.

(Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999) sugieren que la equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido analizadas en distintas muestras y se ha podido concluir que los niveles de Burnout van a depender siempre de la muestra, no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto indica que no se puede generalizar a todas las profesiones y

culturas la clasificación del Burnout, y que implica la transformación o ajustes de ciertos criterios (Montealegre, 2018)

### ***Inventario de Depresión de Beck (BDI)***

La teoría de la depresión de Beck es considerada como una de las principales teorías explicativas acerca de los pensamientos cognitivos de la depresión (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007). Esta teoría está basada en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que un sujeto percibe de forma negativa la información acerca de sí mismo, sobre su futuro y en general sobre el mundo que lo rodea haciéndolo vulnerable a los síntomas depresivos. A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para así poder detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos.

El BDI, fue desarrollado en sus inicios por Beck y sus coautores en 1961, está abalado por 500 estudios publicados que certifican sus propiedades psicométricas en población clínica, así como su uso para investigaciones (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008). El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) que se miden por medio de 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos.

El BDI-II es un autoinforme que mide la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Está conformado de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas son particulares de los trastornos depresivos enunciados el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Asociación, 1994) y CIE-10

(Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En conclusión, se citan todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es un test fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o en grupos, con formato de papel y lápiz o de forma oral. El tiempo de aplicación se estima entre unos 5 o 10 minutos para ser completado; aunque en pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos pueden demorar más tiempo en realizarlo.

En las instrucciones para el BDI-II se le pide al usuario que elija las afirmaciones más características de su estado de ánimo en el transcurso de las dos últimas semanas, incluido el día en que realiza la prueba, para ser concordantes con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona responde a varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (Peñalver, 2018).

Para esta investigación se utilizará el Beck Depression Inventory (BDI) ya que es una escala para evaluar los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Y se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la

enfermedad. La BDI-IA en 1979116 y la BDI-II en 1996175. Fue adaptada y validada en el idioma español en 1975-1976

### **Recolección de la información.**

Luego de obtener los permisos necesarios, se coordinará con los directivos de la institución y los encargados de cada área de los servicios de salud de la clínica, como se reunirán a los auxiliares en días y horas, teniendo en cuenta el turno de servicios que les asigna la institución para que no afecte su desempeño laboral.

La información será recopilada, mediante el diligenciamiento de los cuestionarios MBI y el BDI-II, que se aplicaran con formato de papel y lápiz en un tiempo estimado entre 30 minutos o más en caso de ser requeridos. Junto con los cuestionarios se proporcionará a los participantes el consentimiento informado, en el que se expone de manera clara cuáles son los fines y beneficios dentro del proceso de investigación. Además, los participantes serán informados que en el momento que lo deseen pueden retractarse de su participación en la prueba no sin antes ser informados acerca de las implicaciones que trae consigo el síndrome de Burnout en el personal asistencial en servicios de salud.

Luego de ser recopilada dicha información esta será clasificada y procesada con fines académicos e investigativos por parte del estudiante encargada y debidamente revisado por el profesional asesor asignado por la Universidad de Antioquia.

### **Análisis de la información.**

Luego de la recopilación de los datos, se presentarán los resultados obtenidos, a través de análisis estadísticos, de los datos recopilados en el personal auxiliar de enfermería de la

Clínica Pajonal SAS. Y se procederá a sistematizar en el programa estadístico R para obtener los valores de cada una de las pruebas y obtener los puntajes para el análisis descriptivo y correlacional.

### **Criterios éticos**

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 [47] de la normatividad colombiana este estudio es considerado de riesgo ético mínimo por lo que es un estudio que involucra la descripción de datos por medio de la recopilación de información a través de un formato de encuesta diseñado para el estudio. (Yudi Alejandra Muñoz Osorio, 2014).

Durante el proceso de la actual investigación, se tendrán en cuenta los principios de libre voluntad para su aplicación al personal elegido para tal procedimiento. Luego de diligenciadas los debidos permisos por el comité de la Universidad de Antioquia y el comité correspondiente de la Clínica Pajonal SAS, y de ser aprobados se procederá a la toma de datos necesarios para dicho estudio.

Se aplicará un formato de consentimiento informado antes del proceso de recopilación de los datos. Dentro del consentimiento informado se incluirá una nota aclaratoria donde se garantizará la confidencialidad sobre la información suministrada y que esta será utilizada únicamente con fines académicos para la obtención del título profesional de psicóloga que será otorgado por la Universidad de Antioquia, Los resultados del presente estudio serán entregados por escrito al departamento de talento humano de la institución seleccionada en caso de que estos sean requeridos (ver anexo 1).

## Presentación y Discusión de los Resultados

En el análisis técnico de los datos recolectados en la Clínica Pajonal S.A.S de Cauca con el fin correlacionar el síndrome de Burnout con síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de Auxiliares de Enfermería. Se realizó una revisión desde los estadísticos descriptivos y algunos coeficientes de correlación de Spearman entre la información recabada, las discusiones aquí propuestas se abordan desde un punto de vista analítico y desde el desconocimiento de las disciplinas de la salud humana, no se realizaron revisiones bibliográficas ni comparaciones con estudios similares, pero se brindan herramientas analíticas para que los investigadores puedan entrar a discutir en profundidad algunos temas de interés aquí planteados.

Los Auxiliares de Enfermería de la Clínica Pajonal SAS presentan indicios del síndrome de Burnout principalmente asociado al bajo nivel de Realización Personal, la baja puntuación promedio de los individuos evaluados expone que los empleados no se sienten totalmente satisfechos con el papel que ejercen en la institución; aquí las variables que más influyeron fueron: “sentir que los problemas emocionales de la institución a menudo no se resuelven satisfactoriamente”, “sentir que a menudo los clientes no agradecen los servicios prestados” y “sentir que en algunos casos no tratan los problemas de los clientes con eficacia”. Estas tendencias negativas en la realización personal de los auxiliares se correlaciono de manera leve con síntomas de depresión asociados a la agitación ( $r = -0.40$ ), los cambios en el apetito ( $r= 0.38$ ) y el agotamiento ( $r= 0.34$ ). De la población evaluada cerca del 57,14 % presenta niveles de alerta asociados al bajo nivel de realización personal.

El síndrome fue estudiado desde sus tres dimensiones: el Cansancio Emocional, la Despersonalización de las labores y la Realización Personal. Se construyó un indicador para

cada dimensión a partir de una serie de preguntas relacionadas a su entorno y desempeño laboral, para posteriormente relacionarlos con síntomas de depresión evaluadas a través del inventario de Beck.

***Cansancio emocional.*** Esta dimensión se conformó por 9 preguntas evaluadas en una escala de 1 a 7; donde 1 representa ausencia de síntomas de cansancio emocional y más de 1 representa presencia de cansancio en el siguiente grado: Nunca (1), Algunas veces al año (2), Una vez al mes o menos (3), Unas pocas veces al mes (4), Una vez a la semana (5), Unas pocas veces a la semana (6), Todos los días (7).

Las preguntas que conformaron esta dimensión y los nombres asignados a cada variable se muestran en la Tabla 2.

*Tabla 1*

**Preguntas que conforman la dimensión cansancio emocional**

<b>Identificador de variable</b>	<b>Pregunta asociada a la variable</b>	<b>Opciones de respuesta</b>
CE1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	Escala 1-7
CE2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío/a	Escala 1-7
CE3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	Escala 1-7
CE6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	Escala 1-7
CE8	Siento que mi trabajo me está desgastando	Escala 1-7
CE13	Me siento frustrado/a en mi trabajo	Escala 1-7
CE14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	Escala 1-7
CE16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	Escala 1-7
CE20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	Escala 1-7

## Resultados obtenidos de las preguntas

Los resultados obtenidos para estas preguntas en la población objeto de estudio, indican que el factor que más incide en esta dimensión es: “sentir que se pasa mucho tiempo en el trabajo”, su variable asociada CE14 obtuvo el mayor promedio y la mayor mediana (3.78 y 4); es decir que en promedio los empleados tienden a sentir varias veces en el mes que pasan demasiado tiempo en su trabajo. Otras variables como CE2, CE3, CE8 y CE20 obtuvieron promedios y medianas cercanas a 3, el resto de las variables tuvieron valores medios en la escala 2 (una vez al mes o menos posee la sensación). Los coeficientes de asimetría y curtosis indican distribuciones asimétricas positivas como apreciarse en el grafico 2, que alertan sobre pequeños grupos de personas con mayores niveles de alerta.

El indicador final para la evaluación del cansancio emocional, dado por la sumatoria en la escala de las 9 preguntas asociadas, arrojó un valor medio de 26.73 y mediana 27, lo que indica que en general los empleados de la Clínica Pajonal SAS, sostienen niveles de cansancio emocional bajos, pero rosando a nivel medio, ya que la metodología del cuestionario de Burnout sugiere una escala de cansancio bajo para indicadores entre 9 y 27 puntos, medio para indicadores entre 28 y 35, a partir de ahí en adelante se considera la presencia del síndrome de cansancio emocional.

La distribución de este indicador al igual que las variables que lo conforman, muestra una curva asimétrica, que indican la mayor concentración de la población en niveles bajos de cansancio emocional, sin embargo, una proporción menor se encuentra en niveles medios y críticos de cansancio emocional, más adelante se abordara este tema a detalle.

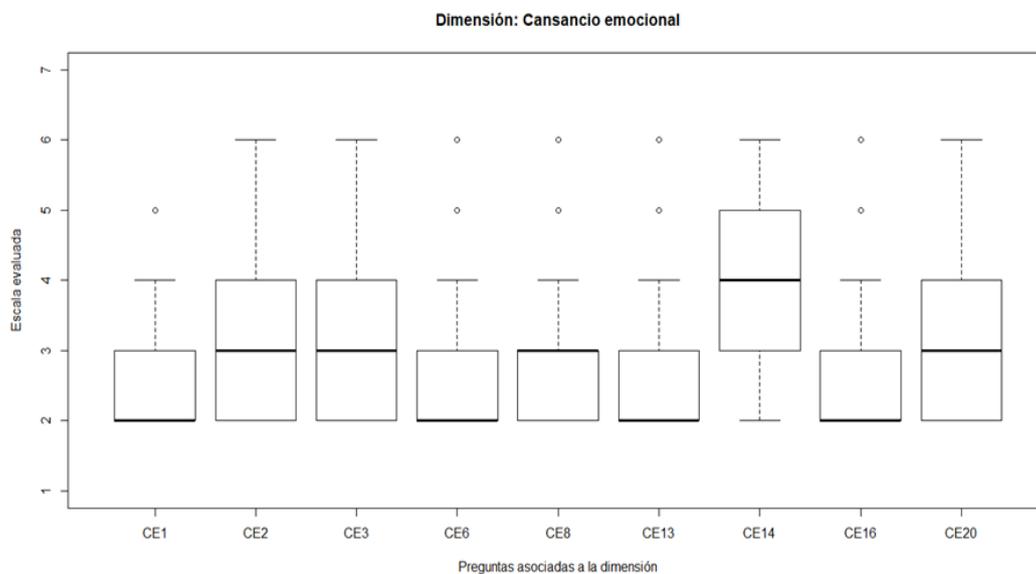
Tabla 2

**Estadísticos descriptivos de la dimensión cansancio emocional por variable observada**

<b>Cansancio emocional</b>	<b>n</b>	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>median</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>rango</b>	<b>asimetría</b>	<b>Curtosis</b>
CE1	49	2.76	0.97	2	2	5	3	0.89	-0.53
CE2	49	3.29	1.27	3	2	6	4	0.47	-1.14
CE3	49	3.16	1.07	3	2	6	4	0.59	-0.54
CE6	49	2.76	1.05	2	2	6	4	1.54	1.85
CE8	49	3.02	1.15	3	2	6	4	1.18	0.65
CE13	49	2.49	0.94	2	2	6	4	2.03	3.57
CE14	49	3.78	1.28	4	2	6	4	0.18	-0.97
CE16	49	2.49	0.92	2	2	6	4	2.10	4.09
CE20	49	3.00	1.17	3	2	6	4	1.06	0.30
<b>CE (total)</b>	<b>49</b>	<b>26.73</b>	<b>6.19</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	<b>30</b>	<b>0.87</b>	<b>1.29</b>

Ilustración 1

**Representación gráfica de las respuestas obtenidas para la dimensión cansancio emocional.**



**Despersonalización:** el indicador de esta dimensión se construyó a partir de 5 variables relacionadas al vínculo humano de los empleados con los usuarios, tal como se ilustra en la Tabla 4. De igual forma estas preguntas se evaluaron en una escala de 1 a 7 según

la incidencia de estos sentimientos en el trabajo; donde Nunca (1), Algunas veces al año (2), Una vez al mes o menos (3), Unas pocas veces al mes (4), Una vez a la semana (5), Unas pocas veces a la semana (6), Todos los días (7).

Tabla 3

**Preguntas asociadas a la dimensión de despersonalización.**

<b>Identificador de variable</b>	<b>Pregunta asociada a la variable</b>	<b>Opciones de respuesta</b>
D5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	Escala 1-7
D10	Siento que me he hecho más dura con la gente	Escala 1-7
D11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	Escala 1-7
D15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	Escala 1-7
D22	Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	Escala 1-7

**Resultados obtenidos de las preguntas**

En todas las variables se observaron datos medianos 2 que reflejan bajos niveles de despersonalización. En las variables D5 y D15 se refleja un claro consenso entre la población, a excepción de 3 a 4 individuos los cuales tienen estos sentimientos más a menudo. Las variables D10, D11, y D22 presentan asimetrías positivas, que indican que hay mayor proporción de individuos con niveles de estos sentimientos por encima de la media (Tabla 5 y Figura 2).

El indicador total de despersonalización, calculado mediante la adición de los puntajes obtenidos en sus 5 preguntas, arroja un promedio y una mediana de 13.27 y 12 puntos respectivamente, lo cual indica que en promedio los empleados sostienen niveles medios de despersonalización, ya que la metodología empleada sugiere que puntuaciones entre 11 y 14 son medias y a partir de allí en adelante se considera la presencia del síndrome.

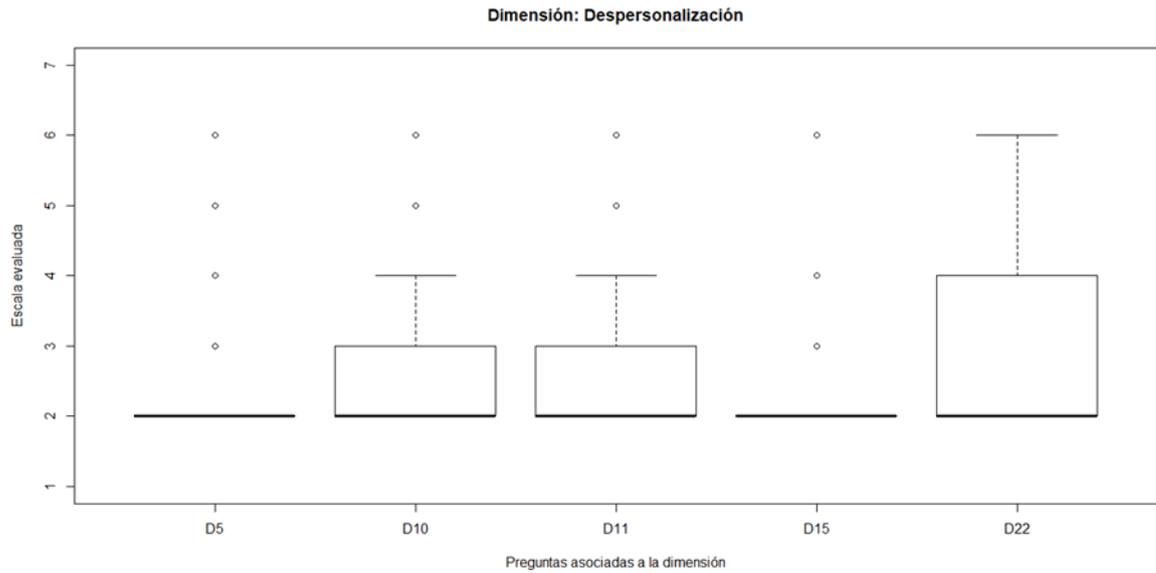
*Tabla 4*

**Estadísticos descriptivos de la dimensión despersonalización por variable observada**

<b>Despersonalización</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>sd</b>	<b>median</b>	<b>Min</b>	<b>máx.</b>	<b>rango</b>	<b>asimetría</b>	<b>Curtosis</b>
D5	49	2.47	1.02	2	2	6	4	2.31	4.47
D10	49	2.78	1.34	2	2	9	7	2.53	7.68
D11	49	3.00	1.34	2	2	6	4	1.17	0.06
D15	49	2.20	0.71	2	2	6	4	3.87	15.78
D22	49	2.82	1.07	2	2	6	4	1.05	0.08
D(total)	49	<b>13.27</b>	3.70	<b>12</b>	10	28	18	1.63	3.41

*Ilustración 2*

**Representación gráfica de las respuestas obtenidas para la dimensión cansancio emocional.**



**Realización personal:** de forma similar a las dimensiones anteriores, esta se construyó a partir de un conjunto de variables asociadas a la temática, en este caso se emplearon 8 variables descritas en la Tabla 5. Estas variables se calificaron de igual manera en una escala de 1 a 7 de acuerdo con la incidencia con la que se presentan las sensaciones propuestas, de la siguiente manera: Nunca (1), Algunas veces al año (2), Una vez al mes o menos (3), Unas pocas veces al mes (4), Una vez a la semana (5), Unas pocas veces a la semana (6), Todos los días (7).

Tabla 5

**Preguntas asociadas a la dimensión de realización personal.**

<b>Identificador de variable</b>	<b>Pregunta asociada a la variable</b>	<b>Opciones de respuesta</b>
RP4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	Escala 1-7
RP7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	Escala 1-7
RP9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	Escala 1-7
RP12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	Escala 1-7
RP17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	Escala 1-7
RP18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	Escala 1-7
RP19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	Escala 1-7
RP21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	Escala 1-7

**Resultados obtenidos de las preguntas**

Este indicador posee un resultado contrario a los anteriores en la evaluación del síndrome, por lo tanto, se buscan altas puntuaciones en este. La variable RP21 asociada al trato de los problemas emocionales en el entorno laboral, obtuvo la puntuación promedio y mediana más baja (4.16 y 4 respectivamente), indicando la percepción de que no se resuelven muy bien los problemas emocionales.

Luego estuvieron las variables RP7 (climas agradables) y RP18 (estimación de los pacientes) con valores de tendencia central cercanos a los 5 puntos; es decir que los empleados en promedio sienten que en la mayor parte del sema no existen climas agradables y que los pacientes no son amigables. El resto de las variables tuvieron tendencia central de 6 puntos que indica que en la semana existen algunos días donde no existe satisfacción por su labor.

Los datos de tendencia central del indicador final de realización personal calculado a partir de la suma en la puntuación de las 8 variables, se fijó en una puntuación media de 40.59 y mediana de 41. Al contrastar este valor con los valores teóricos de la metodología de burnout, puede inferirse que hay niveles bajos de realización personal en la población, ya que valores entre 42 y 47 se consideran medios y más de 47 altos

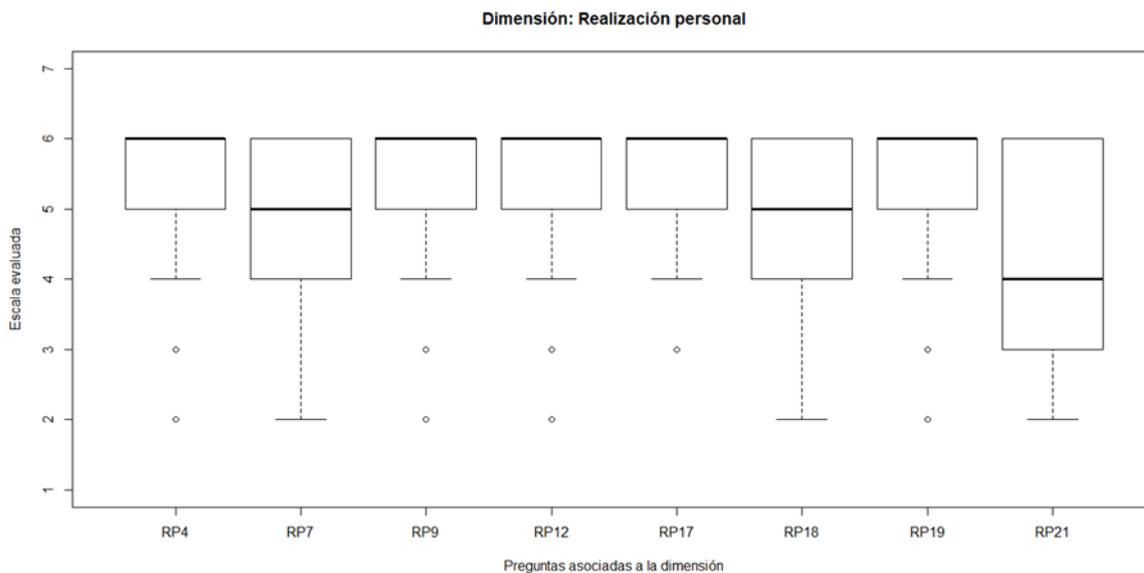
*Tabla 6*

**Estadísticos descriptivos de la dimensión realización personal por variable observada.**

<b>Realización personal</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>sd</b>	<b>median</b>	<b>min</b>	<b>máx.</b>	<b>rango</b>	<b>asimetría</b>	<b>Curtosis</b>
RP4	49	5.31	1.18	6	2	6	4	-1.72	1.83
RP7	49	4.96	1.29	5	2	6	4	-0.95	-0.42
RP9	49	5.22	1.18	6	2	6	4	-1.48	1.20
RP12	49	5.31	1.12	6	2	6	4	-1.65	1.67
RP17	49	5.39	1.02	6	3	6	3	-1.27	0.07
RP18	49	4.96	1.21	5	2	6	4	-0.76	-0.82
RP19	49	5.29	1.08	6	2	6	4	-1.25	0.42
RP21	49	4.16	1.49	4	2	6	4	0.06	-1.61
RP (total)	49	40.59	5.33	41	28	48	20	-0.39	-0.54

*Ilustración 3*

**Representación gráfica de las respuestas obtenidas para la dimensión cansancio emocional.**



**Análisis del inventario de depresión de Beck**

De manera paralela al planteamiento del diagnóstico del síndrome de Burnout, se realizó el análisis de los datos obtenidos en diagnóstico de depresión de Beck, una metodología basada en la aplicación de un formulario que responden a 21 posibles sensaciones que se experimentan bajo depresión. Cada una de estas sensaciones se evaluó en una escala de 1 a 4. Cada ítem evaluado y sus opciones de respuestas se muestran en la Tabla 8.

Tabla 7

### Ítems asociados al inventario de depresión de Beck.

<p><b>1. Tristeza</b>  <b>0.</b> No me siento triste  <b>1.</b> Me siento triste la mayor parte del tiempo  <b>2.</b> Estoy triste todo el tiempo  <b>3.</b> Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b>  <b>0.</b> No estoy desanimado/a respecto a mi futuro  <b>1.</b> Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre.  <b>2.</b> No espero que las cosas se resuelvan.  <b>3.</b> Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b>  <b>0.</b> No me siento como un fracasado/a  <b>1.</b> He fracasado mas de lo que hubiera debido  <b>2.</b> Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos en mi vida.  <b>3.</b> Siento que como persona soy un fracaso total</p> <p><b>4. Perdida de Placer</b>  <b>0.</b> Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.  <b>1.</b> No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.  <b>2.</b> Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban.  <b>3.</b> No disfruto nada con las cosas que me gustaban</p>	<p><b>5. Sentimientos de Culpa</b>  <b>0.</b> No me siento especialmente culpable.  <b>1.</b> Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.  <b>2.</b> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  <b>3.</b> Me siento culpable siempre.</p> <p><b>6. Sentimientos de Castigo</b>  <b>0.</b> No creo que este siendo castigado/a  <b>1.</b> Creo que puedo ser castigado/a  <b>2.</b> Espero ser castigado/a  <b>3.</b> Creo que estoy siendo castigado/a</p> <p><b>7. Desagrado hacia uno mismo/a</b>  <b>0.</b> Tengo la misma opinión de mí que de costumbre.  <b>1.</b> He perdido la confianza en mí mismo/a  <b>2.</b> Me siento decepcionado/a conmigo mismo/a  <b>3.</b> No me gusto a mí mismo/a</p> <p><b>8. Autocrítica</b>  <b>0.</b> No me critico o culpo más que de costumbre  <b>1.</b> Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre.  <b>2.</b> Me critico por todas mis faltas  <b>3.</b> Me culpo por todo lo malo que sucede</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos de suicidio</b>  <b>0.</b> No pienso en suicidarme  <b>1.</b> Pienso en suicidarme, pero no lo haría  <b>2.</b> Desearía suicidarme  <b>3.</b> Me suicidaría si tuviese oportunidad</p>
--	--

<p><b>10. Llanto</b>  <b>0.</b> No lloro más que de costumbre  <b>1.</b> Lloro más que de costumbre  <b>2.</b> Lloro por cualquier cosa  <b>3.</b> Tengo ganas de llorar, pero no puedo</p> <p><b>11. Agitación</b>  <b>0.</b> No estoy más inquieto/a o tenso de lo habitual  <b>1.</b> Me siento más inquieto/a o tenso de lo habitual  <b>2.</b> Estoy tan inquieto/a o agitado que me es difícil quedarme quieto  <b>3.</b> Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b>  <b>0.</b> No he perdido el interés por los demás o por las cosas  <b>1.</b> Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas  <b>2.</b> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas  <b>3.</b> Me resulta difícil interesarme por alguna cosa</p> <p><b>13. Indecisión</b>  <b>0.</b> Tomo decisiones casi tan bien como siempre  <b>1.</b> Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones  <b>2.</b> Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones  <b>3.</b> Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p> <p><b>14. Inutilidad</b>  <b>0.</b> No creo que yo sea inútil  <b>1.</b> No me considero tan valioso y útil como de costumbre  <b>2.</b> Me siento más inútil en comparación con otras personas  <b>3.</b> Me siento completamente inútil</p> <p><b>15. Pérdida de energía</b>  <b>0.</b> Tengo tanta energía como siempre  <b>1.</b> Tengo menos energía que de costumbre  <b>2.</b> No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas  <b>3.</b> No tengo suficiente energía para hacer nada</p>	<p><b>16. Cambios en el sueño</b>  <b>0.</b> No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p><b>1a.</b> Duermo un poco más que de costumbre  <b>1b.</b> <u>Duermo un poco menos que de costumbre</u>  <b>2 a.</b> Duermo mucho más que de costumbre  <b>2 b.</b> <u>Duermo mucho menos que de costumbre</u>  <b>3 a.</b> Duermo la mayor parte del tiempo  <b>3 b.</b> Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b>  <b>0.</b> No estoy más irritable que de costumbre  <b>1.</b> Estoy más irritable que de costumbre  <b>2.</b> Estoy mucho más irritable que de costumbre  <b>3.</b> Estoy irritable todo el tiempo</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b>  <b>0.</b> No he notado ningún cambio en mi apetito</p> <p><b>1a.</b> <u>Mi apetito es algo menor que de costumbre</u>  <b>2b.</b> <u>Mi apetito es mucho mayor que de costumbre</u>  <b>2a.</b> Mi apetito es mucho menor que antes  <b>2b.</b> Mi apetito es mayor que de costumbre  <b>3a.</b> No tengo apetito en lo absoluto  <b>3b.</b> Quiero comer todo el tiempo</p> <p><b>19. Dificultades de concentración</b>  <b>0.</b> Puedo concentrarme tan bien como siempre  <b>1.</b> No puedo concentrarme también como de costumbre  <b>2.</b> Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato  <b>3.</b> No me puedo concentrar en nada</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b>  <b>0.</b> No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre  <b>1.</b> Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre  <b>2.</b> Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer  <b>3.</b> Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p> <p><b>21. Pérdida de interés por el sexo</b>  <b>0.</b> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  <b>1.</b> Estoy menos interesada/o en el sexo que de costumbre  <b>2.</b> Estoy mucho menos interesada/o en el sexo ahora  <b>3.</b> He perdido totalmente el interés por el sexo</p>
--	---

## Resultados obtenidos de las preguntas

En esta etapa del estudio no se pudo contar con la participación de 6 empleados, por lo tanto, la muestra para este análisis corresponde a 43 empleados de la Clínica Pajonal SAS los cuales también participaron en la prueba de Burnout

Los estadísticos de tendencia central como la media, la moda y la mediana en casi todos los ítems evaluados se muestran cercanos a 1, sin embargo, sus asimetrías son positivas indicando concentraciones menores pero considerables de individuos con mayores indicadores de depresión. El indicador de cambio en el sueño es el más afectado en la

población evaluada con una mediana en 2 puntos como puede verse en la tabla 9 y el grafico 4.

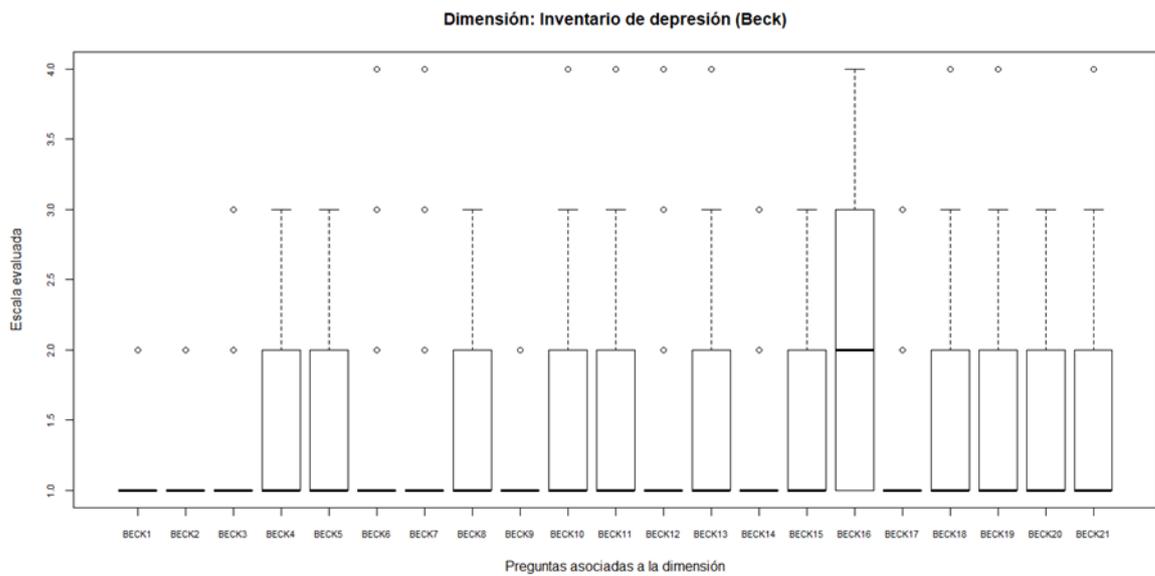
El indicador total de depresión de Beck, calculado mediante la adición de la puntuación obtenida en cada uno de los 21 ítems evaluados, obtuvo un promedio de 30.7 puntos y una mediana de 26 puntos que dan una impresión general de depresión mínima en la población evaluada, sin embargo, nuevamente la asimetría expone una proporción menor de la población con estados más críticos de depresión, más adelante se abogaran estas discusiones.

**Tabla 8 .Estadísticos descriptivos de los ítems evaluado en el inventario de depresión de Beck**

<b>Inventario Beck</b>	<b>n</b>	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>median</b>	<b>min</b>	<b>max.</b>	<b>rango</b>	<b>Asimetría</b>	<b>curtosis</b>
BECK1	43	1.19	0.39	1	1	2	1	1.56	0.44
BECK2	43	1.23	0.43	1	1	2	1	1.22	-0.52
BECK3	43	1.23	0.61	1	1	3	2	2.30	3.65
BECK4	43	1.56	0.70	1	1	3	2	0.81	-0.64
BECK5	43	1.40	0.54	1	1	3	2	0.85	-0.47
BECK6	43	1.28	0.73	1	1	4	3	2.71	6.57
BECK7	43	1.56	1.28	1	1	8	7	3.25	12.54
BECK8	43	1.86	1.41	1	1	9	8	3.05	12.60
BECK9	43	1.14	0.35	1	1	2	1	2.01	2.08
BECK10	43	1.63	1.00	1	1	4	3	1.33	0.37
BECK11	43	1.51	0.94	1	1	4	3	1.76	1.89
BECK12	43	1.37	0.69	1	1	4	3	1.93	3.51
BECK13	43	1.58	0.91	1	1	4	3	1.45	1.08
BECK14	43	1.26	0.58	1	1	3	2	2.06	3.00
BECK15	43	1.42	0.63	1	1	3	2	1.15	0.18
BECK16	43	2.09	1.09	2	1	4	3	0.58	-1.01
BECK17	43	1.23	0.53	1	1	3	2	2.11	3.53
BECK18	43	1.72	0.93	1	1	4	3	0.90	-0.50
BECK19	43	1.40	0.69	1	1	4	3	1.82	3.12
BECK20	43	1.49	0.63	1	1	3	2	0.87	-0.35
BECK21	43	1.56	0.88	1	1	4	3	1.36	0.69
<b>BECKTOTAL</b>	<b>43</b>	<b>30.70</b>	<b>10.51</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>34</b>	<b>0.91</b>	<b>-0.54</b>

Ilustración 4

### Representación gráfica de las respuestas obtenidas en el inventario de depresión de Beck

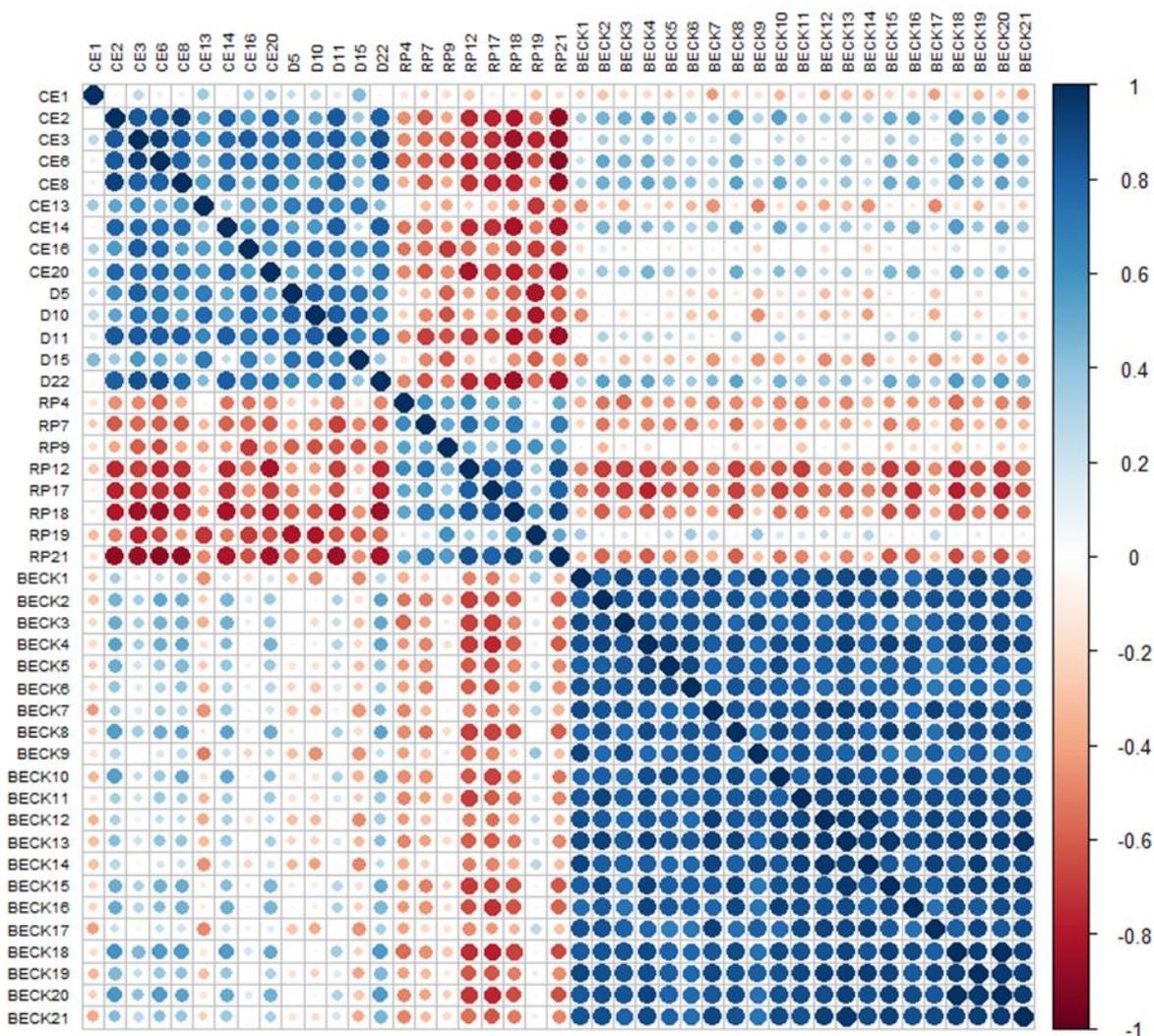


### Exploración de correlaciones entre las preguntas planteadas

En esta sección se plantea un análisis de correlaciones entre las variables observadas, para dar una herramienta a los investigadores que permita detallar algunas tendencias específicas entre las variables planteadas. Para esto se construyó una matriz de correlaciones de tipo Spearman, la cual se muestra de manera visual mediante el gráfico 5.

Ilustración 5

### Coefficientes de correlación de Spearman entre las variables estudiadas.



Como rasgos generales pueden destacarse las correlaciones fuertes entre las preguntas del inventario de Beck, también es posible apreciar correlaciones medias a altas entre las preguntas asociadas al cansancio emocional y la despersonalización. Por su parte, el grupo de variables asociadas a la realización personal presentan tendencias a correlacionarse negativamente con las variables de la dimensión del cansancio emocional y la

despersonalización, también puede apreciarse esta tendencia a correlacionarse negativamente con las preguntas del inventario de Beck; a diferencia de la variable RP21 que no indica correlacionarse con ningún síntoma de depresión de Beck.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente esta matriz de correlación se propone como una herramienta para que los investigadores profundicen sobre las relaciones entre variables, a fin de que pueda generar discusiones desde el conocimiento de sus disciplinas y puedan enriquecer análisis consecuentes a estos coeficientes.

### Comportamiento de los indicadores totales estudiados

Anteriormente se estudiaron las variables que componen cada dimensión, ahora de forma más general se realiza una descripción de las tendencias de los indicadores totales de cansancio emocional, despersonalización, realización personas y del inventario de Beck. La Tabla 10 resume los estadísticos descriptivos de cada indicador evaluado, donde es posible compararlos con el umbral para determinar indicios de Burnout.

Tabla 9

**Resume los estadísticos descriptivos de cada indicador evaluado:** donde es posible compararlos con el umbral para determinar indicios de Burnout.

Dimensión evaluada	n	Indicios de Burnout	mean	Sd	median	min	máx.	rango	asimetría	Curtosis
CET (total)	49	Más de 35	26.73	6.19	27	18	48	30	0.87	1.29
DT (total)	49	Más de 14	13.27	3.70	12	10	28	18	1.63	3.41
RP (total)	49	Menos de 47	40.59	5.33	41	28	48	20	-0.39	-0.54
BK (total)	43	-	30.70	10.51	26	21	55	34	0.91	-0.54

Es posible determinar que en el caso del cansancio emocional (CE) el promedio de la población sostiene niveles medios no críticos, esta proporción puede visualizarse en el gráfico

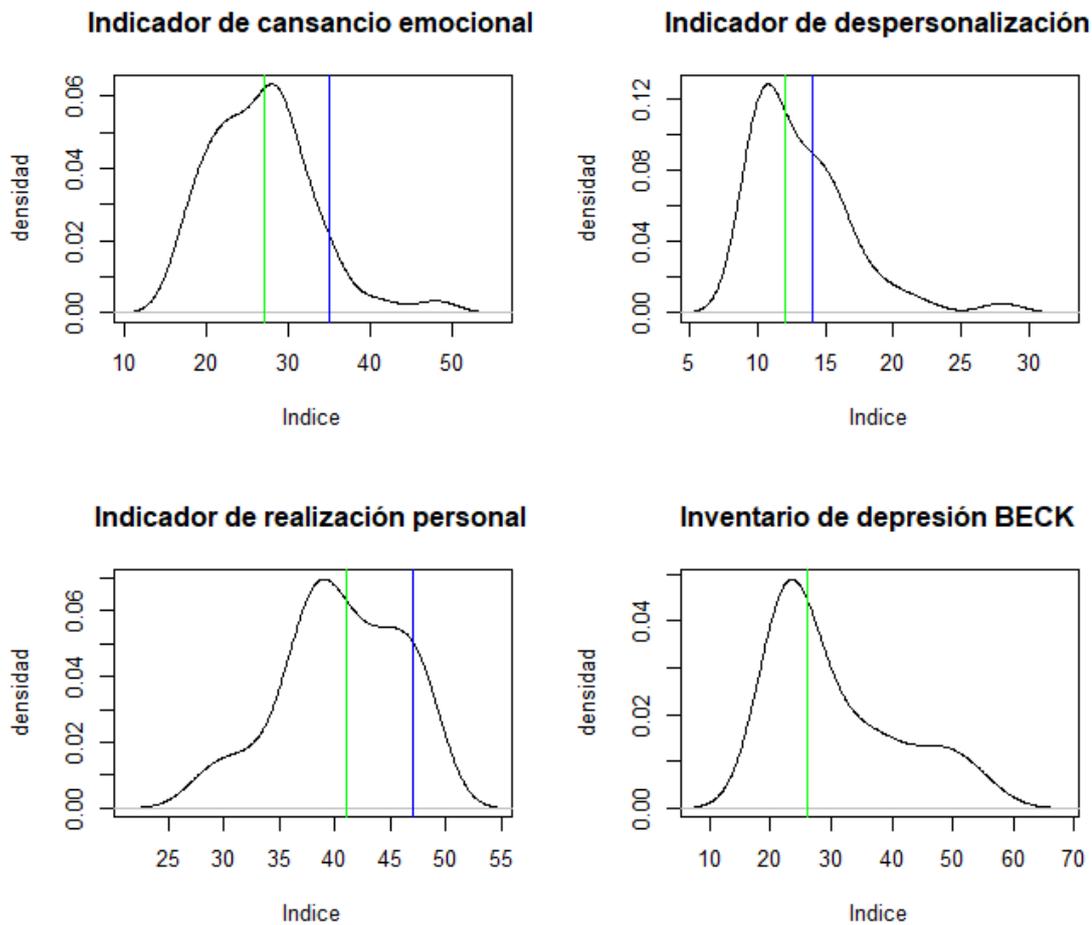
6 en la esquina superior izquierda, donde puede apreciarse que la media (línea vertical verde) está por debajo de umbral de diagnóstico (línea azul vertical) y también puede evaluarse la cola del gráfico o el área bajo la curva posterior a la línea azul que equivale a la población en niveles críticos de cansancio emocional, en este caso un 6,12% de la población (gráfico 7).

Para el caso del indicador de despersonalización, el valor medio se ubicó en 13.27 y la media en 12, que ubica al promedio de la población por debajo del umbral crítico señalado en el gráfico 6 con la línea azul (cuadrícula superior derecha), allí también es posible notar la asimetría de la curva, que expone un área bajo la curva mayor a la del indicador anterior, en este caso puede precisarse que un 30.6 % de la población se encuentra en niveles de alerta del síndrome por despersonalización.

El indicador de realización personal es quizás el parámetro que más afectación causa a los empleados, este indicador obtuvo un promedio de 40,59 puntos y una mediana de 41 puntos, cifras menores a 47 puntos lo que indica indicios del síndrome en el promedio de la población. Al observar el gráfico de densidades en la esquina inferior izquierda puede apreciarse la cuantiosa área bajo la curva antes de la línea azul señalada, que equivale a decir que el 57% de la población presenta indicios del síndrome por falta de realización personal en sus labores, en contraparte el 14,28% presenta altos niveles de realización personal y el porcentaje restante presenta niveles medios (Figura 7).

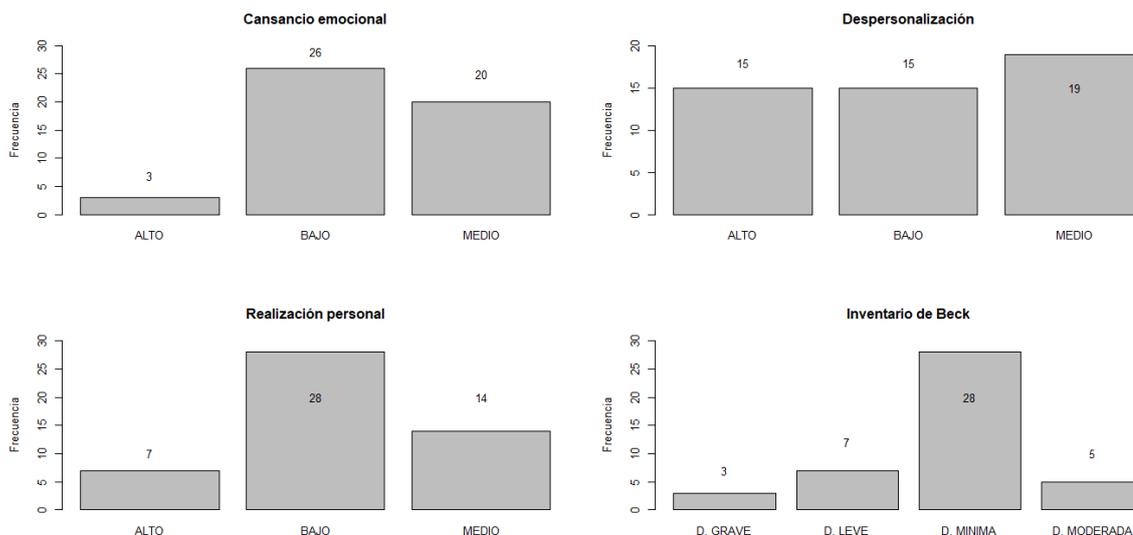
*Ilustración 6*

### **Densidad de los cuatro indicadores evaluados**



*Ilustración 7*

**Clasificación de la población de acuerdo con el nivel experimentado en cada  
dimensión**



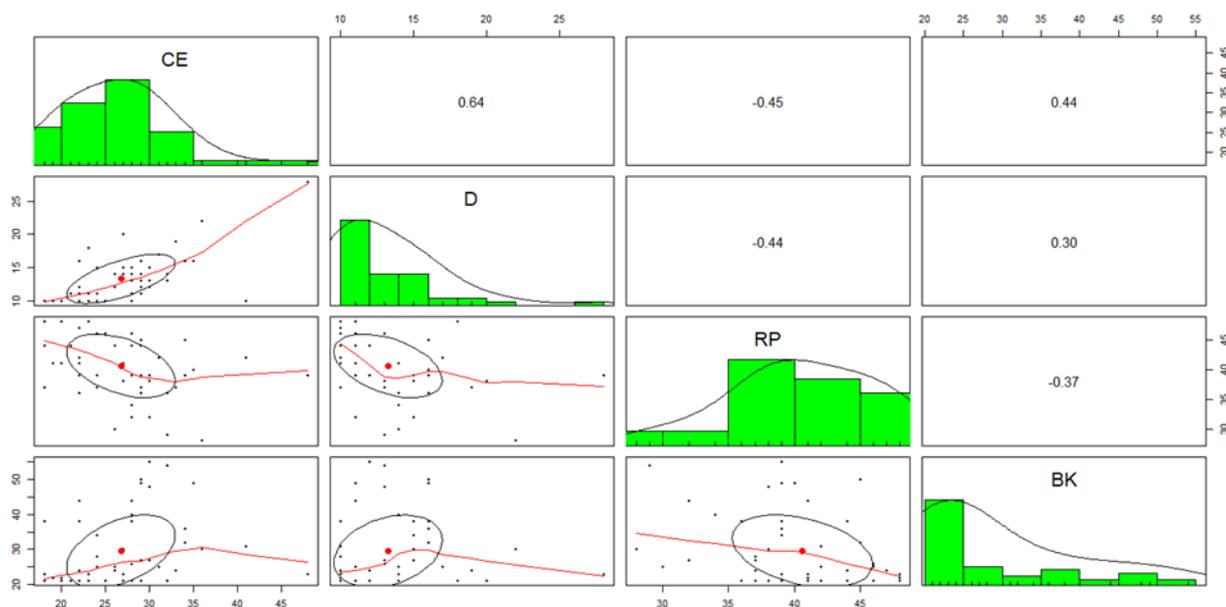
### Análisis de correlaciones entre las dimensiones evaluadas

Hasta este momento se realizó una descripción de las tendencias encontradas para el síndrome de Burnout y el inventario de Beck en la población objeto de estudio, en adelante se analizarán las relaciones de estos mediante la estimación de coeficientes de correlación de tipo Spearman.

En general los coeficientes calculados indican una correlación media entre el indicador de Cansancio emocional y el indicador de despersonalización ( $r=0.64$ ) que indica una tendencia a sufrir los síntomas en simultaneo. Por otra parte, el indicador de realización personal presenta una leve tendencia a correlacionarse inversamente con los indicadores de cansancio emocional ( $r= -0.45$ ), el indicador de despersonalización ( $r= -0.44$ ) y el inventario total de Beck ( $r= -0.37$ ), sin embargo, estos tres coeficientes se consideran bajos. El indicador CE se correlaciona directamente, pero en bajo grado con el indicador BK ( $r= 0.44$ ) y el indicador D también presenta una correlación directa pero débil de 0.30 con BK (Grafico 8).

Ilustración 8

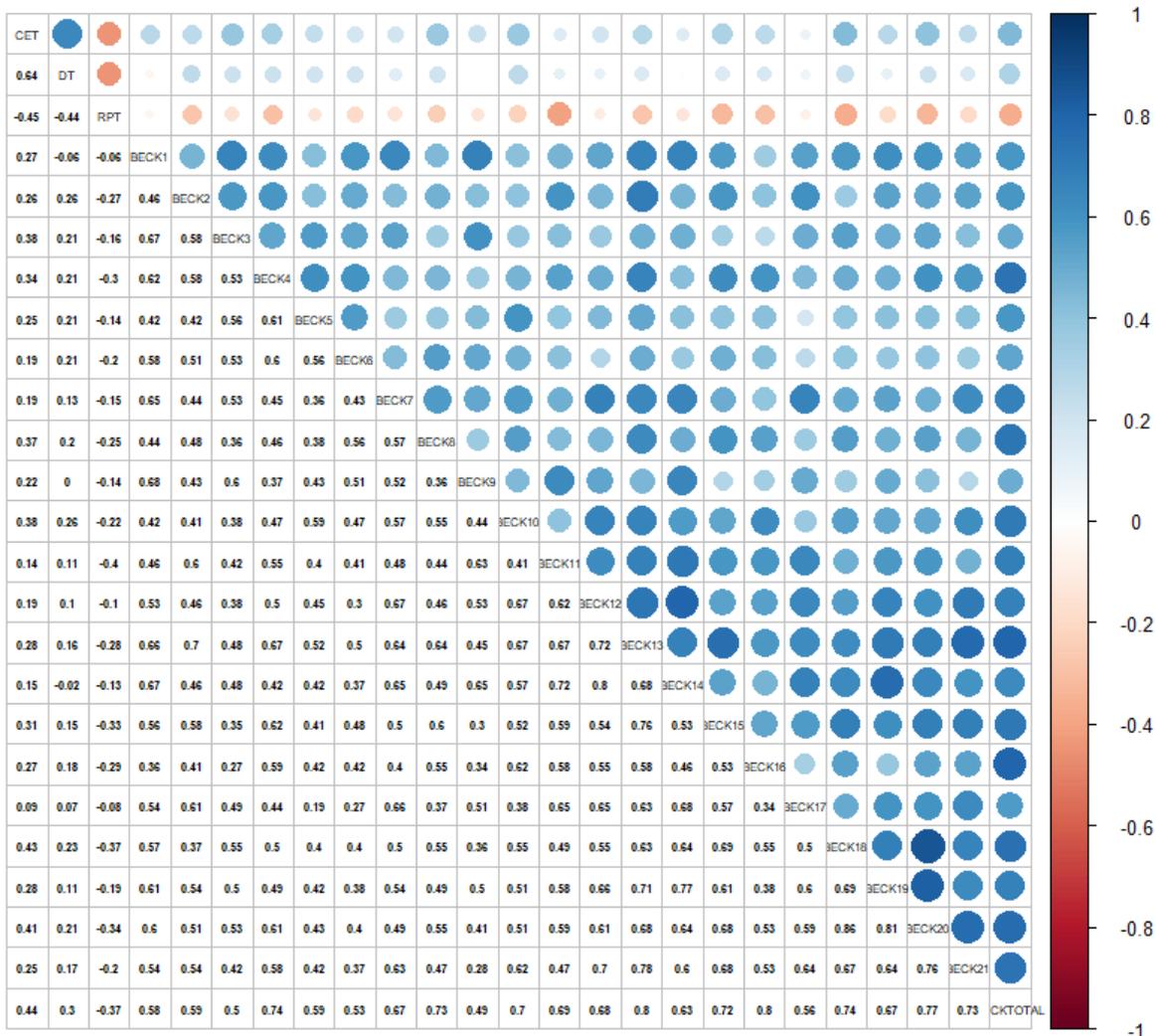
### Matriz de dispersión, densidad y correlación de los indicadores evaluados



Dado que no se apreciaron correlaciones fuertes o medianamente fuertes a excepción del coeficiente entre CE y D, ahora se procede a analizar la relación de los indicadores (CE, D y RP) con cada uno de los ítems evaluados en el inventario de depresión de Beck (Bk1...Bk21) para explorar relaciones puntuales de los síndromes con algún causante de depresión. El gráfico 9 expone los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones planteadas.

Ilustración 9

Matriz de correlación de Spearman entre las dimensiones CE, D, RP y los 21 ítems de depresión de Beck.



Para el indicador CE pueden apreciarse correlaciones directas con los ítems de Beck, sin embargo, la mayoría son débiles, entre los coeficientes de correlación más altos están con las variables BK10( $r=0.38$ ), BK18( $r=0.43$ ) y Bk20( $r=0.41$ ).

De igual forma el indicador D se relaciona directamente con la mayoría de los ítems de Beck, pero con correlaciones débiles, entre las iteraciones con mayor correlación se destacan exactamente las mismas del indicador anterior pero más bajas; K10( $r=0.26$ ), BK18( $r=0.23$ ) y Bk20( $r=0.21$ ).

Como se ha descrito anteriormente que el indicador RP itera inversamente con las demás variables observadas, aunque se consideran débiles, aquí los coeficientes de correlación más destacados están con las variables: Bk11 ( $r = -0.40$ ), Bk18 ( $r = -0.38$ ) y Bk20( $r = -0.34$ ).

Puede notarse que principalmente 3 variables del inventario de Beck tienden a relacionarse con las dimensiones del síndrome de Burnout: El llanto (Bk10), los cambios en el apetito (Bk18) y el cansancio o fatiga (Bk20).

Posterior a este análisis se probaron algunas regresiones tratando de identificar una ecuación o al menos un acercamiento a una que permita identificar indicios del síndrome de Burnout, a través de la medición en la incidencia de llantos, cambios en el apetito y fatiga en los empleados de la clínica, sin embargo no se lograron buenos resultados, los efectos no fueron significativos y por tanto no se lograron ajustes en un modelo, debido a que las correlaciones no fueron suficientemente fuertes. Se probaron diversas combinaciones de los factores para cada dimensión sin tener éxito, aun al incluir todos los ítems de Beck. El modelo que más se aproximó fue el planteado para CE en función de D y BK, con significancia estadística de los efectos ( $p < 0.05$ ) pero pobre coeficiente de ajuste ( $R^2 = 0.48$ ), es decir que no es posible ajustar una ecuación de regresión para la predicción de alertas del síndrome de Burnout a través de los instrumentos planteados en la población de estudio

```

Call:
lm(formula = CET ~ DT + BECKTOTAL, data = datos)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-9.1500 -2.1956  0.2369  2.0402 17.7134

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  7.61920    3.20389   2.378  0.0223 *
DT           1.15600    0.18225   6.343 1.56e-07 ***
BECKTOTAL    0.13250    0.06491   2.041  0.0479 *
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 4.421 on 40 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.5292,    Adjusted R-squared:  0.5056
F-statistic: 22.48 on 2 and 40 DF,  p-value: 2.867e-07

```

## Conclusiones

Los auxiliares de Enfermería de la Clínica Pajonal SAS presentan indicios del síndrome de Burnout principalmente asociado al bajo nivel de realización personal, la baja puntuación promedio de los individuos evaluados expone que los empleados no se sienten totalmente satisfechos con el papel que ejercen en la institución; aquí las variables que más influyeron fueron: “sentir que los problemas emocionales de la institución a menudo no se resuelven satisfactoriamente”, “sentir que a menudo los clientes no agradecen los servicios prestados” y “sentir que en algunos casos no tratan los problemas de los clientes con eficacia”. Estas tendencias negativas en la realización personal de los auxiliares se correlaciono de manera leve con síntomas de depresión asociados a la agitación ( $r = -0.40$ ), los cambios en el apetito ( $r = 0.38$ ) y el agotamiento ( $r = 0.34$ ). De la población evaluada cerca del 57,14 % presenta niveles de alerta asociados al bajo nivel de realización personal.

En temas relacionados al cansancio emocional de los auxiliares se observó una baja proporción de ellos predispuestos al síndrome, cerca del 6.12 %, además se encontró que

existe una correlación media ( $r= 0.64$ ) de este cansancio emocional, con el nivel de despersonalización. La evaluación realizada indica que un 30.6% de la población se encuentra en niveles de alerta para el síndrome por causalidad de despersonalización de la actividad laboral, los cuales se correlacionaron ligeramente con algunos síntomas de depresión de Beck como: el llanto, los cambios en el apetito y el agotamiento. Sin embargo, no es posible concluir que se lograron detectar tendencias claras en la relación síndrome de Burnett con síntomas del inventario de Beck.

### **Apreciaciones finales y consideraciones**

Este trabajo genera apenas una discusión superficial desde los estadísticos calculados, pero se buscó hacerlo desde lo específico, resumiendo y graficando algunas tendencias de variables en particular para que mezclado con los conocimientos específicos de área se puedan generar discusiones más nutridas. Se presentan tablas y gráficos que permiten explorar más en los datos a fin de que el investigador pueda detectar algunos aspectos relevantes que no se abordan en este informe.

Debe considerarse que inicialmente debieron modificarse las escalas de evaluación, las cuales eran de 0-6 para Burnout y de 0-3 para Beck, quedando en 1 a 7 y 1 a 4 respectivamente. Esto se realizó para facilitar los cálculos, principalmente las correlaciones.

Desde el conocimiento en el área ocupacional podría explicarse mejor la no relación del síndrome con la ansiedad y la depresión o si existen otros causales para la depresión no evaluadas, como la antigüedad en el cargo, la edad, el género entre otros. Por lo tanto, se recomienda incluir otros factores de influencia no contemplados a fin de lograr generar modelos que permitan identificar indicios del síndrome, además se proponen otros tipos de

análisis como evaluación de cargas factoriales e implementación de Modelos Estructurales (SEM) o estrategias de clusterización que permitan identificar grupos de empleados con ciertas tendencias al síndrome y presencia de ansiedad y depresión, sin embargo, podría considerarse ampliar el n muestreado.

## Referencias

Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11 (4): 305-309.

Aldrete, M. G., Navarro, C., González, R., Contreras, M. I., y Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Cienc Trab, 17(2): 32-36.

Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública, 15(29): 1-7.

Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. En Sistemas familiares, 20(2): 5-15.

Barrios, S., Arechabala, M. A., Valenzuela, V. (2012). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. Enferm Nefrol, 15(1): 46-55.

Bermann, S. (1990). ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. Cuadernos Médicos Sociales 51: 23-25.

Blumer, H. (1982). El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método. Englewood Cliffs: PrenticeJHall, Inc.

Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1): 43-51.

Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cavile, L., Ramchandar, K., Martin, J. & Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training Canada. *BMC Res Notes*, 105: 1.

Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Jornal of Psychosomatic Research*, 70, 505–524.

Quirós-Aragón, M. B., y Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2): 323-335.

Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, *JAMA*, 304(11): 1173-1180.

Escribà-Agüira, V, Artazcoza, L, Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.*, 22(4): 300-8.

Farrerons, L. y Calvo, F. (2008). Estudio descriptivo del síndrome de Burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14(1): 101-113.

Faura T. (1990). Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista Rol de Enfermería*, 10: 53-56.

Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Caril Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 606: 195-201.

Giberti E. (2001). Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas Burnout. *Rev. Pensamiento Penal y criminológico*, 70.

Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social y bienestar*. Zaragoza: Prensas Universitarias.

Gil-Monte, P. R., Viotti, S., y Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del «Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*, 23(2): 153-168.

Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31: 205-214.

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R.,

Aguayo-Estremera, R., Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten primaria*. 49(2): 77-85.

Martínez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios* 1998, 23: 45.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California, USA: Palo Alto.

Millán, R. y Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 51: 2.

Quiceno J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. *Enfermería en Costa Rica*, 31: 2-7.

Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M. El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. *Revista Médica Bs. As.* 2000 1: 41- 43.

•Normas, principios y enfoques de. (01/01/2001). En M. S. Igor A. Fedotov, Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo (pág. 68). España: Instituto nacional de seguridad y salud en el trabajo.

Cialzeta., P. M. (2013). "El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos de un hospital de alta complejidad, corrientes". Córdoba (España).

Darrigrande, J. L., & Durán, K. (2012). Síndrome de Burnout y sintomatología depresiva en profesores: relación entre tipo de docencia y género en establecimientos educacionales. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, pp. 72-87.

Faúndez, V. O. (23 de 05 de 2018).  
<https://www.researchgate.net/publication/311611859>.

Giraud Esther, K. S. (2000). Relación trabajo y salud: un campo permanente de reflexión e intervención. Revista Actualidad Psicológica, 29. Obtenido de Microsoft Word - La relación\363n trabajo y salud.

Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2006). Síndrome de burnout. medigraphic Artemeni Isína, 305-309.

Igor A. Fedotov, M. S. (01 de 01 de 2001). Textos  
Online/EnciclopediaOIT/tomo1/16.pdf.

Intervención, e. s. (2016). El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. Anestesia Analgesia Reanimación, 11.

J. Nieto Munuera, M. A. (25 de febrero de 2015). Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. En D. J. Figueroa, "La Dimensión Social" (págs. 1-18). México.

Laurell, A. C. (1982). La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, 7-25.

Mosso, E. y. (11 de 05 de 2007). Trabajo precario. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-073/238>.

Montero-Marín, J. (18 de 05 de 2019). <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v29n1/v29n1a04.pdf>

Ortiz, J. (8 de Febrero de 2013). Antioquia tiene problemas de salud. El colombiano, pág. SP. Recuperado el 11 de abril de 2019, de <http://elcolombiano.com>

Olivares-Faúndez, D. V. (15 de diciembre de 2016). <file:///E:/scritorio/Downloads/27.pdf>. Obtenido de <file:///E:/scritorio/Downloads/27.pdf>.

Patlán Pérez, J. (29 de Noviembre de 2013). Efectos del burnout y calidad de vida en el trabajo. Estudios generacionales, 29, 446.

Peñalver, C. (23 de 05 de 2018). <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.

Sampieri, R. H. (2014). Metodología de la investigación. En R. H. Sampieri, (pág. 632). México D.F: McGRAW-HILL / Interamericana editores, S.A. DE C.V.

Toledo, A. M. (18 de 05 de 2018). Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. Obtenido de <https://psicolatina.org/11/burnout.html>.

Yudi Alejandra Muñoz Osorio, D. M. (30 de abril de 2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. Ibagué, Colombia.

Kardelis, S. K. (25 de 05 de 2019). E: /scritorio/Downloads/46792-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-76491-2-10-20141112%20(3).pdf

## Anexos

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, Identificado (a) con C.C-----

----- de \_\_\_\_\_, en base a

lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación sobre el síndrome de Burnout y Depresión , a través de la aplicación de los test MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH) y el B.D.I.-II ( INVENTARIO DE BECK) los cuales son de fácil comprensión, prueba que tomará aproximadamente entre 10 y 15 minutos cada una.

Conducida por la investigadora Matilde Rivera Herrera de la Universidad de Antioquia.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio que es estrictamente de carácter investigativo y académico

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna de tipo laboral o personal por tal decisión.

Nombre y firma del participante \_\_\_\_\_

Nombre Investigador Responsable \_\_\_\_\_

B.D.I.-II

Matilde Rivera. Estudiante Psicología.  
Universidad de Antioquia

## (B.D.I.-II) INVENTARIO DE BECK

<b>Fecha:</b>	<b>N°:</b>
<b>Ocupación:</b>	<b>Área:</b>

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de preguntas. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija solo **una** respuesta de cada grupo, el que mejor describa el estado en el que se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con una X el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente convenientes, marque el que tenga el valor más alto. Antes de entregar su prueba **verifique** que **no** haya elegido **más de una** respuesta por grupo, incluyendo el enunciado 16 (Cambio en los hábitos de sueño) y el enunciado 18 (Cambios en el apetito). **Por favor no dejar preguntas sin responder**

<p><b>10. Llanto</b>  <b>0.</b>No lloro más que de costumbre  <b>1.</b>Lloro más que de costumbre  <b>2.</b>Lloro por cualquier cosa  <b>3.</b>Tengo ganas de llorar, pero no puedo</p> <p><b>11. Agitación</b>  <b>0.</b>No estoy más inquieto/a o tenso de lo habitual  <b>1.</b> Me siento más inquieta/a o tenso de lo habitual  <b>2.</b>Estoy tan inquieto/a o agitado que me es difícil quedarme quieto  <b>3.</b> Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.</p> <p><b>12. Perdida de interés</b>  <b>0.</b> No he perdido el interés por los demás o por las cosas  <b>1.</b> Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas  <b>2.</b> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas  <b>3.</b> Me resulta difícil interesarme por alguna cosa</p> <p><b>13. Indecisión</b>  <b>0.</b> Tomo decisiones casi tan bien como siempre  <b>1.</b> Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones  <b>2.</b> Encuentro mucha mas dificultad que antes para tomar decisiones  <b>3.</b> Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p> <p><b>14. Inutilidad</b>  <b>0.</b> No creo que yo sea inútil  <b>1.</b> No me considero tan valioso y útil como de costumbre  <b>2.</b> Me siento más inútil en comparación con otras personas</p>	<p><b>16. Cambios en el sueño</b>  <b>0.</b> No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p><b>1a.</b> Duermo un poco más que de costumbre  <b>1b.</b> Duermo un poco menos que de costumbre  <b>2 a.</b> Duermo mucho más que de costumbre  <b>2 b.</b> Duermo mucho menos que de costumbre  <b>3 a.</b> Duermo la mayor parte del tiempo  <b>3 b.</b> Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b>  <b>0.</b> No estoy más irritable que de costumbre  <b>1.</b> Estoy más irritable que de costumbre  <b>2.</b> Estoy mucho más irritable que de costumbre  <b>3.</b> Estoy irritable todo el tiempo</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b>  <b>0.</b> No he notado ningún cambio en mi apetito</p> <hr/> <p><b>1a.</b> Mi apetito es algo menor que de costumbre  <b>2b.</b> Mi apetito es mucho mayor que de costumbre  <b>2a.</b> Mi apetito es mucho menor que antes  <b>2b.</b> Mi apetito es mayor que de costumbre  <b>3a.</b> No tengo apetito en lo absoluto  <b>3b.</b> Quiero comer todo el tiempo</p> <p><b>19. Dificultades de concentración</b>  <b>0.</b> Puedo concentrarme tan bien como siempre  <b>1.</b> No puedo concentrarme también como de costumbre  <b>2.</b> Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato  <b>3.</b> No me puedo concentrar en nada</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b></p>
---	--

<p><b>3.</b> Me siento completamente inútil</p> <p><b>15. Pérdida de energía</b></p> <p><b>0.</b> Tengo tanta energía como siempre</p> <p><b>1.</b> Tengo menos energía que de costumbre</p> <p><b>2.</b> No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas</p> <p><b>3.</b> No tengo suficiente energía para hacer nada</p>	<p><b>0.</b> No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre</p> <p><b>1.</b> Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre</p> <p><b>2.</b> Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p><b>3.</b> Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p> <p><b>21. Pérdida de interés por el sexo</b></p> <p><b>0.</b> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p><b>1.</b> Estoy menos interesada/o en el sexo que de costumbre</p> <p><b>2.</b> Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora</p> <p><b>3.</b> He perdido totalmente el interés por el sexo</p>
--	--

MBI	Matilde Rivera. Estudiante Psicología. Universidad de Antioquia
<b>MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>N°</b>
<b>Ocupación:</b>	<b>Área:</b>

**Instrucciones:** A continuación, encontrará una serie de 22 enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. **Por favor no dejar preguntas sin responder** y marque **solo una respuesta correcta**, con los siguientes valores:

Nunca	0
Algunas veces al año	1
Una vez al mes o menos	2
Unas pocas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Unas pocas veces a la semana	5
Todos los días	6

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío/a	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más dura con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	