



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - UNIVERSIDAD CES
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

**SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE
SALUD EN TRES INSTITUCIONES DE BOGOTÁ EN DICIEMBRE DE 2010**

AUTORES:

MAGDA GINETTE RODRÍGUEZ PAIPILLA

RODOLFO RODRÍGUEZ GÓMEZ

ARNOLD EDUARDO RIVEROS GUTIERREZ

MARIA LUCIA RODRÍGUEZ D'LUYZ

JAVIER YESID PINZÓN SALAMANCA

Bogotá D.C. Marzo de 2011

PAGINA DE AUTORES

MAGDA GINETTE RODRÍGUEZ PAIPILLA.

Nutricionista – Dietista. Pontificia Universidad Javeriana. Nutricionista Dietista con desempeño en las áreas de consulta externa, salud pública, nutrición clínica y administración de servicios de alimentos. Actualmente nutricionista – dietista de consulta externa (Dispensario médico Gilberto Echeverri Mejía. Fuerzas Militares de Colombia. Ejército Nacional). Experiencia de 4 años.

Correo electrónico: rodriguezp.magda@ur.edu.co, maggy1282@gmail.com

RODOLFO RODRÍGUEZ GÓMEZ.

Médico general. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Experiencia clínica en áreas de urgencias, promoción y prevención y consulta externa. Actualmente médico de angiografías oculares (Diagnóstico Ocular del Country) y médico consulta externa (Grupo Saludcoop). Experiencia 10 años.

Correo electrónico: rodriguez.rodolfo@ur.edu.co, fitopolux@hotmail.com

ARNOLD EDUARDO RIVEROS GUTIÉRREZ.

Médico general. Universidad de Boyacá. Actualmente médico consulta externa IPS crear más vida. Experiencia 4 años.

Correo electrónico: arnoldin_17@hotmail.com, riveros.arnold@ur.edu.co

MARÍA LUCIA RODRÍGUEZ D'LUYZ.

Médico general. Universidad Metropolitana. Actualmente médico consulta externa Ecopetrol y médico consulta externa Grupo Saludcoop. Experiencia clínica 10 años.

Correo electrónico: mariluchyr@hotmail.com

JAVIER YESID PINZÓN SALAMANCA.

Médico Pediatra. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Actualmente médico pediatra (Instituto Roosevelt). Experiencia 4 años en pediatría y 4 años experiencia médico general.

Correo electrónico: javierpinzonsalamanca@yahoo.com

Entidades participantes y Agradecimientos

Agradecemos al Doctor Carlos Trillos por sus aportes y a Xiomara Alejandra Monroy Caicedo por su colaboración y valiosas sugerencias, así como al personal de salud y las entidades que aceptaron participar en el estudio.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	10
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
3. MARCO TEORICO Y REVISIÓN DE LITERATURA	13
3.1. SINDROME DE BURNOUT	13
3.2. DEFINICIÓN DEL BURNOUT	13
3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
3.4. VARIABLES DESENCADENANTES O ANTECEDENTES DEL BURNOUT	19
3.5. SINTOMATOLOGIA	23
3.6. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	23
3.7. PRINCIPALES PROFESIONALES AFECTADOS POR EL SÍNDROME	24
3.8. MEDICION	24
3.8.1. MASLACH BURNOUT INVENTORY	25
3.8.1.1 MEDICIÓN DE LA PRUEBA	26
3.8.1.2. CATEGORIZACIÓN DE PUNTAJES	28
3.9. CONSECUENCIAS GENERALES DEL BURNOUT	28
3.10. PRINCIPALES CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL QUE SE ASOCIAN AL SÍNDROME DE BURNOUT	29
3.11. MODELOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SINDROME	30
3.12. TRATAMIENTO	31
3.13. PREVENCIÓN	31
3.14. OTRAS FORMAS DE PREVENCIÓN	33
3.15. PUNTOS FUNDAMENTALES EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT	33
4. PROPOSITO	37
5. OBJETIVOS	38
5.1. OBJETIVO GENERAL	38
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6. METODOLOGÍA	39
6.1. Diseño del estudio	39
6.2. Justificación del diseño	39
6.3 Población y muestra:	39
6.3.1 Población diana o de referencia	39

6.3.2 Población objetivo de estudio.....	39
6.3.3. Muestreo y tamaño de la muestra	40
6.3.4. Método de muestreo.....	40
6.3.5. Tamaño de la muestra	41
6.4. Criterios de selección.....	42
6.4.1. Criterios de inclusión	42
6.4.2. Criterios de exclusión:	42
6.5. Variables de estudio.....	42
6.6. Fuentes de información y técnicas de recolección	44
6.6.1. Instrumentos y métodos empleados para medir las variables	44
6.6.2. Validación del instrumento	44
6.7. Calidad del Dato.....	44
6.7.1. Control de sesgos.....	44
6.8. Plan de Análisis	45
6.8.1. Procedimiento Metodológico	45
6.8.2. Análisis estadístico	46
6.9. Aspectos Éticos	47
6.9.1. Consideraciones éticas	47
6.9.2. Conflictos de interés	47
7. RESULTADOS	48
8. DISCUSIÓN.....	61
9. BIBLIOGRAFIA	64
10. ANEXOS.....	69
ANEXO 1. CUESTIONARIO.....	69
ANEXO 2. INSTRUMENTO MBI	70
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
ANEXO 4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTINOMIAL	73
ANEXO 5. CARTA COMITÉ DE ÉTICA.....	75

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo al rango de edad.....	48
Gráfico 2. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo al estado civil.....	49
Gráfico 3. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su profesión	51
Gráfico 4. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de la escala de burnout	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencias de algunos estudios anteriores en Colombia.	34
Tabla 2. Distribución de la población objetivo	40
Tabla 3. Flujograma distribución tamaño de la muestra estudiada	41
Tabla 4. Características socio demográficas de la población encuestada	50
Tabla 5. Características laborales de los encuestados.....	52
Tabla 6. Calificación de las relaciones interpersonales	53
Tabla 7. Puntajes promedios obtenidos en la aplicación de la escala de burnout entre los encuestados	55
Tabla 8. Factores asociados a la ocurrencia del síndrome de burnout.....	58
Tabla 9. Información del ajuste del modelo	59
Tabla 10. Estadístico Pseudo R-cuadrado.....	59
Tabla 11. Contrastes de la razón de verosimilitud.....	59
Tabla 12. Clasificación frecuencias observadas / pronosticadas	60

Resumen

Introducción: El síndrome de burnout (SB) ha tomado relevancia clínica y social a nivel mundial, estudiado bajo variadas metodologías con resultados no comparables, con algunas aproximaciones en Colombia, que justifican profundizar su conocimiento en el contexto de Bogotá. **Metodología:** Estudio de corte transversal, con el objetivo de identificar la prevalencia de SB, dimensiones que lo componen y factores asociados. Se utilizó cuestionario de variables socio demográficas y cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), con análisis descriptivo, bivariado y multivariado en SPSS. **Resultados:** Se encuestaron 184 trabajadores de la salud -médicos, enfermeras y personal auxiliar-, 139 mujeres (75,5%) y 45 hombres (24,5%), con una prevalencia del 2,2% para SB. En modelo de regresión logística multinomial se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) para baja realización personal y despersonalización. Prevalencia para agotamiento emocional 20,6%, despersonalización 16,8% y baja realización personal 7,6%. **Discusión:** La comparación de los resultados es compleja de acuerdo a las diferentes escalas de mediciones utilizadas en otros estudios. Es importante resaltar el papel protagónico del las mujeres en la muestra, lo cual puede influir en la presentación del burnout bajo la perspectiva de la ambigüedad de roles. **Conclusiones:** Una prevalencia del 2,2% para síndrome de burnout, niveles de agotamiento emocional y despersonalización de 20,6% y 16,8% en el grupo estudiado hacen preciso profundizar el estudio, con inclusión de factores transculturales y características particulares relacionadas con el oficio del personal de salud en grandes ciudades, que puede afectarse con variables del entorno que generan estrés y pueden influir en la presentación del síndrome.

Palabras clave:

Síndrome de burnout, Desgaste Profesional, Agotamiento Profesional, burnout, Maslach
Keywords: Burnout Professional, Maslach Burnout Inventory.

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional^{1,2} y más recientemente como síndrome de quemarse en el trabajo, fue descrito por Herbert Freudenberger en el año 1974³ mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Freudenberger observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una pérdida de energía progresiva hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de estar laborando.

La palabra “burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y haber perdido la ilusión por el trabajo. La más conocida definición para el síndrome de burnout es la postulada por Cristina Maslach en los años 80⁴, que lo caracteriza como altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal. El primero en usar el término *burnout* fue el escritor Graham Green en una publicación del año 1961 llamada “A Burnout Case”, en la cual se narra la historia de un arquitecto afligido emocionalmente quien decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana. El síndrome de burnout aparece como resultado del fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un stress sostenido. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con desajuste entre la demanda y los recursos y especialmente en algunas personas que se encuentran ante una realidad frustrante⁵.

Las cifras de prevalencia encontradas en la literatura varían según el cuestionario aplicado y según la interpretación de los resultados. En el desarrollo del síndrome de burnout están implicados factores ambientales, culturales y personales⁶. Se ha observado que los trabajadores del sector educativo y profesionales sanitarios son los que presentan mayor prevalencia de burnout. Además, entre el personal de salud se han encontrado diferencias en la intensidad del burnout entre las distintas profesiones⁷ e incluso dentro de una misma profesión puede existir variabilidad según el contexto social, cultural y político.

Teóricamente, el stress de los profesionales de la salud es más alto que el de otras profesiones ya que están enfrentados al dolor y al sufrimiento humano. La pérdida de energía, la despersonalización y el sentimiento de falta de realización personal, pueden ocasionar trastornos en la salud de los profesionales, uso de sustancias psicoactivas e incluso la muerte.

Algunos autores consideran que la competitividad predispone para el burnout⁸ y otros consideran que es también un problema transcultural y transnacional⁹. Muchos autores coinciden en que los factores sociales, económicos, culturales y políticos son relevantes para la presentación del síndrome de burnout tanto en su génesis como en sus consecuencias¹⁰.

En cuanto a factores individuales relacionados con menor presencia de burnout, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad como el optimismo, la afectividad y el autoestima¹¹. Existe mucha controversia con respecto a algunas variables como la edad y el sexo^{12,13,14}, generalmente por diferencias en la composición y el bajo tamaño de la muestra de la mayoría de los estudios. Es conocida la relación entre burnout y sobrecarga laboral en el personal de salud asistencial de manera que este factor sería la causa del deterioro de la calidad de los servicios de estos trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente^{15,16}.

Bajo esta visión de la problemática del burnout, los objetivos de esta investigación son: determinar la prevalencia de burnout en tres instituciones de salud de Bogotá durante diciembre de 2010, además de analizar los factores asociados con las características sociodemográficas del personal de salud. Establecer los componentes principales del síndrome de burnout que se presentan con más frecuencia en el personal de la salud e identificar la prevalencia de las tres dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal de salud estudiado.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde hace más de tres décadas se vienen estudiando las diferentes características del síndrome de burnout en los profesionales de la salud de diferentes países de habla inglesa como habla hispana. Múltiples estudios se han enfocado en personal docente y personal de la salud de diferentes áreas, sin embargo, esta enfermedad no es conocida de manera óptima, entre otras razones porque se trata de una patología relativamente nueva descrita en la literatura, lo que ha generado que gran cantidad de personas que cumplen los criterios diagnósticos para esta patología no reciban un manejo integral oportuno.

En Colombia el tema del síndrome de burnout se ha investigado relativamente poco lo cual genera un real vacío en el conocimiento específicamente en el sector salud, ya que buena parte de los estudios que se han realizado en el país se han centrado en el sector educativo¹⁷ Es claro que el perfil de los trabajadores del sector salud los convierte en potenciales víctimas del burnout y es por este motivo, que en los últimos años se ha despertado un creciente interés de los investigadores colombianos en ahondar en el estudio del fenómeno de dicho síndrome en el país. Sin embargo, pese a esto, la mayoría de estudios realizados en el país en años recientes, han sido diseñados metodológicamente con muestras pequeñas y de manera no probabilística. Lo expuesto anteriormente, refuerza el concepto de la necesidad de realizar más estudios que exploren de mejor manera la situación actual del personal de salud en Colombia y básicamente en Bogotá, ciudad particular y sui generis donde confluyen gran cantidad de variables de diversos tipos que hacen del síndrome de burnout un problema latente que de una u otra manera, afecta profundamente al personal de la salud no sólo en el aspecto laboral sino también en el campo cognitivo, psicológico y social.

Por lo tanto se postuló la siguiente pregunta de investigación para este estudio: ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados del síndrome de burnout en el personal de la salud que trabaja en tres instituciones de la ciudad de Bogotá durante el mes de diciembre de 2010?

3. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

3.1. SÍNDROME DE BURNOUT

El término burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores, etc.). Su origen se basa en cómo los individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El burnout fue descrito originalmente en 1974 por Freudenberger aunque el concepto fue desarrollado posteriormente con los estudios de Maslach y Jackson en los años 80⁴.

3.2. DEFINICIÓN DEL BURNOUT

Según diferentes autores el síndrome de burnout se define así:

Freudenberger: “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Freudenberger sitúa las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral³.

Pines y Kafry: lo define como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente²².

Dale: es uno de los que inician la concepción teórica del burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral indicando que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo³³.

Cherniss: “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”³⁴.

El concepto del burnout estaría vinculado a un triple proceso:

- a. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- b. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.
- c. Cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Otros autores que aportan una definición de burnout son Edelwich y Brodsky³⁶, que lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”. En 1981, Maslach y Jackson conceptualizan que el burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Se puede entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

El cansancio o agotamiento emocional: constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas, molestas e irritables.

La despersonalización: es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el síndrome de burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

El abandono de la realización personal: es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y fundamentalmente, un creciente alejamiento de las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

El síndrome de burnout es un síndrome de fatiga emocional que agrupa un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos y externos, pero en definitiva es el entorno laboral el factor decisivo en la etiología de la sintomatología y su curso. La característica principal es que el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas

hacia las personas con las que trabaja. Leiter y Schaufeli³⁷ han señalado que el síndrome de quemarse por el trabajo puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas, y es precisamente por estas características que se acuñó el término quemado desde la descripción realizada por Freudenberger.

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este síndrome se diferencia del estrés general, estrés laboral, fatiga física crónica, alienación, depresión, tedio o aburrimiento, insatisfacción laboral, acontecimientos vitales y crisis de la edad media de la vida y síndrome de fatiga crónica.

3.3.1. Estrés general

En el diagnóstico diferencial entre el estrés general y el síndrome de burnout se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del síndrome de burnout que es un síndrome exclusivo del contexto laboral como lo definen Pines y Kafry²². Ampliando este punto, Caton y cols.,³⁸ plantea que ambos constructos, aunque compartan características, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional, y en el enfoque desde el punto de vista de interacción entre el profesional y los factores relacionados con su trabajo.

3.3.2. Estrés laboral

En relación al estrés laboral, Schaufeli y Buunk³⁹, diferencian al síndrome de burnout en función al proceso de desarrollo explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel de mal funcionamiento en el trabajo. El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento. Por lo tanto, el síndrome de burnout se lo podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés

producido en el contexto de trabajo. Es importante señalar que el estrés laboral no necesariamente conduce al burnout. Otra diferencia importante entre las características de ambos constructos es que el síndrome de burnout está asociado a actitudes negativas hacia los usuarios, el trabajo y la organización a diferencia del estrés laboral que no se lo asocia con actitudes negativas.

3.3.3. Fatiga física

Para diferenciar la fatiga física crónica del síndrome de burnout se considera el proceso de recuperación ya que el síndrome de burnout se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física crónica la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos positivos de realización personal y a veces de éxito²⁵.

3.3.4. Alienación

Ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea, mientras que el síndrome de burnout, se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que le es imposible o muy difícil de realizar⁴⁰.

3.3.5. Depresión

Es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y burnout. Leiter³⁷ demuestra a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir alguna sintomatología. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del síndrome de burnout (baja realización personal y despersonalización). Otra característica que la diferencia de estos constructos es que el síndrome de burnout se lo asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas suelen ser temporales. La depresión, por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social y/o familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se la entiende como un fenómeno más amplio.

3.3.6. Tedio o aburrimiento

Los términos tedio o aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Una importante diferenciación es la que hacen Pines y cols.,²² cuando limitan al síndrome de burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a otros tipos de trabajo que no tienen características humanitarias y consideran que el burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto. Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

3.3.7. Insatisfacción laboral

Según Maslach y Jackson, la insatisfacción en el trabajo no necesariamente coexiste con el síndrome de burnout; es decir que los niveles de burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecer síndrome de burnout puntuando bajos niveles de despersonalización y de agotamiento emocional⁴. Es importante resaltar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el agotamiento emocional y la despersonalización, pero tiene una débil relación con la realización personal. Firth y Britton⁴⁰ defienden que la despersonalización y el agotamiento emocional son componentes característicos del síndrome de burnout y en la insatisfacción laboral no se produce.

3.3.8. Acontecimientos vitales y crisis en la edad media de la vida

Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del síndrome de burnout, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Sin embargo, el síndrome de burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo, porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior como plantea Broufenbrenner⁴¹.

3.3.9. Síndrome de fatiga crónica

El síndrome de fatiga crónica también llamado en el pasado encefalomiелitis miálgica, es una enfermedad clasificada por la Organización Mundial de la Salud con el número G 933 en el CIE-10, dentro de enfermedades neurológicas y lo considera como una enfermedad neurológica grave y aparece en la lista americana de enfermedades infecciosas nuevas, recurrentes y resistentes a los medicamentos. Puede afectar de manera progresiva al sistema inmunitario, neurológico, cardiovascular y el endocrino, y se caracteriza por causar una fatiga severa, fiebre, sueño no reparador, intolerancia a la luz, al sonido, a los cambios de temperatura, dolor muscular y articular, sensibilidades químicas múltiples, sensibilidad electromagnética y a otros factores ambientales, sensación de estado gripal permanente, faringitis crónica, pérdida sustancial de concentración y memoria, desorientación espacial, intolerancia al estrés emocional y a la actividad física, entre otras manifestaciones²⁵.

Los síntomas cognitivos, mentales y emocionales pueden ser muy variados. Pueden presentar problemas importantes de pérdida de capacidad de concentración, atención, escucha, aprendizaje, habilidades matemáticas, pueden perder sus capacidades hasta presentar cifras en pruebas psicotécnicas y de coeficiente de inteligencia muy inferiores a las que tenían antes de enfermar. Emocionalmente pueden mostrarse muy diferentes, deprimidos, angustiados, incomprendidos, con gran ansiedad y crisis de angustia. La mayoría suele sentir que se sienten deprimidos como consecuencia de la enfermedad⁴⁰.

Un síndrome es definido como un conjunto sintomático o una serie de signos y síntomas que existen en un momento específico y que definen un estado determinado. En cuanto al burnout, a pesar de que la comunidad científica acepta conceptualmente el planteamiento de la tridimensionalidad del síndrome postulada por Maslach y Jackson desde 1981, aún no ha sido incluida en los manuales internacionales de diagnósticos psicopatológicos (DSM IV/ CIE 10) como una entidad con código propio, dado que las posibilidades de los criterios diagnósticos actuales no se ajustan claramente a las características que presenta dicho síndrome.

3.4. VARIABLES DESENCADENANTES O ANTECEDENTES DEL BURNOUT

Por variables desencadenantes o antecedentes se entienden aquellas variables que predicen la presentación del burnout y pueden ayudar a comprender mejor su origen. Las formas de identificarlas pueden ser muy variadas y permiten entender que las variables a analizar se han enfocado desde varias perspectivas: variables más relacionadas con aspectos personales del individuo, con características propias del contexto laboral o con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo o incluso, desde perspectivas interrelacionadas:

- Desarrollo del síndrome: interacciones sujeto-entorno de trabajo.
- Desencadenantes: estresores laborales.
- Facilitadores o inhibidores: variables personales.

Se dividen las variables en tres categorías:

- Organizacionales.
- Sociales.
- Personales.

1) Organizacionales: Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien, juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo¹⁹. Entre estas variables se pueden distinguir:

- *Dinámica del trabajo:* fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.
- *Inadecuación profesional:* perfil profesional y personal no adaptado al perfil del puesto de trabajo que desempeña.
- *Sobrecarga de trabajo:* referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias, mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales y mayor probabilidad de presentación del síndrome.
- *Los contenidos:* relacionados con la variedad de tareas, el grado de feedback, la identidad de las mismas y la realización.

— *Ambiente físico de trabajo*: estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.

— *Los turnos de trabajo*: el trabajo nocturno, como variable que incide en el síndrome especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la sociabilidad por la falta de descanso.

— *Conflicto y ambigüedad de rol*: un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.

— *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías*: las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.

— *Estructura organizacional*: el burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación se impone.

— *Estresores económicos*: cuando existe inseguridad económica (contrato a corto plazo, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout.

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

— *El clima organizacional*: integrado por variables como:

1. Participación en la toma de decisiones.
2. Autonomía en el trabajo.
3. Compromiso con el trabajo.
4. Relaciones con los compañeros¹⁴.

2) Sociales: Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.

— El apoyo social está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos. Se puede distinguir la incidencia del apoyo en varios aspectos:

1. Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la presentación de burnout aumenta.

2. Actitudes de familiares y amigos: está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.

3. Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a la persona a sufrir burnout.

4. Recursos de afrontamiento familiar: cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

5. Cultura: el burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que esta, marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir¹³.

3) Personales: Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, etc.

— *Locus de control*: es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo). Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría para que apareciera el síndrome.

— *Personalidad resistente* (hardiness): se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.

— *Sexo*: la variable sexo no tiene una influencia clara. El rol familiar-laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al burnout; así, las mujeres presentan más conflicto de rol, conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome. En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más bajas en realización personal, mientras que el hombre puntúa más alto en despersonalización. Sin embargo esta variable no es del todo concluyente.

— *Edad*: la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo.

— *Estado civil*: existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado.

— *Estrategias de afrontamiento*: supone que el individuo está empleando unas estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a la situación, centradas en el carácter activo y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer burnout

— *Autoeficacia*: es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la valía personal del individuo.

— *Patrón de personalidad tipo A*: caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia e inquietud, que predisponen claramente al burnout.

— *Expectativas personales*: se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital, conforme las expectativas de la persona no se cumplan, aumentará el riesgo de padecer burnout¹³.

Se puede concluir que los factores más analizados son los que se encuentran en el contexto laboral, dentro de las variables organizacionales. Se identifica la importancia de estas variables por encima de las otras, puesto que el burnout se ha conceptualizado fundamentalmente en el contexto laboral. La mayoría de trabajos parten de la presunción de

que las diversas variables laborales condicionan, por sí mismas, determinadas reacciones en los individuos que podrían conducir al padecimiento del burnout.

3.5. SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que alertan del burnout son la falta de ilusión o motivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico que no remite con el descanso, bajo rendimiento laboral, ausentismo, sentimientos de frustración y descontento. Entre los síntomas físicos se puede encontrar el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, entre otros²⁵. Se sistematizan cuatro niveles clínicos de burnout:

Leve: quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana.

Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.

Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol o drogas.

Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y/o suicidios.

3.6. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Según Cherniss, el burnout es un fenómeno progresivo y podrían establecerse las siguientes etapas:

La primera fase denominada como “*de entusiasmo*”, es cuando la persona experimenta inicialmente el trabajo como algo estimulante.

La segunda fase “*estancamiento*”, cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena, las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y se comienza a aislar y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales y aburrimiento). Luego aparece la tercera fase “*frustración*” cuando las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien se salve positivamente la situación (se recobra la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambios hacia un trabajo con mejores perspectivas) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se hacen crónicos y se va adoptando una actitud irritable, dubitativa y con poca adecuación a las tareas.

La cuarta fase “*de apatía*” cuando se resigna a cambiar las cosas, entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes y comienza el ausentismo laboral. La última fase “*de quemado*” cuando se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas³⁴.

3.7. PRINCIPALES PROFESIONALES AFECTADOS POR EL SÍNDROME

Afecta principalmente a profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás y se asienta sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de auto exigencia y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo. El síndrome se localiza sobre todo en docentes, trabajadores sociales, profesionales de la salud y penitenciarios. También afecta a otras profesiones como empresarios, altos directivos o empleos rutinarios y monótonos. Algunos factores asociados son la insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo para el ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. En síntesis, a estas personas víctimas del síndrome de burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse. Actualmente los profesionales consideran que hay que dar un paso más y reconocer el síndrome de burnout no sólo como accidente sino también como enfermedad laboral. El listado que recoge estas enfermedades realizado en 1978, es bastante restrictivo y el estrés o la ansiedad no forman parte de él.

3.8. MEDICIÓN

A continuación se exponen algunos de los instrumentos más utilizados para la medición del síndrome de burnout:

INSTRUMENTO DE MEDIDA	AUTORES
Staff Burnout Scale	Jones(1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)

INSTRUMENTO DE MEDIDA	AUTORES
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory Venturi	Dell Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

3.8.1. MASLACH BURNOUT INVENTORY

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones, y en Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el año 2004²⁷. Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de siete adjetivos que van de “nunca” a “todos los días”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía ocho grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que sienten esas mismas situaciones. Maslach y Jackson consideraron que las correlaciones entre ambas formas se ocultaban, por lo que recomendaron retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos tres factores, que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

1. La subescala de agotamiento emocional (Emotional Exhaustion - EE) está formada por nueve ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.
2. La subescala de despersonalización (Despersonalization - D) está formada por cinco ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.
3. La subescala de realización personal en el trabajo (Personal Accomplishment - PA) está compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

3.8.2. MEDICIÓN DE LA PRUEBA

Subescala de Agotamiento Emocional: Consta de nueve preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización: Está formada por cinco ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación

en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal: Se compone de ocho ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de agotamiento emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajo o muy bajo. En la subescala de despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, medio de seis a nueve, y menor de seis, bajo grado de despersonalización. La subescala de realización personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de cero a 31 puntos indicaría baja realización personal, de 32 a 38 intermedia y superior a 39 sensación de logro¹⁸.

3.8.3. CATEGORIZACIÓN DE PUNTAJES

NIVEL SUBESCALA	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	< 19	< 6	≤31
Medio	19 – 26	6 – 9	31-38
Alto	≥ 27	≥ 10	≥ 39

3.9. CONSECUENCIAS GENERALES DEL BURNOUT

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivoafectivas y conductuales, además de generar consecuencias importantes para la organización a la que se pertenece.

a) Consecuencias para la organización: Las consecuencias más importantes del burnout en las organizaciones repercuten sobre los objetivos y los resultados de estas, y entre ellas cabe citar la satisfacción laboral disminuida, el ausentismo laboral elevado, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada y el aumento de accidentes laborales.

b) Consecuencias personales: Existe un acuerdo al considerar que aparecen implicados todos los sistemas del organismo. Golembiewski³⁵, en un estudio realizado en Canadá, señala entre otros: dolor de estómago, de cabeza, de espalda, tobillos hinchados y contracturas musculares. Parece que las correlaciones más intensas se dan entre agotamiento emocional y falta de salud y las menos intensas entre falta de salud y despersonalización.

3.10. PRINCIPALES CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL QUE SE ASOCIAN AL SÍNDROME DE BURNOUT

Consecuencias emocionales, actitudinales y psicosomáticas: Sentimientos de soledad, no verbalizar, dolor precordial y palpitaciones, sentimientos de alienación, cinismo, hipertensión arterial, ansiedad, apatía, crisis asmáticas, hostilidad, sentimientos de impotencia, suspicacia, mayor frecuencia de infecciones, culpabilidad, autonegatividad aparición de alergias, frustración, consumo de alcohol y drogas, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea, jaquecas e insomnio.

Consecuencias sociales: Deterioro de las relaciones interpersonales extra laborales, actitudes negativas hacia la vida en general y disminución de la calidad de vida personal. Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto, así como al agotamiento emocional.

El síndrome recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar una sensación de tensión al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas. Se manifiesta en los siguientes aspectos:

Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso y dolores musculares.

Conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas, incapacidad para relajarse, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo y aumento de conductas violentas.

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad y sentimientos depresivos.

En el ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes.

Despersonalización o deshumanización: consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio de salud.

Falta de realización personal: con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Manifestaciones mentales: Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia¹⁴.

3.11. GRUPOS DE MODELOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SÍNDROME

Primer grupo: incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Segundo grupo: las teorías del intercambio social, proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

Tercer grupo: la teoría organizacional, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional, son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse¹⁴.

3.12. TRATAMIENTO

Se basa en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones, es necesario un breve período de baja laboral. Algunas estrategias para evitar y tratar el burnout pueden ser:

- Implicarse en actividades externas al trabajo.
- Fortalecer las relaciones personales y familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de esparcimiento.
- Dedicar tiempo al juego y la recreación.
- No omitir períodos de vacaciones.
- Realizar actividad física regularmente.

Existen diferentes intervenciones psicológicas para el burnout dentro de las que se han estudiado intervenciones grupales, interdisciplinarias, estrategias basadas en el counselling, estrategias de búsqueda de sentido y programas de autorregulación de ira y ansiedad. También es importante las estrategias de habilidades de comunicación y las capacidades para el autocuidado emocional afectivo así como la meditación, el yoga y otras disciplinas similares que pueden obtener resultados en la liberación de la tensión y el tratamiento del burnout. Así mismo es importante resaltar que pueden existir comorbilidad con el burnout de patologías que requieren tratamiento farmacológico y éste debe ser indicado bajo supervisión médica.⁴⁴

3.13. PREVENCIÓN

Dado que una de las causas del síndrome es la existencia de problemas organizativos en las empresas que se traducen en falta de comunicación vertical y horizontal para afrontar esta situación, es conveniente analizar sobre qué valores se asientan las relaciones dentro de la empresa. En una empresa moderna, es esencial que desaparezca la cultura de control del jefe sobre el subordinado y sustituirla por una cultura de confianza. La labor del jefe o directivo se debe centrar en liderar el equipo de trabajo y orientar las acciones del grupo, no en fiscalizar la labor de los empleados. Esta cultura se consigue construyendo un clima de

puertas abiertas y comunicación. Es importante valorar el trabajo por los resultados y no por variables como las horas de permanencia en la oficina.

Existen tres formas para prevenir el síndrome:

A nivel individual Se debe tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales con la expectativas reales que se genera al imponer objetivos más realistas, que permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar. Se impone un doloroso proceso madurativo en el que se van aceptando los errores y limitaciones con frecuencia a costa de secuelas y cicatrices. Se tiene que aprender a equilibrar los objetivos de una organización, pero sin renunciar a lo más valioso de la profesión que son los valores humanos. Es claro que en cualquier profesión, es trascendental equilibrar las áreas vitales: trabajo, familia, ocio, amigos, aficiones y descanso evitando que la profesión absorba nuestra vida, ya que estos factores mencionados son protectores del burnout.

A nivel grupal e interpersonal: las estrategias están encaminadas a fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y directivos. Este tipo de apoyo social debe ofrecer soporte emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroalimentación sobre el desempeño de su actividad.

A nivel organizacional: la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el clima organizacional, se deben desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño del rol, desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador. El objetivo de estos programas se centra en mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces. También es importante establecer objetivos claros para los trabajadores, aumentar las recompensas, establecer líneas de autoridad, y mejorar la comunicación organizacional.

3.14. OTRAS FORMAS DE PREVENCIÓN

- Reducir imprevistos: organizar las urgencias de tal forma que no interfieran en el trabajo planificado.
- Reducir la burocracia.
- Planear reuniones sin afectar el tiempo de los trabajadores.
- Acortar distancia entre los niveles organizacionales.

En cuanto a la génesis del burnout es importante tener en cuenta la ambigüedad de rol, la falta de información sobre aspectos relacionados con la actividad laboral, así como falta de equidad o justicia organizacional, las relaciones conflictivas con los usuarios, clientes o compañeros de la empresa, las limitaciones para la toma de decisiones y la imposibilidad de poder ascender en el trabajo.

3.15. PUNTOS FUNDAMENTALES EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

- Mejorar proceso de adaptación en cuanto a las expectativas de la realidad laboral.
- Formación en control de emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo.
- Fortalecimiento del concepto de trabajo en equipo: espacios y objetivos comunes.
- Reducir la burocracia y fortalecer el apoyo de personal auxiliar.
- Estímulo a la educación continuada.
- Fortalecimiento de comunicación con departamentos directivos.

3.16. PREVALENCIAS Y REVISIÓN DE ARTÍCULOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN COLOMBIA

Tabla 1. Prevalencias de algunos estudios anteriores en Colombia.

TÍTULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE MUESTRA/DATOS ESTADÍSTICOS	TIPO DE CUESTIONARIO
Desgaste profesional en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena ⁴⁵	Milanes Cogollo Zuleima, batista Edith, Cantillo Chanelly, Jaramillo Alicia, Dalys Rodelo, Meriño Gary	2009	Prevalencia 26% Insatisfacción laboral OR: 22,80 Edad menor de 40 años: OR: 2,84	Socio demográfico.
Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. ⁴⁶	Contreras T, Françoise, Juárez A, Fernando, Murrain K, Elizabeth.	2008	Muestra no probabilística= Prevalencia 13,5%	Encuesta socio demográfica. Cuestionarios MBI. CAE, SF 36
Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. ⁴⁷	Corredor Pulido, marcela Edith. Monroy Fonseca Jenny Paola.	2009	Muestra no probabilística	Patrón de conducta, estrés laboral
Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales ⁴⁸	Paredes G, Olga L. Sanabria Ferrand, Pablo A.	2007	Prevalencia 12,6%	Socio demografías y laboral.
Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. ⁴⁹	Pérez Borda Mariela. Navarro Lechuga Edgar, Aun Erick, Berdejo Pacheco Harold, Racedo Rolon Karen, Ruiz Sara Jenifer.	2006	Prevalencia 9,1%	Encuesta socio demográfica, Cuestionario MBI

TÍTULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE MUESTRA/DATOS ESTADÍSTICOS	TIPO DE CUESTIONARIO
Síndrome de desgaste profesional en enfermeras del área metropolitana de Barranquilla ⁵⁰	Tuesca Molina Rafael, Iguaran Urdaneta María, Suarez lafaurie Melissa, Vargas Torres glenda, Vergara Serpa Deisy.	2006	Muestra no probabilista. Prevalencia: 1,9%	Encuesta Socio demográfica. Cuestionario MBI.
Prevalencia del síndrome de burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán ⁵¹ .	L, Campus	2007	Prevalencia: 1,7 % para burnout.	Cuestionario Socio demográfico, Cuestionario MBI.
Síndrome de burnout en médicos generales de consulta externa de una IPS en Bogotá. ⁵²	L, Carrilo	2009	Agotamiento emocional: 35,5%, despersonalización 29,4%, no se encontró prevalencias significativas entre variables y cada una de las dimensiones del Test de Maslach.	Cuestionario MBI.
Síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. ⁵³	Vinaccia, Stefano y Alvaran, Liliana.	1993	Descriptivo transversal y exploratorio.	Inventario de Beech, Burns y Sheffield.
Síndrome de burnout en médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia. ⁵⁴	Ferrel Robert. Sierra Edelcy, Rodríguez Magdoly.	2009	Agotamiento emocional: 94,6% Despersonalización: 53,6% Falta realización personal: 53,6.	Cuestionario MBI.
Burnout y pensamientos irracionales en deportistas de alto rendimiento. ⁵⁵	Sierra Carmen, Abello Raymundo.	2008	Muestra: 20.	Inventario del burnout en deportistas. Inventario de pensamientos irracionales.
Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. ⁵⁶	Rozo Sánchez, Margarita.	2007	Descriptivo con diseño multimétodo. Cansancio emocional: 11,42% Despersonalización: 31,43% Baja realización personal: 31,42%.	Encuesta socio demográfica y Cuestionario MBI.
Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de siquiátras en Colombia. ⁵⁷	Tejada, Paola Andrea y Gómez, Viviola.	2008	Estudio Cualitativo Muestreo no probabilística-Muestra:6	Encuesta socio demográfica Cuestionario CESQT.

TÍTULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE MUESTRA/DATOS ESTADÍSTICOS	TIPO DE CUESTIONARIO
Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. ⁵⁸	Corredor, Marcela y Monroy Jenny.	2009	Estudio cuantitativo de tipo descriptivo comparativo. Muestra: 90 - Cansancio emocional en médicos: 66,7% Baja realización personal: 50% Despersonalización en enfermeros: 42,9%.	Inventario de actividades de Jenkins. Escala de apreciación del stress laboral y MBI.
Prevalencia y factores asociados a burnout en médicos especialistas docentes de la universidad tecnológica de Pereira. ⁵⁹	Peña John Jairo, Montenegro Johana, Osorio Diana, Caicedo Claudia, Gallego Yuri	2006	Estudio comparativo, descriptivo y transversal. Prevalencia: 44,5% Cansancio emocional: 75,7% Despersonalización: 60,6%.	Cuestionario MBI, encuesta sociodemografica.

4. PROPÓSITO

El síndrome de burnout es un problema relevante de salud pública no solo en el contexto nacional sino también mundial. Es importante tener en cuenta que afecta a cualquier trabajador que está expuesto continuamente a los diversos factores que lo desencadenan y que no recibe una adecuada asesoría acerca de cómo controlar o tratar las manifestaciones iniciales con el consecuente desarrollo del síndrome.

El trabajador tiene poco conocimiento sobre la existencia de la enfermedad e incluso muchos de nosotros presentamos continuamente las manifestaciones del burnout y no se tienen herramientas para superarlas. A falta de información de este síndrome, paradójicamente quienes promueven el bienestar de la población terminan afectados por factores externos que pese a que están ahí, no se identifican como enfermedad, generando consecuencias personales y colectivas como la alteración en la calidad de vida, la relación médico-paciente o el éxito institucional, y sus efectos se reflejan en el bajo rendimiento del personal de la salud en la prestación del servicio.

Bajo este panorama considerando el impacto que ocasiona el síndrome de burnout, es importante profundizar en el estudio de esta patología en Colombia y en especial en Bogotá. Se planteó por tal motivo el desarrollo de este análisis ya que es importante establecer el diseño de investigaciones que permitan ahondar en el tema con el fin de evaluar la relación existente entre los diferentes factores asociados y protectores, así como la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud. Teniendo en cuenta que es un problema emergente en salud pública, y como se mencionó anteriormente ha sido poco estudiado en Colombia, los potenciales beneficios de este estudio van encaminados a generar una nueva fuente de conocimiento y profundizar en el análisis de la situación del fenómeno de burnout en el contexto de la ciudad de Bogotá. De igual manera, al profundizar en el estudio de burnout se avanza en la formulación de estrategias de prevención especialmente dirigidas a las variables organizacionales y del conocimiento de la enfermedad dentro del personal de salud.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia y los factores asociados del síndrome de burnout en el personal de la salud en tres instituciones de la ciudad de Bogotá durante el mes de diciembre de 2010.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características generales del grupo de estudio

- Establecer los componentes principales del síndrome de burnout que se presentan con más frecuencia en el personal de la salud.

- Identificar la prevalencia de las tres dimensiones para la clasificación del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal de salud a estudio.

- Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud

- Determinar los factores asociados con el síndrome de burnout en la población de estudio (variables socio demográficas y laborales)

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio

Este estudio es de corte transversal con carácter mixto descriptivo y exploratorio, que busca conocer los factores asociados a la presentación del síndrome de burnout en el personal de salud de tres instituciones de la ciudad de Bogotá en diciembre de 2010.

6.2. Justificación del diseño

Se define como un estudio de corte transversal porque solamente se realizó una medición en el tiempo de cada individuo que hace parte del estudio. La justificación de este diseño se basó en la comodidad de la recolección de los datos y factores como el tiempo de los encuestados, tiempo de los investigadores, los costos del estudio y permiso de las tres instituciones seleccionadas.

6.3 Población y muestra:

6.3.1 Población diana o de referencia

La población diana fue el personal de la salud de tres instituciones de la ciudad de Bogotá. Dos de ellas, fueron centros de atención ambulatoria y una entidad privada de carácter mixto hospitalaria y consulta externa. El personal accesible a la encuesta fueron todos los individuos que laboraban en las tres instituciones y que en el periodo de recolección se encontraban disponibles para responder el cuestionario. El tipo de contratación bajo el cual se encontraban laborando incluía prestación de servicios, contrato a término fijo y término indefinido.

6.3.2 Población objetivo de estudio

La población elegible fueron las personas que quedaron después de aplicar los criterios de inclusión y que no estaban en proceso de formación académica (Residentes). La unidad de muestreo y de observación fue cada individuo del personal de la salud que laboraba en cada entidad de la cual se obtuvo el respectivo marco muestral. Las unidades de análisis fueron las entidades de salud y el personal que laboraba en ellas.

Tabla 2. Distribución de la población objetivo

UNIDAD DE ANALISIS	TOTAL
Institución N°1	55
Institución N°2	45
Institución N°3	276
Total General	376

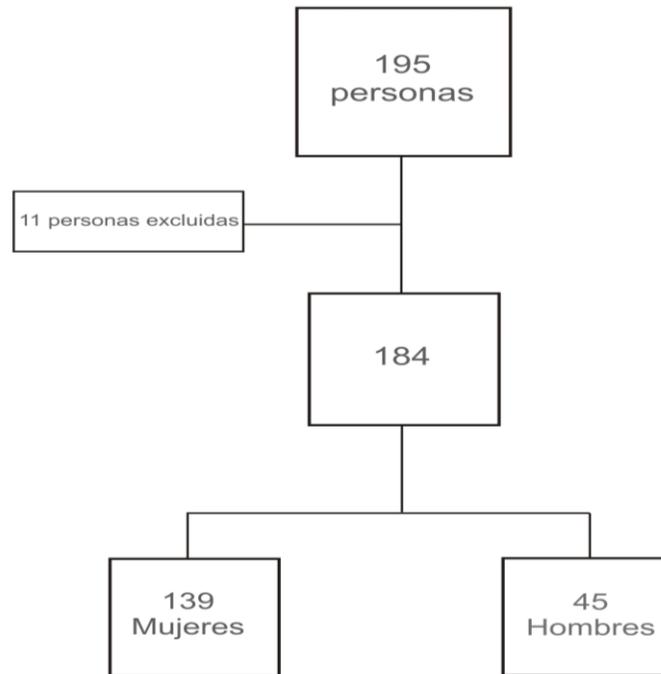
6.3.3. Muestreo y tamaño de la muestra

El marco muestral, el cual permitió identificar y ubicar a todas las unidades de muestreo, estuvo compuesto por todos los funcionarios de salud de las tres instituciones, identificando el nombre de cada profesional de la salud y su respectiva ocupación en cada entidad.

6.3.4. Método de muestreo

Para adelantar el estudio de prevalencia del síndrome de burnout se utilizó un diseño probabilístico con el fin de poder inferir al universo de estudio. Se seleccionó cada individuo del personal de la salud con un muestreo aleatorio simple (MAS), después de haber estratificado la población según la institución a la que pertenecía.

Tabla 3. Flujograma distribución tamaño de la muestra estudiada



6.3.5. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó bajo el método probabilístico basado en la prevalencia de estudios anteriormente publicados, de los cuales se tomó el estudio con mayor población incluida dentro de la metodología. Dado que la prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado, en este caso que presentaron síndrome de burnout, el tamaño de la muestra se definió por⁴³:

$$n = \frac{Z\alpha^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

- $Z\alpha^2 = 1,962$ (asumiendo una confiabilidad del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 15%)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0,15 = 0,85$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

Se utilizó para ello el programa Epiinfo versión 6.04 enero de 2001, módulo Statcalc teniendo en cuenta la frecuencia esperada de un 15%, y el peor resultado esperado del 5%. El cálculo de la muestra fue de 184 individuos de acuerdo con la prevalencia anotada obtenida de estudios revisados en la literatura para Colombia.

6.4. Criterios de selección

6.4.1. Criterios de inclusión

- Personal de la salud que estaba laborando en el momento de la medición.

6.4.2. Criterios de exclusión:

- Personal de salud en proceso de formación académica (residentes).
- Personal de salud que diligenciaron de manera errónea e incompleta el cuestionario.
- Aquellos que se encontraban en periodo de vacaciones o periodo de licencia.
- Aquellos que rehusaron a participar en el estudio.

6.5. Variables de estudio

VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN	ESCALA	UNIDADES DE MEDICIÓN
Cualitativa	Burnout	Presencia de la enfermedad de acuerdo a los puntajes obtenidos en el cuestionario MBI.	Nominal	Si: 0 No:1
Cualitativa	Grupo de edad	Años cumplidos.	Ordinal	<25años: 0 25-35 años: 1 36-45años: 2 >45años:3
Cualitativa	Género	Sexo al cual pertenece.	Nominal	F: 0 M: 1
Cualitativa	Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Nominal	Soltero: 0 Casado: 1 Divorciado:2 Separado:3 Unión libre: 4 Viudo: 5
Cualitativa	Número de hijos	Cantidad de hijos vivos.	Ordinal	Ninguno: 0 1 a 3 hijos:1 >3 hijos:2
Cualitativa	Número de Personas con las que convive	Cantidad de personas con las que comparte la vivienda.	Ordinal	Ninguno: 0 1 a 3 personas:1 >3 personas: 2

VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN	ESCALA	UNIDADES DE MEDICIÓN
Cualitativa	Tiempo dedicado al ocio en la semana	Horas dedicadas a actividades diferentes al trabajo.	Ordinal	<12 horas: 0 12-24 horas:1 >24 horas:2
Cualitativa	Profesión	Actividad en que labora y de la cual posee un título.	Nominal	_____
Cualitativa	Tipo de contratación	Modalidad bajo la cual está contratado.	Ordinal	Prestación servicios: 0 Termino fijo: 1 Indefinido: 2
Cualitativa	Ejercicio docente	Actividad de enseñanza en una educación educativa.	Nominal dicotómica	No: 0 Si: 1
Cualitativa	Área de trabajo	Servicio en el cual se desempeña.	Nominal	_____
Cualitativa	Número empleos	Cantidad de instituciones con las cuales tiene un vínculo laboral.	Ordinal.	1 empleo: 0 2 empleo:1 >2 empleos:2
Cualitativa	Tiempo del desplazamiento al sitio de trabajo (s) al día	Minutos u horas requeridos para el traslado del hogar al trabajo o trabajos y viceversa por día.	Ordinal	< 30 min: 0. 30-60 min: 1. 1 a 2 horas: 2. > 2 horas: 3.
Cualitativa	Tiempo de ejercicio profesional	Cantidad en años del ejercicio de la profesión.	Ordinal	< 5 años: 0 5 –10 años: 1 11-20años:2 > 20 años:3
Cualitativa	Jornada de trabajo	Turno en los cuales desarrolla su actividad laboral.	Ordinal	Una jornada: 0 Dos jornadas:1 Tres jornadas: 2
Cualitativa	Número de pacientes atendidos	Cantidad de usuarios atendidos durante un día.	Ordinal	<10 pacientes: 0 10-20 pacientes: 1 >20 pacientes: 2
Cualitativa	Tiempo dedicado a cada paciente	Minutos u horas de dedicación a cada usuario atendido.	Ordinal	< 20 minutos: 0. 20–40 min: 1. >40 min: 2.
Cualitativa	Relaciones interpersonales en el trabajo	Calificación que otorga al trato con los compañeros de trabajo.	Ordinal	Malas: 0. Regulares: 1 Buenas: 2. Muy buenas: 3
Cualitativa	Satisfacción según remuneración salarial	Calificación que otorga según el salario devengado.	Ordinal	Mala: 0. Regular: 1 Buena: 2. Muy buena: 3
Cualitativa	Siente que el reconocimiento por su trabajo es	Calificación que otorga a la aceptación por las actividades realizadas.	Ordinal	Malo: 0. Regular: 1 Bueno: 2. Muy bueno: 3

6.6. Fuentes de información y técnicas de recolección.

6.6.1. Instrumentos y métodos empleados para medir las variables

Luego de establecer las variables del estudio, se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas para ser diligenciado por los individuos de la muestra, incluyendo además la escala MBI que tiene en confiabilidad un alfa de Cronbach de 0,90 para agotamiento emocional, de 0,76 para despersonalización y de 0,76 para realización personal en el trabajo.

6.6.2. Instrumento MBI validado en Colombia

El instrumento MBI fue adaptado al castellano y validado en Chile por Esparza C., Guerra P., Martínez M., en 1995 y Figueroa M., Gutiérrez A., Hernández M., Setiein A., en 1997. En 1999 fue validado en Tenerife España por Gil-Monte PR. La validación en Colombia fue realizada por la Universidad de Antioquia (Restrepo N., Ayala G., Colorado Vargas G., Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Revista Salud Pública. 8 (1): 63-73, 2006)²⁷. Se aplicó la técnica de encuesta colectiva autodilenciada con el acompañamiento del supervisor. En el año 2004, un grupo de psicólogos y profesores de la Universidad de Antioquia validaron el instrumento usando una muestra de 414 estudiantes universitarios. Se obtuvo una consistencia interna de 0,62 para agotamiento emocional, 0,72 para despersonalización y 0,76 para realización personal. El MBI opera con una escala tipo Likert de 0 a 6 juicios sobre exactitud o no de una afirmación; para obtener su calificación se suman los valores obtenidos en cada pregunta. Determina el grado de manifestaciones del burnout en alto, medio y bajo; no establece un grado total de burnout porque los puntos de corte no han sido valorados empíricamente y pueden ser diferentes para cada país.

6.7. Calidad del dato

6.7.1. Efectos del diseño

Dentro de las estrategias para el control de sesgos en el presente estudio, se tuvo en cuenta en primer lugar la obtención del marco muestral apropiado de cada una de las instituciones seleccionadas. En segundo lugar, se realizó aleatorización para obtener la muestra

respectiva de acuerdo a dicho marco muestral y teniendo en cuenta que dentro de la metodología se incluyó personal de diferentes áreas de salud y se realizó asignación proporcional, pretendiendo con esto, controlar los posibles sesgos de confusión introducidos por variables extrañas a las posibles asociaciones y así mismo, aumentar la precisión del estudio. A fin de controlar los sesgos de información, la recolección de los datos se realizó bajo confidencialidad y anonimato. En cuanto al sesgo originado por el instrumento utilizado se trabajó con la escala más utilizada a nivel mundial validada para Latinoamérica y Colombia (MBI). Para controlar el sesgo del voluntario, se tuvo en cuenta personal de salud que cumplió con los criterios de inclusión.

6.8. Plan de Análisis

6.8.1. Procedimiento Metodológico

Previa autorización por escrito por parte de la institución hospitalaria y centros de consulta ambulatoria seleccionados, se obtuvo el marco muestral correspondiente. Posteriormente se procedió a la asignación proporcional de la muestra en la población objetivo basada en la aplicación de un método probabilístico estratificado ya que se trabajó con personal de diferentes áreas de la salud (médicos, odontólogos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, etc.) Con base en la cantidad de individuos de cada institución se determinó el porcentaje al cual pertenecía cada subgrupo y así el total de individuos que se debía tomar de cada institución para que conformaran la muestra seleccionada. Los estratos estaban representados por cada subgrupo de individuos pertenecientes a cada una de las instituciones de la salud anteriormente mencionadas. Teniendo en cuenta los efectos de diseño, se fijó un porcentaje de pérdida del 5% (o sobremuestra) para el cálculo de la muestra con un total de 195 individuos y tras aplicar los criterios de exclusión la muestra resultante fue de 184 de los cuales, 139 eran mujeres y 45 eran hombres. Dado que en la literatura no se encuentran estudios de prevalencia con características similares a las empleadas en este estudio, no se pudo llegar a una prevalencia teórica a tener como patrón de referencia, es por ello que este estudio es relevante para estudios posteriores que determinen la prevalencia del síndrome de burnout.

La metodología de recolección de información se basó en la aplicación de un cuestionario de variables sociodemográficas y un cuestionario autoadministrado validado para síndrome de burnout (Maslach Burnout Inventory) para detectar la presencia del síndrome y sus categorías: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, así como su intensidad alta, media y baja. Se decidió tomar el punto de corte por tertiles así como lo han calificado otros estudios internacionales para que la calificación del burnout estuviera acorde con ellos. Los propios investigadores aplicaron las encuestas y se aclararon algunos términos que podrían generar ambigüedad o confusión para algunas personas. La participación en el estudio fue voluntaria previa firma de consentimiento informado (ver anexo 2) el cual se sometió a evaluación del Comité de Ética de la Universidad del Rosario. La información se manejó con el precepto de confidencialidad. No se pagó ni se entregó ningún tipo de estímulo a los participantes del estudio.

6.8.2. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó por medio del Software estadístico SPSS versión 17. Se realizó un análisis descriptivo univariado, bivariado e inferencial con todas las variables incluyendo medidas de tendencia central y de dispersión dependiendo del tipo de variable, para el análisis descriptivo univariado. En el caso de las variables cualitativas se planeó utilizar frecuencias absolutas y porcentajes y en el caso de las variables cuantitativas se realizó promedios, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos.

Se calcularon medidas de asociación según el tipo de variable para ver si existían diferencias significativas que explicaran el comportamiento de las variables. En el caso de las variables cualitativas se utilizó χ^2 , para los valores reportados menores de 5, se utilizó la corrección de Yates del χ^2 . Se calculó las razones de prevalencia y el Odds ratio de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza para aquellas variables a las cuales se encontró alguna asociación.

El análisis inferencial se realizó a través de una regresión logística multinomial en donde se estableció la probabilidad de que una persona tuviera el síndrome de burnout a partir de la ocurrencia de otros factores de asociación.

6.9. Aspectos éticos.

6.9.1. Consideraciones éticas

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 de la normatividad colombiana y a la declaración de Helsinki, en este estudio se considera de riesgo ético mínimo teniendo en cuenta que algunas preguntas incluidas en el cuestionario pudieron generar algún grado de susceptibilidad dado que se tocaron temas relevantes que influyen en la calidad de vida de las personas. Se aplicó un formato de consentimiento informado previo a la obtención de la información y se realizó una recolección de datos con cuestionarios anónimos y sin diligenciar la entidad a la cual se pertenecía con el fin de mantener reserva absoluta de la misma. Dentro del consentimiento informado se incluyó una nota aclaratoria sobre el deseo de los participantes de incluir sus datos personales para ser informados personalmente de la clasificación del riesgo obtenido. Es importante aclarar que el presente estudio corresponde al trabajo de grado de la Especialización de Epidemiología de la Universidad del Rosario, por lo tanto la toma de decisiones se hizo conjuntamente entre los investigadores mencionados en el trabajo. Los resultados del presente estudio se entregarán por escrito al departamento de desarrollo humano de cada una de las instituciones seleccionadas.

El protocolo fue valorado por el Comité de Bioética de la Universidad del Rosario (Acta CEI-AMH002- 0000343 de Diciembre 13 de 2010).

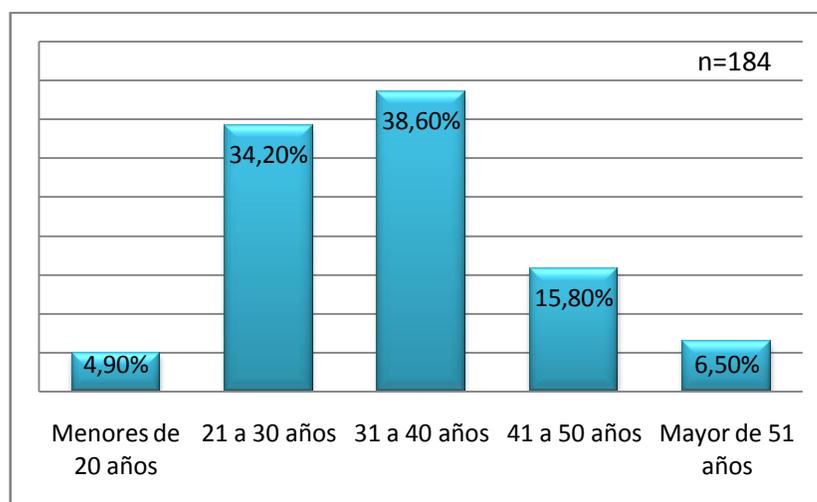
6.9.2. Conflictos de interés

Los investigadores declaran la existencia de vinculación laboral de tres de los investigadores en las instituciones en las que se realizó la investigación. No existen intereses institucionales, lucrativos, académicos o personales relacionados con el desarrollo del trabajo de investigación. La información tanto de los participantes como de las instituciones se manejó confidencialmente.

7. RESULTADOS

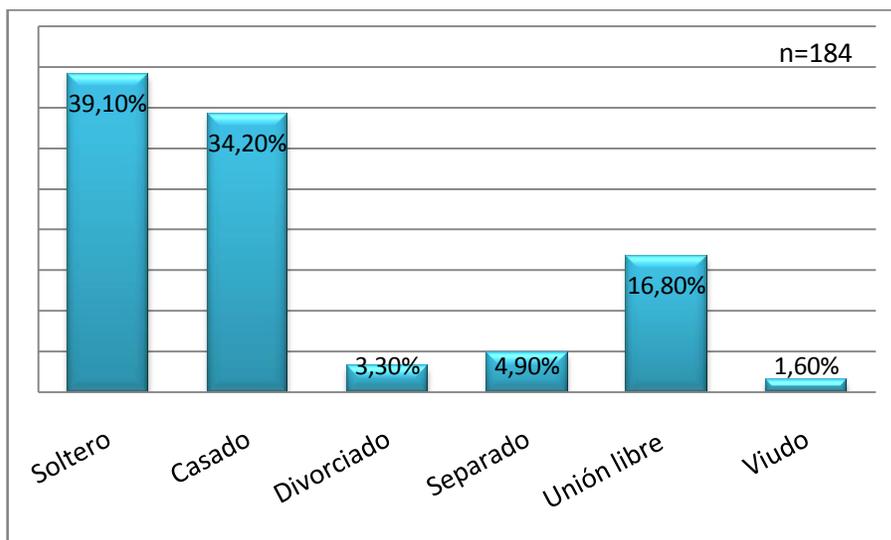
Se analizaron 184 cuestionarios con una tasa de respuesta de 94,3%. La población estudiada estuvo constituida por 139 mujeres (75,5%) y 45 hombres (24,5%), teniendo en cuenta que la proporción del marco muestral de las instituciones estudiadas fue de 74% para el género femenino y 26% para el género masculino. En dicha población el promedio de edad observado fue 34,05 años con una desviación estándar de 9,03 años. (Tabla 4). La mayor parte de los encuestados se encontró en el rango de edad entre los 31 y 40 años (38,6%) y entre los 21 y 30 años (34,2%) siendo la mayoría de ellos, pertenecientes a la ciudad de Bogotá (72,3%) (Gráfico 1)

Gráfico 1. *Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo al rango de edad*



Con relación al estado civil el 39,1% eran solteros, 34,2% eran casados, 16,8% unión libre, 4,9% separados, 3,3% divorciados y 1,6% viudos. (Gráfico 2). Un poco menos de la mitad, el 46,2% no tenían hijos, el 30,4% tenían un hijo, el 16,8% tenían dos hijos, el 6,0% tres hijos y el 0,5% cuatro o más hijos. El porcentaje de personas con las que convivían se distribuyó así: el 28,8% de los encuestados vivían con tres personas, el 27,2% convivían con dos personas, el 20,1% con una persona, el 17,9% vivían con cuatro o más personas y el 6,0% vivían solos. (Tabla 4).

Gráfico 2. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo al estado civil



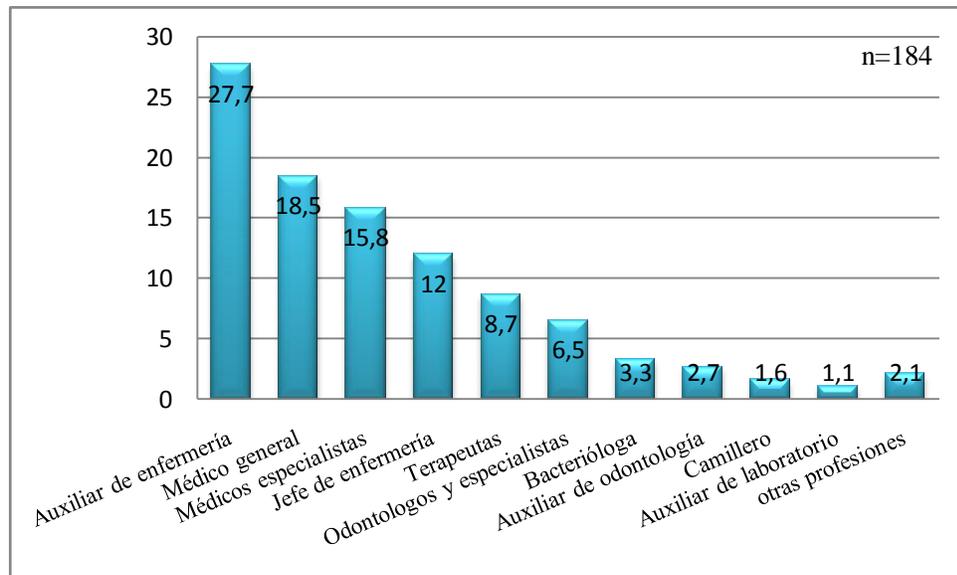
Dentro de las profesiones encuestadas se encontró que el 27,7% eran auxiliares de enfermería y el 18,5% médico general y hospitalario. El 15,8% fueron médicos especialistas de distintas áreas (pediatría, anestesiología, cardiología, oftalmología, neumología, neumología pediátrica, neurología, oncohematología pediátrica, ortopedia, otorrinolaringología, urología pediátrica y radiología) y un 12,0% jefes de enfermería. También hubo 8,7% de profesionales terapeutas en distintas disciplinas (terapia física, fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, psicología, neuropsicología) y profesionales en odontología general y especializada (6,5%) así como auxiliares en odontología e higienista oral (2,7%). El 3,3% de los encuestados fueron bacteriólogos y 1,6% camilleros. Finalmente se encuestaron auxiliares de laboratorio (1,1%), y para instrumentadoras quirúrgicas, nutricionistas, técnicos en radiología y trabajadora social (0,5%) (Gráfico 3).

Tabla 4. Características socio demográficas de la población encuestada

VARIABLES	n	VALORES
Género		
Masculino	45	24,5%
Femenino	139	75,5%
Edad		
Promedio ± ds		34,05 ± 9,03
Rango		18 – 60
Grupo Étáreo		
Menores de 20 años	9	4,9%
21 a 30 años	63	34,2%
31 a 40 años	71	38,6%
41 a 50 años	29	15,8%
Mayor de 51 años	12	6,5%
Estado civil		
Soltero	72	39,1%
Casado	63	34,2%
Divorciado	6	3,3%
Separado	9	4,9%
Unión libre	31	16,8%
Viudo	3	1,6%
Número de hijos		
Ninguno	85	46,2%
1	56	30,4%
2	31	16,8%
3	10	5,9%
4 o más	1	0,5%
Número de personas con quien convive		
Ninguno	11	5,9%
1	37	20,1%
2	50	27,2%
3	53	28,8%
4 o más	33	17,9%
Lugar de origen		
Amazonas	1	0,5%
Atlántico	3	1,6%
Bogotá	133	72,3%
Bolívar	2	1,1%
Boyacá	8	4,4%
Caquetá	1	0,5%
Cundinamarca	16	8,7%
Córdoba	2	1,1%
Huila	1	0,5%
Magdalena	2	1,1%
Meta	1	0,5%
Nariño	2	1,1%
Putumayo	1	0,5%
Risaralda	1	0,5%
Santander	2	1,1%
Sucre	1	0,5%
Tolima	3	1,6%
Valle	4	2,2%

Para el tiempo dedicado al ocio se encontraron los siguiente resultados: el 63% dedicaban menos de 12 horas semanales, el 27,7% entre 12 a 24 horas semanales, el 9,2% mayor a 24 horas semanales.

Gráfico 3. *Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a su profesión*



Características laborales

El 31,5% de los encuestados llevaba un tiempo de ejercicio profesional menor a cinco años y 32,1% entre cinco y 10 años. Las áreas de trabajo en las que se encontró mayor población encuestada fueron hospitalización (42,4%), consulta externa (29,4%) y en menor porcentaje las unidades de cuidado crítico o de pacientes neonatales (16,3%) (Tabla 5)

En cuanto al número de jornadas en las que los profesionales desarrollan su actividad laboral; el 57,6% laboraban en una jornada, el 37,5% en dos jornadas y el 4,9% en tres jornadas. De igual forma la mayoría de los profesionales tenía un solo empleo (61,4%), solamente un poco menos de la tercera parte tenía dos empleos (30,4%) y un porcentaje muy bajo tenía tres o más empleos (8,2%) (Tabla 5)

Tabla 5. Características laborales de los encuestados

	n	Porcentaje
Tiempo ejercicio profesional		
Menor a 5 años	58	31,5%
5 a 10 años	59	32,1%
11 a 20 años	38	20,6%
Mayor a 20 años	29	15,8%
Área de trabajo		
Hospitalización	78	42,4%
Consulta externa	54	29,4%
UCI o neonatos	30	16,3%
Laboratorio clínico	7	3,8%
Salas de cirugía	6	3,3%
Odontología	4	2,2%
Procedimientos	3	1,6%
Radiología	2	1,1%
Jornada de Trabajo		
Una jornada	106	57,6%
Dos jornadas	69	37,5%
Tres jornadas	9	4,9%
Número de empleos		
Un empleo	113	61,4%
Dos empleos	56	30,4%
Tres o más empleos	15	8,2%
Tipo de contrato		
Prestación de servicios	49	26,6%
Término fijo	22	11,9%
Término indefinido	113	61,4%
Tiempo en el sitio de trabajo		
Menor a 30 minutos	21	11,4%
30 a 60 minutos	99	53,8%
1 a 2 horas	52	28,3%
Más de 2 horas	12	6,5%
Número de pacientes atendidos		
Menor a 10	39	21,2%
10 a 20	64	34,8%
Más de 20	80	44,0%
Tiempo por paciente (minutos)		
Menor a 20	72	39,1%
20 a 40	88	47,8%
Más de 40	24	13,0%

Con relación al contrato, el 61,4% tenía un contrato a término indefinido mientras que 11,4% se encontraba laborando bajo un contrato temporal y el 26,6% con un contrato de prestación de servicios. El 81,5% no ejercía la docencia y el 18,5% sí la ejercía.

Por otra parte, el 53,8% de los encuestados dedicaban entre 30 y 60 minutos de desplazamiento al sitio de trabajo, mientras que el 28,3% dedicaban entre una y dos horas. El 44% de los encuestados atendía más de 20 pacientes al día y el 34,8% entre 10 y 20 pacientes. En cuanto al tiempo dedicado a cada paciente, el 47,8% utilizaba entre 20 a 40 minutos, pero el 39,1% dedicaba menos de 20 minutos.

Al calificar las relaciones interpersonales en el sitio de trabajo, el 69% de los encuestados consideró que eran buenas y solo el 3,3% consideró que eran regulares. En cuanto a la remuneración salarial, el 44% indicó una buena satisfacción y el 41,1% indicó una regular satisfacción. De igual forma, el 48,4% indicó que el reconocimiento por el trabajo fue bueno, mientras que el 42,9% dijo que era regular. (Tabla 6)

Tabla 6. *Calificación de las relaciones interpersonales*

	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
<i>Relaciones interpersonales en el trabajo</i>	0%	3,3%	69%	27,7%
<i>Satisfacción según remuneración salarial</i>	6,5%	45,1%	44,0%	4,4%
<i>Reconocimiento en el trabajo</i>	4,9%	42,9%	48,4%	3,8%

Síndrome de burnout

Para la dimensión agotamiento emocional, la prevalencia fue de 20,6%. Una vez aplicada la escala de burnout se encontró que para los encuestados, el 30,4% de ellos algunas veces al mes se encontraba emocionalmente agotado en el trabajo, aunque el 25,5% indicaron que varias veces a la semana se sentían agotados al final de la jornada de trabajo. Sin embargo el 19% de los participantes una vez al mes o menos se sentían cansados cuando se levantaban por las mañanas e iniciaban otro día de trabajo, y el 4,9% experimentaba este sentimiento diariamente.

El 46,2% consideró que trabajar con pacientes nunca les producía tensión pero el 4,3% señaló que dicho trabajo les generaba tensión diariamente o varias veces a la semana. El

28,3% nunca se sintieron quemados por el trabajo, pero un 2,7% sí lo sintieron. Sin embargo, el 69,6% de ellos, nunca se sintieron frustrados por el trabajo y el 38% nunca sintieron que su trabajo fuera duro. El 45,1% nunca sintió que trabajar en contacto directo con los pacientes producía bastante estrés y el 34,2% nunca se sintieron al límite de sus posibilidades (Tabla 7).

Para la dimensión de realización personal, la prevalencia para baja realización personal fue de 7,6%. El 62,5% de los encuestados consideraba que comprendía a los pacientes diariamente, el 21,7% varias veces a la semana, y el 65,2% diariamente enfrentaba muy bien los problemas que se presentaban con los pacientes. Por otro lado, el 76,6% indicó que diariamente sentía que en el trabajo estaba influenciando positivamente en la vida de otros y el 39,1% diariamente se sentía con mucha vitalidad.

El 55,4% consideraba que diariamente creaba una atmosfera relajada con los pacientes, el 47,8% diariamente se sentía animado después de trabajar junto con los pacientes o compañeros. El 60,3% consideraba que diariamente sentía que estaba realizando cosas que merecen la pena en el trabajo y el 55,4% indicó que diariamente trata los problemas emocionales con mucha calma en el trabajo, mientras que el 24,5% lo hacía varias veces a la semana. (Tabla 7)

Para la dimensión despersonalización, la prevalencia fue de 16,8%. El 65,2% de los participantes aseguró que diariamente enfrentaba bien los problemas del paciente. Con relación al comportamiento insensible el 65,2% afirmó que nunca lo presentaba y el 12,5% que algunas veces al año o menos y por otra parte, el 52,7% consideró que nunca se estaba endureciendo emocionalmente. El 81% de los encuestados, indicó nunca sentir que no le importaba lo que les ocurriera a algunos de los pacientes o compañeros de trabajo, mientras que el 9,2% algunas veces al año experimentaron este sentimiento. El 54,9% nunca sintieron que los pacientes los culparan de algunos de sus problemas, mientras que el 21,2% alguna vez al año lo sintieron. (Tabla 7)

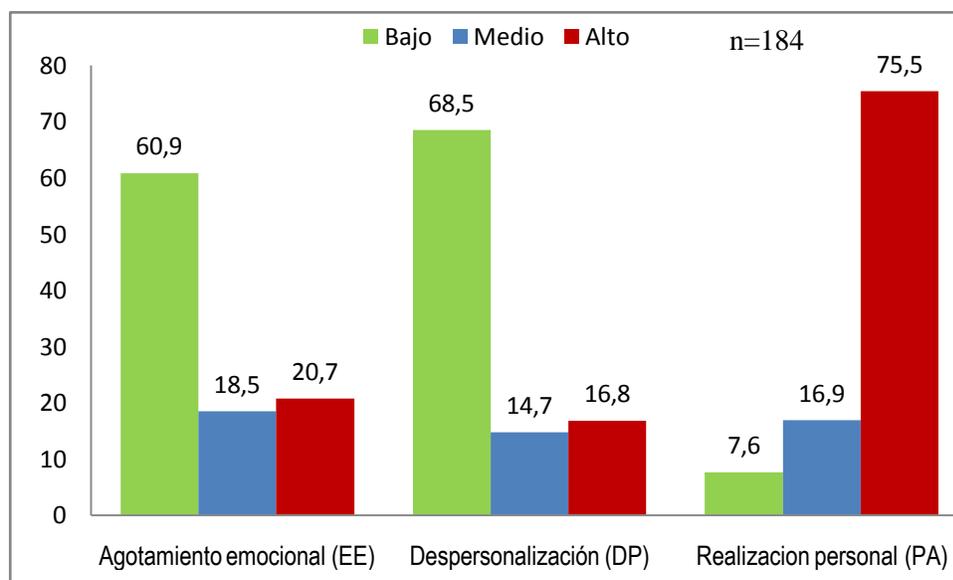
Tabla 7. Puntajes promedios obtenidos en la aplicación de la escala de burnout entre los encuestados

	Ítem	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	12%	17,9%	12,5%	30,4%	9,8%	14,1%	3,3%
EE	Al final de la jornada me siento agotado.	2,2%	6,5%	11,4%	22,8%	14,7%	25,5%	16,8%
EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	16,8%	16,3%	19%	17,9%	11,4%	13,6%	4,9%
PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.	2,2%	1,1%	0,5%	8,2%	3,8%	21,7%	62,5%
D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.	74,5%	8,2%	4,3%	6,0%	2,2%	2,7%	2,2%
EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	46,2%	20,1%	7,6%	14,1%	3,3%	4,3%	4,3%
PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	2,7%	2,7%	1,6%	5,4%	3,3%	19,0	65,2%
EE	Me siento “quemado” por el trabajo.	28,3%	21,7%	11,4%	19,6%	3,3%	13,0%	2,7%
PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	0,5%	1,6%	0,5%	3,2%	5,4%	12,0%	76,6%
D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	65,2%	12,5%	4,3%	4,3%	3,8%	4,9%	4,9%
D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	52,7%	18,5%	7,6%	9,2%	3,8%	4,9%	3,3%
PA	Me encuentro con mucha vitalidad.	1,1%	1,6%	6,5%	7,6%	9,8%	34,2%	39,1%
EE	Me siento frustrado por mi trabajo.	69,6%	10,9%	8,2%	5,4%	2,7%	1,6%	1,6%
EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	78,0%	25,5%	8,2%	12,5%	7,6%	4,3%	3,8%

	Ítem	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.	81,0%	9,2%	2,2%	1,6%	1,1%	1,1%	3,8%
EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	45,1%	22,3%	9,8%	12,0%	6,0%	3,8%	1,1%
PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	2,2%	(2,2%	2,7%	3,8%	5,4%	28,3%	55,4%
PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.	1,6%	(1,1%	2,2%	5,4%	7,1%	34,8%	47,8%
PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	1,1%	3,3%	1,6%	3,3%	4,9%	25,5%	60,3%
EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	34,2%	24,5%	8,7%	9,8%	4,9%	8,7%	9,2%
PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	1,1%	3,8%	6,0%	7,1%	2,2%	24,5%	55,4%
D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	54,9%	21,2%	6,5%	10,9%	2,2%	3,3%	1,1%

En resumen, se evidenció agotamiento emocional en 20,7% de los participantes y despersonalización en 16,8% así como una realización baja en 7,6% (Grafico 4).

Gráfico 4. Distribución porcentual de los encuestados de acuerdo a los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de la escala de burnout



Para el diagnóstico del síndrome de burnout se tiene en cuenta la existencia de un nivel alto en agotamiento emocional y despersonalización, y un nivel bajo en realización personal. La prevalencia de dicha entidad en la población analizada fue del 2,2%. Sin embargo, el 5,4% presentaba un nivel de riesgo medio para dicho síndrome, esto si se considera nivel medio para el área de realización personal.

Factores de asociación

Al analizar la asociación entre las diversas variables demográficas con la ocurrencia del síndrome de burnout se evidenció que los profesionales con estado civil casado tuvieron un riesgo 1,95 veces de presentar el síndrome al compararlos con aquellos no casados (IC 95% 0,26 – 14,18), y que dicho riesgo entre los solteros fue 1,57 veces (IC 95% 0,21 – 11,41) (Tabla 8).

Con respecto a los factores laborales aquellos más relacionados fueron el contrato de prestación de servicios (OR 8,73; IC 0,88 – 86,11), el tener dos empleos (OR 2,33; IC 0,32

-16,99), un tiempo de desplazamiento menor a 30 minutos (OR 8,47; IC 1,12 – 63,67) y un tiempo de ejercicio profesional menor a cinco años (OR 6,81; IC 0,69 – 7,01) (Tabla 8).

Tabla 8. Factores asociados a la ocurrencia del síndrome de burnout

VARIABLES	Burnout		Total	OR	IC 95%
	Si	No			
Género					
Masculino	1	44	45	1,03	0,10 – 10,15
Femenino	3	136	139	0,97	0,09 – 9,57
Estado civil					
Soltero	2	70	72	1,57	0,21 – 11,41
Casado	2	61	63	1,95	0,26 – 14,18
Divorciado	0	6	6	0	
Unión libre	0	31	31	0	
Viudo	0	3	3	0	
Tipo de contrato					
Servicios	3	46	49	8,73	0,88 – 86,11
Fijo	0	22	22	0	
Indefinido	1	112	113	0,20	0,02 – 1,98
Número de empleos					
Un empleo	2	111	113	0,62	0,08 – 4,51
Dos empleos	2	54	56	2,33	0,32 – 16,99
Tres empleos	0	15	15	0	
Tiempo de desplazamiento al trabajo					
Tiempo al trabajo Menor a 30 minutos	2	19	21	8,47	1,12 – 63,67
Tiempo al trabajo Entre 31 y 60 minutos	1	98	99	0,27	0,02 – 2,73
Tiempo al trabajo Entre 1 y 2 horas	1	51	52	0,84	0,08 – 8,29
Tiempo al trabajo Mayor a 2 horas	0	12	12	0	
Tiempo de ejercicio profesional					
Tiempo de ejercicio Menor a 5 años	3	55	58	6,81	0,69 – 67,01
Tiempo de ejercicio Entre 5 y 10 años	0	59	59	0	
Tiempo de ejercicio Entre 10 y 20 años	1	37	38	1,28	0,13 – 12,74
Tiempo de ejercicio Mayor a 20 años	0	29	29	0	
Jornadas de trabajo					
Una jornada	0	106	106	0	
Dos jornadas	4	65	69	0	
Tres jornadas	0	9	9	0	
Número de pacientes atendidos					
Menos de 10 pacientes	0	39	38	0	
Entre 10 y 20 pacientes	2	62	64	1,9	0,26 – 13,83
Más de 20 pacientes	2	79	1	1,27	0,17 – 9,27
Tiempo dedicado al paciente					
Tiempo con paciente Menor a 20 minutos	2	70	72	1,57	0,21 – 11,41
Tiempo con paciente Entre 20 y 40 minutos	2	86	88	1,09	0,15 – 7,93
Tiempo con paciente Mayor a 40 minutos	0	24	24	0	
Total	4	180	184		

Regresión logística multinomial

Siendo la variable dependiente la prevalencia del síndrome de burnout se ajustan los parámetros del modelo, encontrando que no todas las variables influyen sobre la ocurrencia del síndrome, para lo cual se eligió el modelo que tenía mayor ajuste (Tabla 9).

Tabla 9. Información del ajuste del modelo

Modelo	Criterio de ajuste del modelo			Contrastes de la razón de verosimilitud		
	AIC	BIC	-2 log verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	37.323	40.538	35.323			
Final	11.785	27.860	1.785	33.538	4	.000

Con un nivel de significancia de ajuste del 5%, se tiene que $0,05 > 0,0$ por tanto, el estadístico chi-cuadrado nos indica que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos, porque no hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula. Como también lo indican los estadísticos Pseudo R-cuadrado que son los mayores entre otros modelos y para el caso del los estadísticos Nagelkerke y McFadden son cercanos a uno. (Tabla 10)

Tabla 10. Estadístico Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	.167
Nagelkerke	.882
McFadden	.870

Tomando como referencia la categoría de no prevalencia del síndrome de burnout, se tiene que los parámetros incluidos en el modelo están dados según se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Contrastes de la razón de verosimilitud

Efecto	Criterio de ajuste del modelo	Contrastes de la razón de verosimilitud		
	-2 log verosimilitud del modelo reducido	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Intersección	1.785 ^a	.000	0	.
PA	20.623	18.838	2	.000
D	13.533	11.748	2	.003

Se observa que el modelo clasifica bien el 99,5% de las observaciones muestrales. La siguiente tabla muestra la clasificación de las frecuencias observadas respecto a las frecuencias pronosticadas por cada categoría de respuesta. (Tabla 12)

Tabla 12. Clasificación frecuencias observadas / pronosticadas

Observado	Pronosticado		
	No	Si	Porcentaje correcto
No	179	1	99.4%
Si	0	4	100.0%
Porcentaje global	97.3%	2.7%	99.5%

8. DISCUSIÓN

La complejidad del estudio del burnout implica el análisis de gran cantidad de variables que han ido aumentando con las investigaciones en los últimos años, debido a que ha surgido gran interés por parte de los investigadores por esta enfermedad. En cuanto a la prevalencia es importante anotar que su comparación con otros estudios es difícil debido a la diversidad de instrumentos de medición utilizados así como las muestras y los puntos de corte elegidos. En este estudio la prevalencia del síndrome de burnout fue de 2,2% pero si consideramos burnout como nivel de agotamiento emocional alto, despersonalización alta y nivel medio para realización personal, su prevalencia aumenta a 5,4%.

Existe aún controversia sobre el papel del género en la presentación del burnout. Algunos autores como Maslach concuerdan en la relación entre género y una dimensión determinada y consideran que el cansancio emocional es mayor en las mujeres y la despersonalización en los hombres. Sin embargo, a diferencia de estos autores, en nuestro estudio el resultado fue mayor en hombres tanto para la dimensión cansancio emocional como para despersonalización. Un aspecto importante para resaltar en nuestro estudio, es el importante papel de las mujeres en la composición de la muestra el cual podría reflejar el predominio laboral del personal femenino en las instituciones del país especialmente en algunas áreas específicas donde aún son las mujeres quienes dominan dichos campos como por ejemplo en el área de enfermería y que también podría estar en relación con la ambigüedad de roles a la que se enfrentan las mujeres y que las hace más vulnerables al burnout.

Con relación a los grupos de edad, el agotamiento emocional y la baja realización personal en el grupo entre 31 y 40 años presentó diferencias significativas con los otros grupos de edad, lo cual no es concordante con la literatura en donde estas dimensiones presentan diferencias significativas en los mayores de 44 años^{21,22,23}. Esto podría sugerir que el burnout influido por factores de carácter socio económico podría tener la tendencia a presentarse en edades más tempranas, dado que la situación actual del personal de salud les genera expectativas cada vez más rígidas.

Golembiewsky²⁴ y Loughlin²⁵ han considerado que el estado civil influye significativamente junto con otras variables en la presentación del burnout, básicamente si la condición es separado, divorciado o viudo. Para nuestro estudio, esta condición no se cumple, ya que las personas que presentaron burnout eran solteros o casados, resultados que apoyan el concepto de Moreno¹⁰ quien discrepa de los autores anteriormente citados. La realización personal y la ausencia de burnout se ven favorecidos por el número de hijos como lo mencionan algunos autores^{20,26}. La presencia de hijos teóricamente aumenta el grado de realización personal ya que esta condición favorecería que las personas sean más realistas y maduras, con mayores condiciones de afrontar conflictos y reconocer un papel positivo de la familia aunque en este caso no lo podamos concluir.

La mayoría de investigaciones considera la jornada laboral como variable predictora, lo cual es acorde con nuestro estudio en donde se encontraron resultados similares relacionándose esto con el estudio de Restrepo *et al.*²⁷. Japcy M Quiceno *et al.*, en el estudio de la Universidad de San Buenaventura de Medellín²⁸, sugería realizar estudios tomando en cuenta los años de ejercicio profesional ya que como se ha encontrado en investigaciones como la de Apiquian²⁹, el síndrome se desarrolla más frecuentemente en los primeros dos y tras diez años de ejercicio profesional, por tal motivo se consideró relevante el incluir dicha variable en nuestro estudio aunque es importante tener en cuenta que existen estudios internacionales que reportan datos opuestos como el de Atance³⁰.

A diferencia de lo enunciado por Foura y cols³² en relación a que el personal de enfermería presenta niveles más altos para agotamiento emocional y despersonalización, en esta investigación el grupo de médicos mostró niveles más altos para estas dimensiones, lo cual concuerda con lo planteado por Flórez³¹.

La relación que existe entre una buena remuneración salarial, reconocimiento por el trabajo y realización personal está documentada en la literatura. Sin embargo, niveles bajos para estas variables condicionan factores predisponentes para la presentación del burnout como se observó en nuestro estudio. Así mismo, en esta y otras investigaciones se ha comprobado la relación entre número de pacientes atendidos, mayor número de horas trabajadas y

presencia de síndrome de burnout, es decir, a mayor sobrecarga laboral, mayor burnout, como lo expresa Karasek⁴² y Florez³¹. Dicho fenómeno se vive actualmente en el país en donde los tiempos de consulta para la atención de los pacientes se han reducido, los volúmenes de pacientes son altos y esto redundan en posible agotamiento emocional y despersonalización en el personal de salud.

Cabe resaltar que en el análisis estadístico de regresión logística multinomial, se encontró una fuerte asociación entre despersonalización y baja realización personal con síndrome de burnout, dado que estas áreas tienen en cuenta variables socio demográficas y laborales que determinan la presentación o no de este síndrome.

Es importante considerar los factores transculturales y las características particulares del personal de salud en Colombia y especialmente en algunas ciudades como Bogotá, en donde el ejercicio profesional se ve afectado por múltiples factores en una ciudad cosmopolita lo cual influye en la presentación del síndrome de burnout. Consideramos que esto debe ser tenido en cuenta para continuar una línea de investigación con otros diseños metodológicos que enfatizan el contexto transcultural del burnout.

Los resultados del estudio, resaltan la importancia de propender por políticas de atención en salud y estrategias organizacionales mucho más conscientes que estén dirigidas a evitar la sobrecarga laboral, mejorar el clima en el trabajo y promocionar el bienestar tanto para los usuarios como para los empleados. Es importante enfatizar en la necesidad del tiempo dedicado a actividades de esparcimiento, a fortalecer el amor por el trabajo y las relaciones interpersonales, así como compartir con la familia ya que esto favorece los estilos de vida saludables y constituye factores protectores para el desarrollo del síndrome de burnout.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Mingote Adán JC. Síndrome Burnout. Síndrome de desgaste profesional. Monografías de psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
2. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología pirámide; 2001.
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues, 1974; 30: 159-165.
4. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
5. Mingote JC. Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional. FMC 1998; 5:493-503.
6. Pines A, Guendelman S. Exploring the relevance of burnout to mexican blue collar women. J Vocat Behav. 1995; 47: 1-20.
7. Sarason SB. Caring and compassion in clinical practice. San Francisco: Jossey Bass; 1985.
8. Freudenberger HJ. Burnout past, present and future concerns. Loss Grief Care. 1989; 3: 1-10.
9. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. Información psicológica. 2008; 91-92: 4-11.
10. Moreno B, Garrosa E, Benavides-Pereira AM, Gálvez M. Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. Rev Colombiana Psicol. 2003; 12: 9-18.
11. Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. Pers Individ Dif. 2000; 29:265-281.
12. Maslach C, Schaufeli B, Leiter Mp. Job Burnout. Annu Rev Pshycol. 2001; 52: 397-422.
13. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19: 463-470.

14. Garcés de los Fayos EJ. Variables predictoras, consecuencias y modelos explicativos del Burnout. Disponible en: (<http://www.Abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>) Fecha de acceso 20-12-2010.
15. Maslach C, Jackson S. Lawyer Burnout. *Barrister* 1978; 5: 52-54.
16. Jackson SE, Schwab RI, Schuler RS. Toward on understanding of the burnout phenomenon. *J applied Psychol* 1986; 4: 630-640.
17. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999; 11: 679-689.
18. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychol Press: 1986.
19. Hidalgo RI, Díaz GR. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada el Insalud de Avila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
20. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles* 1985; 12 (7-8): 837-851.
21. Seltzaer J, Numerof RE, Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management J* 1988; 31; 2: 429-446.
22. Pines AM, Kafry D. Coping with Burnout. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto: 1978.
23. Cardinell C. Burnout? Mid-life crisis? Let's Understand ourselves. *Contemporary education* 1981.
24. Dale J, Weinberg RS. The relationship between coache's leadership style and Burnout. *Sport psychologist* 1989: 1-13.
25. Wilson WP. Burnout and other stress syndromes. *South Med J* 1986. 79, 11: 1327-1330.
26. Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrist. *Stress Med* 1991; 7,4: 201-205.
27. Restrepo N, Colorado G, Cabrera G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia. 2005. *Revista de Salud Pública*, 8, 63-73.

28. Quiceno J, Vinaccia S. 2007. Burnout: Síndrome de Quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología* 10; 2: 117-125, 2007.
29. Apiquian A. 2007. El síndrome del Burnout en las Empresas. Sitio Web de la Escuela de Psicología de la Universidad de Anahuac. ([http:// www.anahuac.mx/psicologia/](http://www.anahuac.mx/psicologia/)) fecha de acceso 21-12-2010
30. Atance MJ. Massó AE. La salud laboral en un hospital general de área. *Todo hosp* 131: 55-63.
31. Florez JA. Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete: Med; 1994.
32. Foura T, Roigé M, Serra R y cols. Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermos de hospitalización y de atención primaria. En jornadas de salud laboral en el hospital; 1994; septiembre 73-76; Barcelona.
33. Dale MR. (1979). Preventing worker Burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58; 7, 443-450.
34. Cherniss C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
35. Golembiewski R, Kim B. (1989). Self-esteem and phases of burnout. *Organizational Development Journal*, 7 (1), 51-58.
36. Edelwich J, Brodsky A. (1980): "Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions", en *Human Science Press*, New York.
37. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the Burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping* 1996; 9: 229-243.
38. Caton DJ. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. *American Journal of mental retardation*, 93,3,300-304.
39. Schaufeli WB, Buunk BP. (1996) Professional Burnout. En M.J. Schabrack, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (eds), *handbook of work and health psychology*. New York: Wiley.
40. Fifth HW, McKeown P, McIntee J y Britton P. 1986: "Burnout and professional depression: related concepts?" en *Journal of advanced nursyng*, N° 11 pp 633-641.
41. Bronfenbrenner W. 1979. *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press. En versión castellana (1986). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Paidós.

42. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R y cols. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública* 2009; 83: 215-230
43. Ospina D. *Introducción al muestreo*. Bogotá, Colombia. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos, 2001.
44. González M, Lacasta M, Ordoñez A. *Síndrome de agotamiento profesional en oncología*. Madrid, España. Editorial médica panamericana. S.A. 2008.
45. Milanes Z, Batista E, Cantillo C y cols. *Desgaste profesional en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena*. ISSN 2009; 10:41-51.
46. Contreras T, Françoise, Juárez A, Fernando y cols. *Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería*. *Pensamiento psicológico* 2008; 4,11:29-44.
47. Corredor M, Monroy J. *Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. Hacia la promoción de la salud*. 2009. 14,1:109-123.
48. Paredes O, Sanabria P. *Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales*. *Revista facultad de medicina* 2008; 16,1: 25-32
49. Pérez Mariela, Navarro E, Aun B y cols. *Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. *Salud Uninorte Barranquilla Colombia* 2007; 23,1: 43-51
50. Tuesca R, Iguarán M, Suarez M y cols. *Síndrome de desgaste profesional en enfermeras del área metropolitana de Barranquilla*. *Salud Uninorte Barranquilla Colombia* 2006; 22,2: 84-91
51. Campus L. *Prevalencia del síndrome de burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán*. Universidad del Cauca 2007.
52. Carrilo L. *Síndrome de burnout en médicos generales de consulta externa de una IPS en Bogotá*. Universidad del Rosario 2009.
53. Vinaccia S, Alvaran L. *Síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio*. *Univ Psychol*. Bogotá Colombia 2004; 3,1: 35-45.

54. Ferrel R, Sierra E, Rodríguez M. Síndrome de burnout en médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la facultad de ciencias de la salud* 2010; 7,10.
55. Sierra C, Abello R. Burnout y pensamientos irracionales en deportistas de alto rendimiento. *Psychologia: avances en la disciplina* 2008; 2,1: 49-78
56. Rozo M. Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. *Psychologia: avances en la disciplina* 2007; 1,1: 185-214.
57. Tejada P, Gómez V. Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de siquiатras en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría* 2009; 38,3
58. Corredor M, Monroy J. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la promoción de la salud* 2009; 14,1: 109-123.
59. Peña J, Montenegro J, Osorio D, Caicedo C y cols. Prevalencia y factores asociados a burnout en médicos especialistas docentes de la universidad tecnológica de Pereira. *Revista médica de Risaralda* 2008; 14,1.

10. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO

DD	MM	AAAA	
Fecha			Consecutivo

Por favor conteste cada uno de los ítems de este cuestionario. Marque con una X sobre la línea continua a la respuesta que corresponda.

1. Edad _____ años (cumplidos) 2. Género: F ___ M ___
3. Lugar de origen: _____
4. Estado civil: soltero ___ casado ___ divorciado ___ separado ___ unión libre ___
viudo ___ otros ___ Cual _____
5. Número de hijos: 0 hijos ___ 1 a 3 hijos ___ >3 hijos ___
6. Personas con las que convive: 0 ___ 1 a 3 personas ___ >3 personas ___
7. Tiempo dedicado al ocio en la semana: ___ <12 horas. ___ 12-24 horas. ___ >24 horas
8. Profesión: _____ si se desempeña en alguna especialidad:
Especifique: _____
9. Tipo de contratación: prestación de servicios ___ termino fijo ___ término indefinido ___
10. actividad docente: Si ___ No ___ 11. Área de trabajo: _____
12. Número de empleos: 1 empleo ___ 2 empleos ___ >2 empleos ___
13. Tiempo del desplazamiento al sitio de trabajo(s) al día: ___ <30 minutos. ___ 30 a 60 minutos
___ 1-2 horas. ___ >2 horas
14. Tiempo de ejercicio profesional: ___ <5 años ___ 5-10 ___ 10-20 ___ >20 años
15. Jornada de trabajo: mañana ___ Tarde ___ Noche ___
16. Número pacientes atendidos: ___ <10 ___ 10-20 ___ >20
17. Tiempo dedicado a cada paciente: ___ < 20 minutos ___ 20 – 40 minutos ___ >40 minutos
18. Siente que sus relaciones interpersonales en el trabajo son:
Malas ___ Regulares ___ Buenas ___ Muy buenas ___
19. Satisfacción según remuneración salarial:
Mala ___ Regular ___ Buena ___ Muy buena ___
20. Siente que el reconocimiento por su trabajo es:
Malo ___ Regular ___ Bueno ___ Muy bueno ___

ANEXO 2. INSTRUMENTO MBI

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado. La escala de valoración es la siguiente:

		Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Un vez a la semana	Varia veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS A PERSONAL DE LA SALUD EN TRES INSTITUCIONES DE BOGOTÁ EN DICIEMBRE DE 2010.

INVESTIGADORES:

Magda Ginnette Rodríguez. Nutricionista-Dietista, Javier Pinzón Salamanca. Pediatra, María Lucía Rodríguez D'luyz. Médico General, Rodolfo Rodríguez Gómez. Médico General, Arnold Eduardo Riveros. Médico General.

LUGAR: Bogotá – Colombia

I- INTRODUCCION

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

II- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Teniendo en cuenta la relevancia del síndrome de burnout ó síndrome de desgaste profesional en personal de la salud, el cual altera la calidad de vida de los empleados y por ende la atención de los pacientes, se desea profundizar en el conocimiento de dicha entidad en la ciudad de Bogotá.

III- PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

¿Quién puede formar parte de este estudio?

Cualquier persona del área de salud. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

IV- PROCEDIMIENTOS:

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá diligenciar dos cuestionarios; uno de ellos de aspectos socio demográficos, y el otro, un cuestionario para evaluar síndrome de burnout (MBI). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

V- RIESGOS O INCOMODIDADES:

Según la normatividad actual Colombiana teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, se considera el estudio a realizar como de riesgo mínimo.

VI- BENEFICIOS:

Este estudio pretende obtener información relevante sobre el síndrome de burnout y factores asociados en los profesionales de la salud con el fin de profundizar en su conocimiento y las variables que influyen en su comportamiento. No habrá ningún beneficio económico para los participantes.

VII- PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

En los cuestionarios no se diligenciarán datos por lo tanto se garantiza la confidencialidad de la participación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

VIII- INFORMACION ADICIONAL:

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas de los cuestionarios le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios, lo cual me tomará aproximadamente minutos. _____

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera del objeto de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono: _____

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

En vista que usted ha entendido el objetivo de este estudio, ¿desea anotar sus datos personales, para ser informado sobre los resultados de su cuestionario? Si ___ No ___

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Testigo 1:

Nombre _____ cc: _____ tel: _____

Testigo 2:

Nombre _____ cc: _____ tel: _____

Contacto de los investigadores:

Magda Ginnette Rodríguez Paipilla. Nutricionista-Dietista. Dirección: Calle 121 # 6 - 24 Cel: 3108126021.

Javier Pinzón Salamanca. Pediatra Dirección: Cra 4ª este No. 17-50 Cel: 3118537984.

María Lucía Rodríguez D'luyz. Médico General Dirección: Cra 13 # 38-76. Cel: 3114624291.

Rodolfo Rodríguez Gómez. Médico General Dirección: Kra 100 3 24d-68 Tel: 4133417 Cel: 3124288819.

Arnold Eduardo Riveros Gutiérrez. Médico General Dirección: Cra 2 A # 8-29, Sogamoso. Cel: 3112394111.

Presidente del Comité de Ética en Investigación. U Rosario:

Alberto Vélez Van Meerbeke. Dirección: Cra 24 # 63 c - 69 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad del Rosario. Tel: 3474570 ext. 249.

ANEXO 4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTINOMIAL

Tabla 8. Estimaciones de los parámetros

sx burnout ^a		B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
si	Intersección	-16.33	48093.51	.00	1	1.00	
	[EE=alto_EE]	7.41	9493.01	.00	1	1.00	1646.325
	[EE=bajo_EE]	6.11	6616.78	.00	1	1.00	451.916
	[D=alto_D]	6.23	7916.39	.00	1	1.00	506.819
	[D=bajo_D]	-.42	7145.15	.00	1	1.00	.657
	[PA=bajo_PA]	18.10	7139.12	.00	1	1.00	7.224E+07
	[PA=logro_PA]	.27	7374.09	.00	1	1.00	1.314
	[genero=Femenino]	4.48	7410.19	.00	1	1.00	88.034
	[Estado_civil=Casado]	-6.02	18116.98	.00	1	1.00	.002
	[Estado_civil=Divorciado]	-4.97	20174.88	.00	1	1.00	.007
	[Estado_civil=Separado]	-13.48	29140.67	.00	1	1.00	.000
	[Estado_civil=Soltero]	-3.06	19328.98	.00	1	1.00	.047
	[Estado_civil=Unión libre]	-10.43	17051.97	.00	1	1.00	.000
	[Nhijos=0_hijos]	-20.40	35444.22	.00	1	1.00	1.381E-09
	[Nhijos=1_hijo]	-19.59	35725.64	.00	1	1.00	3.109E-09
	[Nhijos=2_hijos]	-20.24	35158.27	.00	1	1.00	1.619E-09
	[Nhijos=3_hijos]	-6.07	33166.22	.00	1	1.00	.002
	[N_Personas_convive=convive_0]	6.68	9260.16	.00	1	1.00	798.725
	[N_Personas_convive=convive_1]	3.82	14977.51	.00	1	1.00	45.764
	[N_Personas_convive=convive_2]	4.87	8542.28	.00	1	1.00	130.816
	[N_Personas_convive=convive_3]	7.20	7337.62	.00	1	1.00	1337.666
	[Tipo_contratación=contrato_fijo]	-2.32	9189.14	.00	1	1.00	.098
	[Tipo_contratación=contrato_indefinido]	-4.43	4583.87	.00	1	1.00	.012
	[Ejercicio_docente=docente_no]	.32	8491.31	.00	1	1.00	1.374
	[N_empleos=empleo_1]	5.72	9964.21	.00	1	1.00	306.351
	[N_empleos=empleo_2]	-1.08	8528.43	.00	1	1.00	.338
	[T_sitio_trabajo=Al_trab_+2h]	-2.35	11376.31	.00	1	1.00	.095
	[T_sitio_trabajo=Al_trab_1a2h]	-3.42	10517.89	.00	1	1.00	.033
	[T_sitio_trabajo=Al_trab_30a60m]	-5.18	9225.28	.00	1	1.00	.006
	[T_ejercicio_profesional=t_profesion_-5a]	7.81	8133.48	.00	1	1.00	2453.132
	[T_ejercicio_profesional=t_profesion_+20]	3.07	11510.23	.00	1	1.00	21.515
	[T_ejercicio_profesional=t_profesion_10a20]	8.91	.00	.	1	.	7418.627
	[T_ejercicio_profesional=t_profesion_10at_profesion_10a200]	3.00	6069.77	.00	1	1.00	19.990
	[Jornada_trabajo=1_jornada]	-13.74	11978.08	.00	1	1.00	.000
	[Jornada_trabajo=2_jornadas]	-1.86	10751.12	.00	1	1.00	.155
	[N_pacientes_atendidos=+20_pacientes]	-2.15	11068.86	.00	1	1.00	.117
	[N_pacientes_atendidos=10a20_pacientes]	.82	10065.67	.00	1	1.00	2.263
	[T_paciente=-20min_paciente]	-1.04	5271.63	.00	1	1.00	.353

[T_paciente=+40min_paciente]	-6.28	13780.10	.00	1	1.00	.002
[Relacion_trabajo=buena_relación]	8.43	12654.76	.00	1	1.00	4589.435
[Relacion_trabajo=muy_buena_relación]	2.83	15413.16	.00	1	1.00	17.009
[Satisfacción_salarial=buena_salario]	-1.76	10568.41	.00	1	1.00	.173
[Satisfacción_salarial=mala_salario]	-4.73	12326.80	.00	1	1.00	.009
[Satisfacción_salarial=muy_buena_salario]	6.04	14974.66	.00	1	1.00	421.212
[Reconocimiento_trabajo=buena_reconoci]	-1.99	8456.27	.00	1	1.00	.137
[Reconocimiento_trabajo=mala_reconoci]	7.27	11887.48	.00	1	1.00	1436.845
[Reconocimiento_trabajo=muy_buena_reconoci]	-4.00	23362.08	.00	1	1.00	.018
[grupo_etareo=18a25años]	.06	17424.21	.00	1	1.00	1.060
[grupo_etareo=26a35años]	7.08	16628.00	.00	1	1.00	1192.150
[grupo_etareo=36a45años]	7.31	12872.45	.00	1	1.00	1488.260

ANEXO 5. CARTA COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS)
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO


UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Acreditación institucional de alta calidad
Ministerio de Educación Nacional
Evaluación internacional
Asociación Europea de Universidades

MEMBROS

ALBERTO VÉLEZ VAN MEERBEKE
NEUROPEDIATRA, PRESIDENTE

OSWALDO OSORIO BERNARD
ABOGADO, MIEMBRO DE LA COMUNIDAD

ÁNGELA MARÍA REUZ STERNBERG
GINECO-GINECÓLOGA, EPIDEMIOLOGA

CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
EPIDEMIOLOGO

ISABEL PÉREZ OLAMOS
PEDIATRA, EPIDEMIOLOGA

RICARDO ALVARADO SÁNCHEZ
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA, SECRETARIO

MARTHA ROCÍO TORRES NARVAEZ
FISIOTERAPEUTA

PATRICIA GRANADA ACOSTA
PEDIATRA

BELEN SAMPER KUTSCHBRACH
NUTRICIONISTA EPIDEMIOLOGA Y BIOTECNISTA

XIMENA PALACIOS ESPINOSA
PSICÓLOGA

PABLO EMILIO MORENO MARTÍN
TRABAJADOR SOCIAL Y MAGISTER EN ESTUDIOS DE LA FAMILIA

GENA MELISSA GUZMAN RAMÍREZ
MEDICO/SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

CARLOS ALBERTO CALDERÓN OSPINA
MEDICO/FARMACÓLOGO

CLAUDIA MARCELA ROZO REYES
PSICÓLOGA OCUPACIONAL

CEI-AMH002- 0000343

Bogotá, Diciembre 13 de 2010

Doctores
ARNOLDO EDUARDO RIVEROS
JAVIER YESID PINZÓN
MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ
RODOLFO RODRÍGUEZ
MAGDA GINETTE RODRÍGUEZ
Investigadores Principales
Protocolo: "SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE BOGOTÁ EN OCTUBRE DE 2010"
Ciudad

Respetados Doctores:

Acuso recibo de la carta emitida por usted el día 09 de diciembre de 2010 en donde adjuntas las correcciones sugeridas por el Comité de Ética en Investigación el día jueves 14 de octubre de 2010 mediante Acta No.174. luego de su revisión se aprueba el protocolo en referencia y los documentos que relaciono a continuación:

- Consentimiento Informado.
- Resumen del protocolo.
- Hojas de vida de los integrantes del estudio
- Cuestionario

Queremos recordarle que debe entregar a este Comité los reportes de avance cada seis meses y de finalización.

Este Comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Igualmente, se siguen las normas contempladas en la declaración de Helsinki (Seül, Corea 2008) y de la Conferencia Mundial de armonización para las Buenas Prácticas Clínicas.

Cordialmente,


ALBERTO VÉLEZ VAN MEERBEKE
Presidente CEI
c.c. Archivo

Carrera 24 No. 63C-69 Quinta Mutis -
Teléfono: 3474570 Ext. 395-249
fax: 3474570 Ext. 210