

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
INVESTIGACION SOCIAL**



Institución Universitaria Pública de Educación Superior

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
MÉDICO DE DOS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD NIVEL I Y II DE LA
CIUDAD DE TULUÁ VALLE DEL CAUCA 2013**

LINA MARIA TAPIAS GUTIERREZ

CRISTIAN ALEJANDRO GUTIERREZ

OSCAR JULIAN MORENO

EXPLORA 2013

Proyecto De Investigación



LINA MARIA TAPIAS GUTIERREZ
CRISTIAN ALEJANDRO GUTIERREZ
OSCAR JULIAN MORENO

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
INVESTIGACION SOCIAL**

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
MÉDICO DE DOS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD NIVEL I Y II DE LA
CIUDAD DE TULUÁ VALLE DEL CAUCA 2013**

**TUTOR: Dra. ANA CONSUELO TASCÓN DE
PEÑARANDA**

**LINA MARIA TAPIAS GUTIERREZ
CRISTIAN ALEJANDRO GUTIERREZ
OSCAR JULIAN MORENO
EXPLORA 2013**



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DE DOS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD NIVEL I Y II DE LA CIUDAD DE TULUÁ VALLE DEL CAUCA 2013

Trabajo de grado presentado por:

LINA MARIA TAPIAS GUTIERREZ

CRISTIAN ALEJANDRO GUTIERREZ

OSCAR JULIAN MORENO

EXPLORA 2013

TITULO

Síndrome de burnout en el personal médico de dos instituciones prestadoras de salud de nivel I y II de la ciudad de Tuluá Valle del Cauca 2013

TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. PREGUNTA	8
3. INTRODUCCIÓN	9
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVOS	12
5.1. GENERAL	12
5.2 ESPECIFICOS	12
6. MARCO TEORICO	13
7. MARCO CONCEPTUAL	28
8. MARCO GEOGRAFICO	33
9. DISEÑO METODOLÓGICO	35
9. 1 TAMAÑO DE LA MUESTRA	37
9.2 METODO	38
9.3 TECNICA	38
9.4 INSTRUMENTOS	39
9.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	39
9.6 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	40
9.7 MANUAL OPERACIONAL	41
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	46
12. RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS	47
13. ANEXOS	51

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al encontrar que el síndrome de burnout a pesar de que se trata de una patología relativamente nueva, cada año se realizan mas investigaciones en diferentes países y sobre varios tipos de profesiones, en donde múltiples de los estudios realizados se han enfocado principalmente sobre el personal de salud y docente, de los cuales un gran porcentaje han cumplido con los criterios diagnósticos para dicha enfermedad, pero que pocas veces han recibido un manejo oportuno y una información adecuada. En Colombia aunque la investigación sobre el síndrome ha sido poca, se ha incrementado el interés y los estudios enfocados principalmente hacia el sector de la salud por ser una de las aéreas en donde se cumple un perfil de vulnerabilidad de ser víctimas del desgaste laboral, lo que ha generado un creciente interés por ahondar en el estudio de dicho fenómeno sobre todo en las principales ciudades del país. Por tal motivo exploraremos la población medica de Tuluá para saber si se cumplen los criterios diagnostico para el síndrome de burnout, ya que contamos con gran personal médico al poseer varias instituciones prestadoras de salud que proporcionan servicio a todo el centro y norte del valle del cauca .

2. PREGUNTA

¿Se encuentra presente el síndrome de burnout en el personal médico de dos instituciones prestadoras de salud nivel I y II en la ciudad de Tuluá Valle de Cauca?

3. INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Así, son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías), y además está muy extendido dentro de cada uno de ellos. Su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1.974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el **cansancio emocional**, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la **despersonalización**, manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de **realización personal**) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Entre las principales consecuencias que se describen por el síndrome de bornout encontramos alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Esto explicaría algunas conductas y patrones de comportamiento en aquellos profesionales afectados por este fenómeno como lo son alto nivel de absentismo laboral, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

Respecto a las variables epidemiológicas descritas en las diferentes literaturas no parece existir una relación unánime entre los diferentes autores, aunque bien existe un grado de coincidencia frente algunas variables. La edad está presente en todos, pero su influencia en la aparición del fenómeno bornout es discutible y en cuanto a la variable sexo, serían las mujeres las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga familiar y profesional. Otros factores, sobre los

que existe más controversia, serían los cambios de turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial.

Además, siguiendo la bibliografía existente, se detectan una serie de áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como es el caso de los servicios de urgencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales.

Otro grupo de riesgo especial es el de los trabajadores del área de oncología, donde la medicina se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y en muchos casos a los pacientes terminales y a la muerte.

Algunos autores consideran el soporte social como una de las principales herramientas para contrarrestar los efectos del burnout ya que se han destacado factores institucionales importantes en la aparición de este síndrome. También se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción, como los pacientes difíciles, bien por padecer patologías graves, bien por su propio inconformismo; el poco tiempo por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo.

Dado que no se dispone de suficientes estudios que aporten datos de la prevalencia de Burnout en el municipio de Tuluá y que el personal que trabaja en los hospitales está, según los estudios realizados en diferentes países y ciudades del mundo previamente, más expuesto a padecer este proceso, el objetivo de este trabajo ha sido determinar la presencia del síndrome de Burnout en los profesionales adscritos al área médica de los diferentes establecimientos de salud. Asimismo, nos hemos propuesto conocer la distribución de este síndrome en función de la categoría profesional y de las áreas de trabajo a las que pertenecen.

4. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout es un problema de salud pública que va creciendo en nuestra población y que no sólo repercute en el bienestar de los profesionales de la salud sino también en la calidad asistencial, perjudicando la relación médico-paciente y suponiendo un alto costo, tanto social como económico.

Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en personal de la salud, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que éste trabaja. En nuestra ciudad no existen trabajos que hayan estudiado este síndrome en personal médico, a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace más vulnerables.

Además, estos profesionales han estado sometidos en los últimos años a una serie de cambios gubernamentales importantes para la prestación del servicio de salud, lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en los profesionales médicos para poder elaborar planes de prevención.

Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por la importante labor que desempeñan, en la prestación de servicios de salud a la que intenta mantener y recuperar la salud humana de la comunidad.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar si en el personal médico de los hospitales Tomas Uribe Uribe y Rubén Cruz Vélez nivel I y II de la ciudad de Tuluá se encuentra presente el síndrome de burnout.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores sociodemográficos que pueden desencadenar el síndrome de burnout.
2. Establecer los componentes principales del síndrome de burnout que se presentan con más frecuencia en el personal médico de la ciudad de Tuluá.

6. MARCO TEORICO

HISTORIA Y CONCEPTOS DE BURNOUT

El burnout o “síndrome de burnout” es un síndrome clínico que fue descrito inicialmente por Herbert Freudenberger en 1974, era un psiquiatra de norte América que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”¹. Según el autor, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer de burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas, como el personal médico, comunidades terapéuticas, voluntariado, de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”¹. Otra circunstancia para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

El síndrome de burnout esta descrito por presentar clínicamente signos físicos y conductuales. Resaltando el agotamiento, la fatiga, episodios de cefalea, así como trastornos gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, frecuentemente hay sentimientos de frustración, signos de irritación ante la presión más mínima en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede llevar a la administración de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”¹.

Christina Maslach y colaboradores en 1976, realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes. Ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el ausentismo laboral.

¹. Freudenberger H. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues 1974; 30(1): 159-166.

Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Maslach afirmó que el burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.²

El concepto del síndrome de burnout fue descrito por Maslach, como un síndrome de cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Se considera que es el producto de estrés personal relacionado con una determinada condición laboral y característica de los profesionales de ayuda (médicos, enfermeras, educadores, etc.).

Edelwich (1980) definió el burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”², y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo.³

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.⁴

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”⁴. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o

² Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.

³ Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press; 1980.

⁴ Pines A, Aronson E, Kafry D. *P Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press; 1981.

Deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los médicos y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), (basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de burnout) Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.^{5,6}

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el burnout “como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos”⁷. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial. Estos autores realizaron un análisis de todo lo estudiado hasta el momento sobre este síndrome y afirmaron que se existían varias fases a lo largo de su historia. En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de la gente que trabajaba en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores.

⁵. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.

⁶. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1986.

⁷. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52 (1): 397-422.

Más tarde, el estudio del burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea. Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el burnout.

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás⁸ y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país. En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento”⁹. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés¹⁰.

Pedro Gil-Monte y Jose María Peiró proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como “una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales”¹¹.

⁸. Gervás JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. Med Clin, 1989; 93: 572-575.

⁹. Vega ED, Pérez Urdaniz A. El síndrome de burnout en el médico. Madrid : Smith Kline Beecham ; 1998.

¹⁰. Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del “burnout” o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 999. p. 43.

¹¹. Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999; 15(2): 261-268.

Otro autor español, Ramón Ferrer, define el síndrome de burnout como “una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de control y afrontamiento sobre la propia actividad, generando actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja (pacientes y compañeros) y hacia el propio rol profesional, con sensación de agotamiento desproporcionado”¹². Para este autor el síndrome suele aparecer en organizaciones de servicio, y se caracteriza por estrés crónico progresivo que aparece a lo largo de uno a tres años. Afirma también que suele generarse por elementos de carácter cualitativo y menos por la sobrecarga cuantitativa de trabajo, y que existe una alta motivación por su tarea entre las personas afectadas. Además Ferrer expone que el síndrome de burnout suele desarrollarse en tres fases: una fase inicial en la que aparece un agotamiento físico y mental injustificado, una segunda fase en la que se observan sentimientos de aislamiento o falta de implicación en el trabajo y su entorno, y una tercera fase en la que se desarrollan cuadros de ansiedad o depresión, disminuyendo la propia estima personal y profesional.¹²

Otros autores también han estudiado el síndrome de desgaste profesional, uno de ellos es González Corrales que define el burnout como un trastorno adaptativo producido por estrés laboral crónico que “inmoviliza e impide la reflexión serena y la capacidad de organización”¹³. Robles Sánchez habla de “estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia”¹⁴. Para otros autores, el síndrome de burnout es más un fenómeno sociológico que una entidad clínico-patológica con base biológica o psicológica y proponen abandonar el término “síndrome” por el de “fenómeno de burnout”, y propugnan la incorporación de los profesionales de la sociología a los equipos que investigan este problema¹⁵.

Otros profesionales hablan de “síndrome del desengaño” cuando se refieren al burnout, ya que es un término más descriptivo y específico y hace referencia a un momento anterior en el que los profesionales han estado engañados. Tizón se cuestiona el término burnout y afirma: “¿porqué hablamos de burnout o de profesionales quemados, y no de trastornos psicopatológicos de los profesionales?”, afirma que los síntomas que componen el síndrome de burnout pertenecen a categorías psicopatológicas; sobre todo trastornos depresivos,

¹² Ferrer R. Burn out o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc) 2002; 119(13):495-496.

¹³ González R. Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. Semergen 2003; 29(1):2-3.

¹⁴ Robles JI. El síndrome de burnout. Med Mil (Esp) 2004; 60 (1): 13-21.

¹⁵ Ramos F, Castro R, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. Mapfre Medicina 1999; 10(2): 134-144

trastornos por “ansiedad excesiva”, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad. Este autor se hace una serie de preguntas y reflexiones al respecto: “¿no será que nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos, con problemas relacionales o de relación en el trabajo irresolubles? ¿O es que el trabajador manual o el ejecutivo de altos vuelos, pueden estar deprimidos, ansiosos o, en general, padecer trastornos psicopatológicos y nosotros, los miembros de las profesiones asistenciales, necesitamos una terminología especial?”¹⁵.

Cebriá Andreu afirma que el burnout “es producto del “distrés” crónico producido básicamente en el trabajo”, afirma también que es “multidimensional y en él se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo, así como actitudes de cinismo, despersonalización y claudicación personal”.¹⁵

En este recuento de la historia de los autores más relevantes en el síndrome de burnout, postulamos las distintas definiciones de burnout y llegamos a ultimar que se acepta como una respuesta al estrés laboral crónico con consecuencias negativas perjudiciales para el individuo y la institución a la cual desempeña su profesión.

MODELOS TEORICOS INTERPRETATIVOS DE BURNOUT

No existe un modelo único que pueda explicar el síndrome de burnout, sino que se han centrado y analizado algunas variables para que permitiesen explicar su etiología de manera satisfactoria, dando lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. La característica fundamental de estos modelos es que han sido elaborados para explicar la etiología del síndrome de burnout desde conceptos más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome. Existen tres grupos que abarcan los principales modelos:

TEORIAS SOCIOCOGNITIVA DEL YO:

Se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome. Básicamente consideran que: las cogniciones de las personas influyen en lo que 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 el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que 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.

¹⁵ Ramos F, Castro R, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *Mapfre Medicina* 1999; 10(2): 134-144

Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) quienes toman que la auto eficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome y el modelo de autocontrol de Thompson que considera que es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.¹⁶

TEORÍAS DEL INTERCAMBIO SOCIAL:

Se consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredy, 1993). Proponen que el síndrome de burnout 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.

TEORÍA ORGANIZACIONAL

Estos modelos incluyen 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 quemarse como una respuesta ante el estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al (1983) que destaca las disfunciones de los procesos del rol y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome, el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) que destaca la importancia de la salud de la organización, y el modelo de Winnubst (1993) que enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.¹⁶

Existen además un grupo de modelos que vale la pena nombrar ya que están basados en enfoques salutogenicos de salud, lo cuales proponen considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester, 1998)¹⁶, estos modelos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés. Siendo lo dos modelos más importantes, el modelo de personalidad resistente de Kobasa

¹⁶Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo
Pedro R. Gil-Monte* y José M^a Peiró - *Universidad de Valencia*

(1979,1982) denominado “Hardy personality”¹⁷, definido por: a) compromiso, que se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos, b) reto o desafío, cualidad que permite a los individuos percibir el cambio como una oportunidad para aumentar sus propias competencias y no como una situación de amenaza y c) control, que es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. El modelo de sentido de la coherencia propuesto por Antonovsky (1979)¹⁸ siendo este el otro modelo más importante en este grupo, se basa en el mismo concepto de salud y la enfermedad, en el énfasis en los aspectos activos de la conducta y en general de la persona, que conducen al desarrollo de la salud. Lo importante no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad sino lo que le conduce a la salud.

VARIABLE PERSONAL, AMBIENTAL Y ORGANIZACIONAL.

Estas variables 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.

PERSONALES:

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

De control: es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones o conductas de la persona (locus interno) o no dependen de la conducta, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás (locus externo). Las personas con locus de control interno, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas, las personas con locus de control externo son más propensas al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral. 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.

¹⁷Garcés de los Fayos EJ. Variables predictoras, consecuencias y modelos explicativos del Burnout. Disponible en: (<http://www.Abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout3.pdf>)

¹⁸ EL FENÓMENO DE *BURNOUT* EN MÉDICOS DE DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LIMA-PERÚ
The *burnout* in physicians of two hospitals at Lima – Perú
ANA AGUILAR ANGELETTI - RAMIRO GUTIÉRREZ VÁSQUEZ

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 burnout.

Neuroticismo/ansiedad – rasgo: personas que tiene una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes, con clara tendencia a percibir las del modo más amenazante posible y a infravalorar sus recursos de afrontamiento, estas personas serán más vulneradas ante el estrés.

Dentro de este grupo se incluye además las variables personales biológico - demográficas:

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.

AMBIENTALES:

Son variables no relacionadas con el contexto laboral pero 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. Un numeroso grupo de estudios han mostrado que un gran apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición de burnout. Se señala que a menor apoyo social existen más posibilidades de padecer burnout. 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 recibir.¹⁹

ORGANIZACIONALES:

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

¹⁹Grau A, Suñer R, Garcia MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19: 463-470

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 compañeros.¹⁹

SINDROME DE BURNOUT Y DISFUNCIONES EMOCIONALES ASOCIADAS

Burnout surge en un desarrollo continuo y constante en el que las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral. El término disfunciones emocionales hace referencia a las “emociones negativas”¹⁹ que ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere a las reacciones que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable y alta activación fisiológica. Según Cherniss (1980), se describen tres fases evolutivas. En la primera se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos: situación de estrés psicosocial. En el segundo se produce un estado de tensión psicofisiológica. En la tercera, de agotamiento, se producen una serie de cambios conductuales, como la tendencia a los clientes en forma distante y mecánica y la retirada laboral. Este cambio de actitudes y comportamientos de los profesionales pudiera provocar una serie de trastornos emocionales, como ansiedad y/o depresión, así como también una alteración en las cogniciones que conlleva a una disfunción negativa en la forma de pensar e incluso de sentir.

El estrés en el trabajo y disfunciones emocionales:

El estrés laboral conforma un conjunto de mecanismos potencialmente patógenos, en los que pueden figurar la enfermedad somática, mental e incluso la muerte, además pueden ser concomitantes y estar íntimamente interrelacionados con niveles emocionales y cognitivos.

¹⁹Grau A, Suñer R, Garcia MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19: 463-470

Se incluyen reacciones de ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza y desamparo. Si es intensa la exposición a un estresor, se repite con frecuencia o gran duración y el trabajador es vulnerable a tal exposición, sus reacciones emocionales serán incluidas.

El síndrome de burnout es un constructo psicosocial asociado al estrés crónico originado en el ámbito laboral y que puede incluir síntomas depresivos y de ansiedad, sin embargo no se puede caer en el error de no diferenciarlo de un trastorno depresivo o de ansiedad como tal.

POBLACION EN RIESGO Y 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 y entregarse en el trabajo. 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.

PREVALENCIAS DE ALGUNOS ESTUDIOS ANTERIORES EN COLOMBIA

TITULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE MUESTRA/DATOS ESTADÍSTICOS	TIPO DE CUESTIONARIO
Desgaste profesional en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena	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	Contreras T, Françoise, Juárez A,	2008	Muestra no probabilística= Prevalencia 13,5%	Encuesta socio demográfica. Cuestionarios

factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería en instituciones hospitalarias en la ciudad de Bogotá, D. C.	Fernando, Murrain K, Elizabeth.			MBI. CAE, SF 36
Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario de Tunja y de Sogamoso	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 Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C	Paredes G, Olga L. Sanabria Ferrand, Pablo A.	2007	Prevalencia 12,6%	Socio demografías y laboral. Cuestionario MBI de Moreno
Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte.	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
Síndrome de desgaste profesional en enfermeras del área metropolitana de Barranquilla.	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	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.	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.	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.	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.	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.	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 siquiatras en Colombia.	Tejada, Paola Andrea y Gómez, Viviola.	2008	Estudio Cualitativo Muestreo no probabilística- Muestra:6	Encuesta socio demográfica Cuestionario CESQT
HTA en Amas de casa asociada al factor de riesgo estrés no diagnosticado en dos barrios estrato 2 y 3 de la ciudad de tuluá-valle del cauca 2012	Blanca Valencia Miguel Riascos Erika Landinez Isabel Valecia UCEVA	2012	Estudio descriptivo transversal	Encuesta socio demográfica. Cuestionario CUBAC y ESBAC

7. MARCO CONCEPTUAL

SÍNDROME DE BURNOUT

Padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Este síndrome no se encuentra reconocido en el DSM aunque sí es mencionado brevemente en la Clasificación internacional de enfermedades bajo el código Z 73.0, pero dentro del apartado asociado a problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida. Cabe indicar eso sí, que en algunos países europeos a los pacientes con Burnout se les diagnostica con el síndrome de Neurastenia (ICD-10, código F 48.0) siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo, en concordancia con la lógica de planteamientos presentes en algunas investigaciones, quienes la vinculan con el síndrome de burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental.

El síndrome de Burnout también es llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada; en francés conocido como surmenage (estrés), es sin embargo, un constructo del que se pueden desprender un sin número de definiciones por lo que es posible indicar la inexistencia de una única conceptualización y que han incidido también en la aparición de diferentes modelos explicativos¹⁸. Suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos. Se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y cuando la remuneración económica es inadecuada. El desgaste ocupacional también sucede por las inconformidades con los compañeros y superiores cuando lo tratan de manera incorrecta, esto depende de tener un pésimo clima laboral donde se encuentran áreas de trabajo en donde las condiciones de trabajo son inhumanas. Entre sus síntomas lo principal es un fuerte sentimiento de impotencia, ya que desde el momento de levantarse ya se siente cansado. El trabajo no tiene fin y, a pesar de que se hace todo para cumplir con los compromisos, el trabajo nunca se termina. La persona que lo padece se vuelve anhedónica, es decir, que lo que anteriormente era motivo de alegría ahora no lo es, en otras palabras,

¹⁸EL FENÓMENO DE *BURNOUT* EN MÉDICOS DE DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE LIMA-PERÚ
The *burnout* in physicians of two hospitals at Lima - Perú
ANA AGUILAR ANGELETTI - RAMIRO GUTIÉRREZ VÁSQUEZ

Pierde la capacidad de disfrutar. Aún cuando se tiene tiempo, se siente siempre estresado. A diferencia de lo que ocurría al principio, el trabajo ya no produce incentivos para la persona afectada con burnout. Visto por otras personas, aparenta sensibilidad, depresión e insatisfacción. A los propios síntomas del estrés a nivel corporal se suman múltiples molestias: insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, trastornos digestivos, infecciones, manchas o afecciones en la piel, trastornos respiratorios y circulatorios o digestivos (variaciones en el peso).

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Se mide por medio de cuestionario Maslach que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90% está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes de profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

- 4 = Una vez a la semana
 5 = Pocas veces a la semana
 6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

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

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

TRABAJADOR DE LA SALUD

Funcionario que desempeña su labor en el cuidado de la salud de pacientes, ya sea en forma directa o indirecta, laborando en un hospital, clínica, centro de atención primaria o realizando la labor domiciliariamente. Involucra personal médico y paramédico, pagado o no pagado.

MÉDICO

Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente. En la lengua española, de manera coloquial, se denomina también doctor a estos profesionales, aunque no hayan obtenido el grado de doctorado. El médico es un profesional altamente cualificado en materia sanitaria, que es capaz de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a problemas de salud, mediante decisiones tomadas habitualmente en condiciones de gran incertidumbre, y que precisa de formación continuada a lo largo de toda su vida laboral.

MÉDICO ESPECIALISTA

Licenciados en Medicina que mediante un programa de formación postgrado conocido como Médico Interno Residente (MIR) con una duración de 2 a 5 años, e impartido en hospitales y centros de salud acreditados; sirve adquirir un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a unas técnicas quirúrgicas o a un método diagnóstico determinado

ESTRÉS

Es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan nuestros niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones.²⁰

Síntomas de estrés. Las señales más frecuentes de estrés son:

- Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.
- Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.
- Conductas: tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a accidentes; aumento o disminución del apetito.
- Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca.

²⁰ <http://www.ugr.es/~ve/pdf/estres.pdf>

8. MARCO GEOGRAFICO

Tuluá se encuentra a 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental. Por su ubicación geográfica juega un papel de centro equidistante entre Cartago, Armenia y Pereira por una parte y Cali la Capital del Departamento, por la otra. Tuluá es así, un epicentro regional, comercial, industrial, agrícola, turístico y prestador de servicios de excelente calidad.²¹

Límites del municipio:

ORIENTE: Municipio de Sevilla y Departamento del Tolima.

OCCIDENTE: Río Cauca y Municipio de Riofrío.

NORTE: Municipios de Andalucía y Bugalagrande.

SUR: Municipios de Buga y San Pedro.

Extensión total: 910.55 Km²

Extensión área urbana: 11.11 Km²

Extensión área rural: 899.44 Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): Área urbana 960 mts. Hasta los 4.400 mts. En los Páramos de Barragán y Santa Lucia

Temperatura media: 24° a 27° C

Distancia de referencia: A 102 Km de Cali, a 172 Km. de Buenaventura y a 24 Km. de Buga

Tuluá ha sido desde siempre un lugar estratégico en el centro del Valle del Cauca, departamento ubicado al occidente de Colombia. En la actualidad, Tuluá constituye la ciudad intermedia más importante de Colombia, ubicándose a pesar de no ser capital, entre sus primeras veinte ciudades.²²

Con una población aproximada de 200.000 habitantes, Tuluá es el corazón palpitante de un área que abarca quince municipios, que suman no menos de 600 mil moradores los cuales le dan el carácter de ciudad región, convirtiéndose en punto de encuentro comercial y de servicios, obligado para esta zona del país.

²¹ www.dane.gov.co

²² <http://www.tulua.gov.co/sitio.shtml?apc=m1T1--&m=f#geografia>.

Cuenta con diversas vías de acceso y contacto con todos los pueblos de la región; está ubicada en la ruta de la vía Panamericana, su ubicación geográfica es estratégica por su equidistancia a ciudades capitales como Cali a 100 km , Armenia a 105 km, Pereira a 125 km y Buenaventura el puerto sobre el océano pacifico más importante de Colombia a 172 km ; contando además con el Aeropuerto de Farfán que sirve de enlace con el sistema aeroportuario del eje Medellín -Bogotá – Cali.²¹

Tuluá posee tanto instituciones de salud privadas como públicas, cuenta con puestos de salud y un amplio personal médico que abarca la mayoría de especialidades medicas. Por su ubicación central recibe la mayoría de pacientes del Norte del Valle y zona rural de sus alrededores. Cuenta con el funcionamiento del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe ubicado en la calle 27 con carrera 39 esquina una de las IPS de mayor cubrimiento de los pacientes del régimen subsidiado, adema en la ciudad se encuentra la Clínica San Francisco ubicada en la Cl. 26 No. 34-60, , Clínica María Ángel sobre la carrera 40 calle 26 variante, Clínica Alvernia ubicado en la Calle 26 No. 35 – 24, Hospital Roben Cruz Vélez sobre Carrera 25 # 25 – 04, siendo las instituciones más destacadas de Tuluá.

PUESTOS DE SALUD DEL MUNICIPIO

URBANO	RURAL
SAN ANTONIO	TRES ESQUINAS
SAN PEDRO CLAVER	PUERTO FRAZADAS
SANTA CRUZ	LA MARINA
VILLACOLOMBIA	BARRAGAN
EL JARDIN	SANTA LUCIA
PORTALES DEL RIO	MONTELORO
LA INDEPENDENCIA	SAN RAFAEL
VICTORIA	

E.P.S y A.R.S

E.P.S	A.R.S
COOMEVA	EMSSANAR ESS
SALUDCOOP	CAFESALUD EPS
S.O.S	CALISALUD
COMFENALCO	CAPRECOM
SEGURO SOCIAL	
COSMITET	

²¹ www.dane.gov.co
http://www.tuluva.gov.co/sitio.shtml?sctrl=247&apc=t1l2--&scr_247_Go=3

9. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de tipo transversal

POBLACION OBJETIVO

La población a estudiar está conformada por médicos generales y especialistas pertenecientes a tres instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Tuluá Valle del Cauca (escogidos ¿aleatoriamente? Y con previa socialización con los gerentes de cada institución con previo consentimiento informado leído y firmado por cada participante).

AREA DE ESTUDIO

Tuluá es considerada un epicentro regional, comercial, industrial y prestador de servicios que le permite influir sobre una amplia zona en su entorno geográfico. Actualmente la población está distribuida en comunas y corregimientos, nueve (9) comunas en la zona urbana y (25) corregimientos en la zona rural.

Se llevara a cabo la realización de la investigación en tres ciudades de la ciudad de Tuluá: Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe y Hospital Rubén Cruz Vélez y puestos de salud pertenecientes a este.

HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE:



Se encuentra ubicado en la calle 27 con carrera 39 esquina, cerca de la carretera Panamericana al Nororiente de Tuluá. Es una empresa social del estado de categoría especial descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Presta servicios de salud de baja, mediana y algunos de alta complejidad a los habitantes de Tuluá y su área de influencia.

HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ:



Se encuentra ubicado en la zona del departamento del Valle del Cauca a 120 Km. de la capital, dentro de la comuna 7 siendo el área de influencia directa de sesenta y siete barrios distribuidos en las comunas 4, 6, 8 y 9; de acuerdo al Plan de Desarrollo es considerada cabecera de la zona por su ubicación geográfica.

El Hospital Rubén Cruz Vélez, se encuentra ubicado De acuerdo a ello las condiciones socioeconómicas de la población atendida y el radio de acción del hospital, esta se clasifica entre los estrato 0, I, II Y III.

En cuanto población se refiere la empresa ha tenido un gran avance no sólo en la ampliación de las coberturas para la atención de la población NO asegurada y/o en situación de Desplazamiento forzoso, sino también en el fortalecimiento del recurso humano calificado en todas las áreas de atención. Actualmente el personal del hospital tanto a nivel central como puestos de salud y personal de A.P.S. asciende a un total de 167 funcionarios, siendo una institución nivel I.

9.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

UNIVERSO:

En el presente estudio acerca del Síndrome de Burnout en el personal médico aplicado en 2 instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Tuluá Valle, las cuales nos proporcionaron el número de médicos adjuntos 138 de los cuales son el universo. Tomamos la muestra de la siguiente manera:

MUESTRA PROVISIONAL

$$N^{\circ} = \frac{Z^2 * (p*q)}{d^2}$$

N: población

p: probabilidad de que presenten síndrome de burnout

q: probabilidad de que el médico entrevistado no presente burnout

d: error de estimación

Z: confiabilidad 95%

Z: 1.96

P: 0.5

q: 0.5

d: 0.05

$$n^{\circ}: \frac{1.96^2 * (0.5 * 0.5)}{0.05^2} = 384.16$$

MUESTRA CORREGIDA

$$n = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ}}{N}}$$

n: muestra corregida

n°: muestra provisional (384,16)

N: Universo (138)

$$n = \frac{384.16}{1 + 384.16} = 73$$

138

$$n_i = \frac{n \cdot N_i}{\sum N_i} =$$

n°: muestra corregida

N: número total de médicos de cada institución

$\sum N_i$: sumatoria del número total de médicos de todas las instituciones

***Muestra corregida hospital tomas Uribe Uribe:**

$$n_i = \frac{73 \cdot 75}{138} = 39,6$$

***Muestra corregida hospital Rubén Cruz Vélez:**

$$n_i = \frac{73 \cdot 63}{138} = 33$$

DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE LA MUESTRA

MEDICOS	Ni	ni	DEFINITIVO
Hospital Tomas Uribe Uribe	39,6	40	40
Hospital Rubén Cruz Vélez	33,3	33	33
TOTAL			73

9.2 METODO

Entrevista estructurada

9.3 TECNICA

Inicialmente se envía carta a cada institución para solicitar la autorización de la elaboración del proyecto y así visitar cada una de ellas, como también el

suministro del número de médicos que trabajan en cada institución para obtener la muestra. Posteriormente se procederá a realizar y aplicar el cuestionario realizado por los participantes del proyecto para la recolección de los datos sociodemográficos y el cuestionario de MBI a los médicos que se encuentran en la muestra seleccionada.

9.4 INSTRUMENTOS

La encuesta se realizara con un cuestionario elaborado por el grupo de investigación EXPLORA que suministra información básica e importante para el desarrollo de la investigación (datos socio demográficos del participante) y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory que evalúa tres aspectos importantes para el diagnostico del síndrome de burnout.

9.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

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

Área de trabajo	Servicio en el cual se desempeña.	cualitativa	_____
Número empleos	Cantidad de instituciones con las cuales tiene un vínculo laboral.	Cuantitativa	Numérica continua 1 empleo: 0 2 empleo:1 >2 empleos:2
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.	Cuantitativa	Numérica discontinua < 30 min: 0. 30-60 min: 1. 1 a 2 horas: 2. > 2 horas: 3.
Tiempo de ejercicio profesional	Cantidad en años del ejercicio de la profesión.	Cuantitativa	Numérica discontinua < 5 años: 0 5 –10 años: 1 11-20años:2 > 20 años:3
Jornada de trabajo	Turno en los cuales desarrolla su actividad laboral.	Cualitativa	categórica Una jornada: 0 Dos jornadas:1 Tres jornadas: 2
Número de pacientes atendidos	Cantidad de usuarios atendidos durante un día.	cuantitativa	Numérica continua <10 pacientes: 0 10-20 pacientes: 1 >20 pacientes: 2
Tiempo dedicado a cada paciente	Minutos u horas de dedicación a cada usuario atendido.	cuantitativa	Numérica discontinua < 20 minutos: 0. 20–40 min: 1. >40 min: 2.

9.6 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

DE INCLUSION:

Participantes a los cuales se les aplicara el cuestionario de MBI.

- Profesionales de la salud del área de medicina, tanto médicos generales o especialistas del área en estudio.
- Estar vinculado laboralmente dentro del área de la unidad de estudio.
- Estar presente el día que se vaya a realizar el cuestionario.
- Llevar laborando ininterrumpidamente por lo menos los últimos 2 años.
- Desear hacer parte del proyecto investigativo.

DE EXCLUSIÓN

Participantes a los cuales no se les aplicara el cuestionario MBI

- Médicos que ya fueron entrevistados en alguna de las otras instituciones en la que se llevo a cabo la investigación.
- No voluntariedad a responder el Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Residentes o estudiantes de medicina.
- No estar vinculado laboralmente dentro del área de la unidad de estudio.

9.7 MANUAL OPERACIONAL

Teniendo en cuenta el tamaño de población en ambos hospitales para lograr un nivel de confianza de 95% y un error máximo de 5%, asumiendo que 50% de los encuestados son burnout + y 50% son burnout - en base a la fórmula que incluye el cálculo de proporciones se obtuvo un tamaño de muestra de 73 integrantes en las dos instituciones 40 en el Hospital Tomás Uribe y 33 en el Rubén Cruz.

Muestreo

Asumiendo que todos los médicos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la investigación, se eligen los que estén vinculados a la institución correspondiente y voluntariamente deseen participar y firmen consentimiento informado.

De esta manera, se espera durante este periodo seleccionar de manera aleatoria sistemática los 73 integrantes de la investigación

Recolección de la información:

Los médicos seleccionados para el estudio serán encuestados, en la institución donde trabajen, con el respectivo consentimiento y con la autorización previa del comité de ética de la UCEVA y autorización de la institución de su trabajo.

Cuestionario o instrumento de recolección de información:

Se utilizará un instrumento adaptado del utilizado cuestionario titulado *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI), se agregaran preguntas de acuerdo con los objetivos específicos de la investigación.

Variables:

- Variable dependiente: Burnout positivo
- Variable independiente: Edad, horas laboradas, MD general o especialista, etc,

Procedimientos para recolección y administración de la información:

- Diseño y prueba de instrumentos: A partir de la revisión de cuestionarios utilizados en otras investigaciones y del estado de arte al respecto, en el estudio general se construirá el instrumento para realizar las encuestas a los participantes. Antes de su aplicación, el instrumento será sometido a prueba piloto en Médicos del Hospital San José de Buga. De acuerdo con los resultados de dicha prueba se realizaron ajustes al instrumento.
- Selección, capacitación y supervisión del personal de campo: para la recolección de los datos se entrenara cada uno de los investigadores por la docente tutor del proyecto. La capacitación ofrecida cubrirá aspectos relacionados con la orientación general del estudio, la presentación de la investigación a los participantes, manejo del consentimiento informado, criterios de selección, manejo del cuestionario y normas para la entrega de la información a la supervisión del proyecto.
- Captación, seguimiento y obtención de datos de las participantes: Se realizará visita a las diferentes entidades de salud involucradas en la investigación para recolectar datos en sus instalaciones. Luego, se contactarán los médicos seleccionados de manera aleatoria, en el contacto los participantes del proyecto explicarán los objetivos y procedimientos del estudio, se obtendrá la firma del consentimiento informado de cada participante y se realizará la entrevista.
- Registro de la información: la información se registrará en los cuestionarios por parte de los pertenecientes al grupo de estudiantes para tal fin. La captura de la información contenida en los cuestionarios se realizará en Epi-info 2003 versión 1.01. Durante la captura, se realizará control de calidad a la digitación utilizando entrada doble de los datos por digitadores independientes del grupo Explora, para luego detectar y corregir los datos discordantes entre ellos.

- Control de calidad de los datos: la supervisión del proyecto, realizará control de calidad de la información recolectada en terreno, verificando la veracidad de los datos y el diligenciamiento de los formatos. En caso de existir inconsistencias o datos incompletos, éstos se devolverán para corrección.
- Programas a utilizar para análisis de datos: la información capturada en Epi-info 2003 versión 1.01 será exportada a SPSS para su procesamiento y análisis. Antes del análisis se realizará limpieza y chequeo de la base de datos

Plan de análisis

Se realizará análisis exploratorio para determinar posibles errores en la captación de la información, presencia de valores atípicos y conocer con detalle la población de estudio, la frecuencia de presentación de cada variable y su distribución. Además sirve para describir asociaciones simples que más tarde nos sirven para un análisis más elaborado, esperamos a describir con el menor error posible las tendencias del fenómeno burnout en médicos de Tuluá.

Para estimar las asociaciones entre la variable dependiente (Burnout positivo) y las correspondientes independientes, inicialmente se construirán tablas cruzadas descriptivas de edad, sitio de trabajo, horas laboradas etc. (Las variables de estudio), luego de nuevo se presentarán tabulaciones cruzadas para explorar las relaciones entre la variable dependiente (burnout +) y sus Independientes, tales como edad, sitio de trabajo, horas laboradas etc. con cada una de estas tablas se podrá observar relaciones o asociaciones entre ellas con tablas de contingencia de 2x2, evaluando su significancia mediante la prueba de Chi Cuadrado con aquellas variables que presenten significancia estadística.

Posteriormente se presentará si es posible el modelo logístico cuyo objetivo primordial es explicar en la población de médicos de Tuluá la razón de nuestros objetivos y si el fenómeno burnout está presente o no teniendo en este caso como variable dependiente burnout Positivo = a cero y burnout negativo = a uno y un conjunto de variables independientes en las cuales no hay ninguna restricción en cuanto a la escala de medición utilizada.

10. CONSIDERACIONES ETICAS

El desarrollo de este estudio se realizará teniendo en cuenta los aspectos éticos establecidos en la resolución N° 008430, de 1993 realizada por el ministerio de salud, especialmente lo referente al artículo 5, que dispone que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el principio de respeto a su dignidad, autonomía, la protección de sus derechos y su bienestar, de igual manera a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, privacidad, confidencialidad.

Los médicos seleccionados para participar en la investigación serán informados previamente por los investigadores, sobre los objetivos del estudio y del derecho a retirarse en el momento que ellos lo considerasen necesario.

Se les explica previamente a los participantes que el trabajo a desarrollar no representa ningún riesgo para ellos, pues según la Resolución No 008430, de 1993 en su capítulo IV, el riesgo de esta investigación es mínimo, ya que no se realiza ninguna intervención invasiva o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales a los participantes del estudio. Sin embargo, durante la aplicación de la encuesta se debe tener presente los riesgos mínimos en cuanto a la ansiedad y preocupación que puede desencadenarse con el desarrollo de las preguntas, por tal razón las posibles complicaciones que se pueden obtener como rechazado a participar se obvian con el consentimiento informado y con la socialización previa en cada institución prestadora de salud.

Se respeta por parte de los investigadores en todo momento la integridad y derechos de los participantes haciendo referencia a la privacidad y autonomía, el respeto de sus ideas, creencias, cultos, prácticas religiosas y expresiones.

Se realizó los procesos de la investigación bajo los principios de: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía, veracidad y fidelidad, principios importantes en la práctica e investigación científica medica según la declaración de Helsinki (2008)

El consentimiento informado describe claramente que los resultados son confidenciales ya que no se escriben los nombres de los participantes en las encuestas y que dicha información solo será manejada por el personal investigador del grupo Explora

Los pertenecientes al grupo Explora firmaran un documento de compromiso de acatar los principios éticos que aquí se definen. Los aspectos éticos hicieron parte de la capacitación programada.

Se garantiza la seguridad de los participantes con la identificación de los tres encuestadores pertenecientes al grupo exploración quienes estarán debidamente uniformados y con el carnet que los identifica como estudiantes activos de medicina.

Con el propósito de garantizar la confidencialidad de la información no se guardará información sobre identificación personal en archivos computarizados.

Todo participante firmará el formulario de consentimiento voluntario de ingreso al estudio, del cual se les entregará una copia y el original se archivará por la coordinación del estudio. Este consentimiento será leído a los participantes seleccionados. Solo se procederá a su firma una vez el encuestador se cerciorara de que la persona tenga claros los compromisos que en él se establecían.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Duración - meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diseño de la encuesta				X	X	X						
Recolección de datos								X	X			
Análisis de los resultados									X	X	X	
Elaboración del documento											X	
<p>FINANCIACIÓN DEL PROYECTO No hay financiación, ya que se trata de el trabajo de grado por tanto la financiación es realizada por parte de los estudiantes y no ningún otro ente.</p>												

12. RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS

- **Relacionados con la generación de conocimiento y/o nuevos desarrollos:**

Tecnológico: esta investigación aportará información sobre la situación de salud correspondiente al diagnóstico de una enfermedad prevenible en la comunidad médica como factor desencadenante de otras patologías y el impacto que esta condición tiene sobre diferentes indicadores de salud. . Con esta información la institución Secretaría de Salud Municipal podrá diseñar campañas educativas e identificar necesidades de mejoras y hacer planes de acción para lograr la garantía de un mejor estilo de vida para los trabajadores del área de la Salud.

- **Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica regional o nacional:**

Con esta investigación se generarán bases de datos que podrán servir para investigaciones de trabajo de grado de la facultad de salud. También se podrá organizar seminarios dirigidos a los médicos en general.

- **Dirigidos a la apropiación social del conocimiento:**

Como producto central de esta investigación se escribirán un artículo científico sobre el síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Tuluá Valle del Cauca.

- **Tabla 1. Generación de nuevo conocimiento:**

Resultado/producto esperado	Indicador	Beneficiarios
Conocimientos, sobre una nueva patología que está en aumento.	1 documento	Instituciones de salud, médicos y estudiantes universitarios

Tabla 2. Fortalecimiento de la comunidad científica:

Resultado/producto esperado	Indicador	Beneficiarios
Fortalecimiento del proceso de investigación y la cultura investigativa en la UCEVA y la facultad de ciencias de la salud.	Grupo de investigación reconocido	Comunidad Académica, grupo de investigación, Comunidad médica, estudiantes
Articulación con instituciones interesadas en el tema de estrés laboral en el personal médico	Firma de al menos un convenios con instituciones	Población Médica de Tuluá

Tabla 3. Apropiación social del conocimiento

Resultado/producto esperado	Indicador	Beneficiarios
Participación del grupo Explora en las investigaciones de la UCEVA	Porcentaje de asistencia a reuniones del comité de investigación de la UCEVA No. De propuestas presentadas al comité	Estudiantes Universitarios
Publicación de resultados	Artículos sometidos a evaluación por comités editoriales de revistas científicas	Comunidad Académica interesada en el tema
Presentación de resultados en ponencias	Participación de miembros del grupo como ponentes en al menos un seminario	Comunidad Académica interesada en el tema

	de investigación	
--	------------------	--

- **Impactos esperados a partir del uso de los resultados:**

A mediano y largo plazo se espera que los resultados de la investigación sean utilizados como información técnica para la construcción de políticas públicas de salud en la comunidad médica. A largo plazo se espera aportar a la consolidación de la UCEVA como líder del desarrollo regional, en este caso en el conocimiento y direccionamiento técnico sobre planes y estrategias de salud

- **Tabla 4. Impactos esperados:**

Impacto esperado	Plazo en años (después de finalizado el proyecto: corto 1-4; mediano 5-9; largo más de 10)	Indicador verificable	Supuestos
Mejoras en coberturas de servicios preventivos de salud en población Médica de Tuluá	2 años	Cobertura de prevención en grupo médico	Integración de actores Secretaria de salud, instituciones prestadoras de Salud
Fortalecimiento de la capacidad investigativa en la UCEVA	3 años	No. de semilleros de investigación	Apoyo Institucional UCEVA
	3 años	No. de artículos científicos publicados por	Apoyo institucional

		docentes y estudiantes	UCEVA
--	--	---------------------------	-------

- **Conformación y trayectoria del Grupo de Investigación:**

El grupo de investigación Explora se conformó en el año 2013 por la necesidad del programa de medicina de iniciar investigación formativa en los semestres 9º y 10º para elaborar el trabajo de grado correspondiente. Nació como producto del trabajo académico desarrollado con la docente tutor Ana Consuelo Tascón y los integrantes Lina María Tapias Gutiérrez, Cristian Alejandro Gutiérrez, y Oscar Julián Moreno y las teorías de enfermedad y prevención para profundizar en los diferentes campos del conocimiento, incluyendo epidemiólogos/metodólogos, psicológicos, de comportamiento que garantizaran la rigurosidad técnica científica de las investigaciones.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado doctor _____ por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de un cuestionario titulado **“EL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)”**, que nosotros como Médicos en Formación Lina María Tapias Gutiérrez con C.C. 1094908030 de Armenia, Cristian Alejandro Gutiérrez Mora C.C. 71361710 de Medellín, Oscar Julián Moreno C.C. 1114453256 de Guácari; aplicaremos como parte de un ejercicio académico e investigativo. El objetivo es medir 3 aspectos del síndrome de burnout, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en sujetos pertenecientes a la rama médica de 2 instituciones de la ciudad de Tuluá Valle del Cauca. Este proyecto se considera de bajo riesgo, sus preguntas tratan de no afectar la parte psicoafectiva de las personas y no intervendrán en ningún momento en la parte laboral; la fecha de aplicación del cuestionario será _____ individualmente.

La información obtenida a partir de sus respuestas en el cuestionario tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento global de la interpretación de los resultados obtenidos.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba, que es de su libertad iniciar y dar por finalizada la realización del cuestionario sin perjuicio alguno. ***(Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).***

Yo _____ mayor de edad, identificado con el documento de identidad N° C.C: _____ de _____, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización del cuestionario en la fecha y lugar previsto por los autores de la investigación.

En constancia firma

Testigo

C.C:

C.C: