
Prevalencia del síndrome de Burnout en jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de
Villavicencio

Francisco Antonio Gómez Castellanos

Adriana Del Pilar Serrato Castro

Fernando Joaquín Serrato Castro

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Facultad de ciencias Económicas y Administrativas
Programa de Administración de Empresas
Modalidad a Distancia y Virtualidad
Villavicencio
2017

Prevalencia del síndrome de Burnout en jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de
Villavicencio

Francisco Antonio Gómez Castellano

Adriana Del Pilar Serrato Castro

Fernando Joaquín Serrato Castro

Trabajo de grado como requisito para optar al título de Administrador de Empresas

Director

Alberto Luis Martínez Cárdenas

Administrador de Empresas con énfasis en Marketing

Esp. Gerencia del Talento Humano

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Facultad de ciencias Económicas y Administrativas
Programa de Administración de Empresas
Modalidad a Distancia y Virtualidad
Villavicencio
2017

Tabla de Contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción	11
1. Descripción del problema	12
1.1 Formulación del problema	13
2. Justificación	14
3. Objetivos.....	16
3.1 Objetivo general.....	16
3.2 Objetivos específicos	16
4. Marco de referencia	17
4.1 Antecedentes.....	17
4.2 Marco teórico.....	22
4.2.1 Teorías explicativas.....	31
4.2.2 Características del síndrome del Burnout.....	33
4.3 Marco legal	38
4.4 Marco conceptual.....	42
5. Metodología.....	45
5.1 Naturaleza del trabajo	45
5.2 Tipo de investigación.....	45
5.3 Población.....	46
5.3.1 Población.....	46
5.3.2 Muestra.....	46
5.4 Instrumentos y técnicas de recolección de la información	46
5.4.1 Fuentes primarias.....	46
5.4.2 Fuentes secundarias.....	47
6. Resultados.....	48

6.1 Características sociodemográficas de los trabajadores que contestaron la escala de Maslach Burnout Inventory	48
6.2 Niveles de cansancio emocional, despersonalización y desrealización de los trabajadores de la Clínica Martha de Villavicencio, según la Escala Maslach de Burnout.....	58
Conclusiones.....	60
Recomendaciones pertinentes para minimizar la prevalencia del síndrome de Burnout a nivel de la Clínica Martha de Villavicencio.....	56
Referencias bibliográficas.....	63
Apéndices.....	65

Lista de Tablas

Tabla 1.	Psicología clínica: considera al Burnout como un estado.....	32
Tabla 2.	Psicología social: basada en la teoría sociocognotativa del yo.....	32
Tabla 3.	Psicología de las organizaciones.....	33
Tabla 4.	VARIABLES EN RELACIÓN A LOS ENTORNOS.	34
Tabla 5.	Conceptualización del estrés y síndrome de Burnout.	37
Tabla 6.	Diferencias entre síndrome de Burnout y síndrome de fatiga crónica.	38
Tabla 7.	Estadísticos descriptivos.	48
Tabla 8.	Sexo.....	48
Tabla 9.	Estado civil.....	49
Tabla 10.	Horas por turno.	51
Tabla 11.	Cargo.....	52
Tabla 12.	Tiempo laborado.	53
Tabla 13.	Cansancio emocional.	54
Tabla 14.	Despersonalización.	55
Tabla 15.	Realización personal.	56
Tabla 16.	Síndrome de Burnout.	57

Lista de Figuras

Figura 1. Funciones de los sentimientos de culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias.....	23
Figura 2. Sexo.....	49
Figura 3. Estado civil.....	50
Figura 4. Horas por turno.	51
Figura 5. Cargo.....	52
Figura 6. Tiempo laborado.	53
Figura 7. Cansancio emocional.	54
Figura 8. Despersonalización.	56
Figura 9. Realización personal.	57
Figura 10. Síndrome de Burnout.	58

Lista de Apéndices

Apéndice . Cuestionario del síndrome de Burnout..... 57

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout, en jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de Villavicencio. Los objetivos propuestos conllevaron a: Conocer e identificar las características personales y laborales de los jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de la Ciudad de Villavicencio, utilizando para ello el cuestionario de Maslach Síndrome de Burnout. Identificar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y desrealización de los jefes y auxiliares de enfermería de la clínica Martha de la Ciudad de Villavicencio según la escala Maslach. La metodología aplicada presenta un enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal. Así mismo, la aplicación de la investigación es descriptiva.

Palabras clave: Burnout, desrealización, despersonalización, cansancio emocional, síndrome de quemarse en el trabajo, agotamiento emocional.

Abstract

The present work has as purpose establish the prevalence of the syndrome of Burnout, in heads and auxiliary of nursing of the clinical Martha of Villavicencio. The proposed objectives involve a: know and identify personal and labor bosses and features nurses from the Martha clinic of the city of Villavicencio, using the Maslach syndrome of Burnout questionnaire. Identify levels of emotional exhaustion, depersonalization and derealization of chiefs and Assistant nursing clinic Martha from the city of Villavicencio scale Maslach. The methodology to apply presents an approach quantitative descriptive of cutting cross. Likewise, the implementation of the research is descriptive.

Keywords: Burnout, desrealization, depersonalization, emotional exhaustion, burn in the work, emotional exhaustion syndrome.

Introducción

El estrés laboral, el cual incide notoriamente en jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de Villavicencio, es una condición psicopatológica causante del Síndrome de Burnout, dado que aparece como resultado del fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido. Sin embargo, el concepto del Síndrome de Burnout es el conjunto de síntomas médico – biológicos y psicológicos inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como sentido de una demanda excesiva de energía.

Los problemas que desencadenan el Síndrome de Burnout, conllevan a generar conflictos personales e interpersonales, sobrecarga laboral, ambigüedad en el rol, monotonía de la tarea, falta de cohesión grupal, emergencia de diversos estresores ambientales, turnos extensos, estructura organizacional rígida, deterioro de las relaciones sociales, problemas familiares y diferencia de género, que hacen vulnerable a desarrollar el síndrome.

La presente investigación es cuantitativa – descriptiva y método inductivo, logrando con ello conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Clínica Martha de Villavicencio.

1. Descripción del problema

No sobra indicar que la Clínica Martha, como empresa de carácter privado prestadora de servicios en salud netamente llanera, con alta tecnología y con más de 30 especialidades, presenta situaciones adversas en el área de personal de enfermería en relación a la prevalencia del Síndrome de Burnout, patología que se evidencia en quienes están expuestos al trabajo bajo presión y a las actividades rutinarias las cuales se manifiestan en : el estrés, agotamiento, decepción y pérdida de interés entre otros, esta serie de síntomas y signos se manifiestan con mayor frecuencia en personas que laboran en instituciones prestadoras de salud como clínicas y unidades de urgencias, así mismo estas áreas están supeditadas a la constante presión de situaciones que implican el contacto con la muerte y la interacción con diferentes estados de ánimos de las pacientes o familiares que a cada instante llegan con diferentes patologías y requieren de la seguridad, eficiencia y rapidez en la prestación de los servicios. Todos estos eventos de una forma u otra van permeando poco a poco en la percepción y la estabilidad emocional del personal de salud, que no solo tiene que tratar con esta serie de problemas, sumado a eso están las noches de insomnio, el doblaje de turno, implicando en el personal un desgaste físico y emocional, lo que genera condiciones inadecuadas de trabajo, incremento de carga laboral, largas jornadas de trabajo; afectando la calidad de vida en el personal que labora en dicha área, estas serie de anomalías van generando niveles de insensibilización por parte del personal ante los sucesos de los pacientes.

Por otro lado los colaboradores en su participación individual cumplen con funciones específicas en el servicio de salud sin que existan espacios o pausas de relajación para minimizar los efectos negativos, por ocurrencia del cansancio emocional, despersonalización, horas por turnos establecidos, parámetros de seguimiento; procesos todos estos que deben adaptarse permanentemente para satisfacer a los usuarios y establecer un buen servicio.

De acuerdo a Gill y Moreno (2007), se indica que el área de la salud, es uno de los grupos más afectados por estrés laboral, con tendencia a estrés crónico y dando origen a diferentes

patologías como el síndrome de Burnout. Situación que se debe a las condiciones inadecuadas de trabajo, incremento de la carga laboral, la falta de elementos para la prestación del servicio, remuneración no ajustada a las condiciones laborales, largas jornadas de trabajo, entre otros.

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de prevalencia del síndrome de Burnout en los jefes y auxiliares de enfermería en la Clínica Martha de la ciudad de Villavicencio?

2. Justificación

Esta investigación radica su importancia en describir la prevalencia del Síndrome de Burnout en los enfermeros y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de Villavicencio. Así mismo se busca que a través de los resultados expuestos aquí, se generen mecanismos que permitan mitigar los efectos del Síndrome de Burnout. No obstante pretender generar una solución cortoplacista a tal problema sería un trabajo bastante arduo de lograr, pues existen factores desencadenantes que muchas veces son incontrolables como el insomnio y el cansancio emocional entre otros.

Por otra parte se pretende analizar algunos aspectos comportamentales del equipo de colaboradores que permean en el clima organizacional de la Clínica Marta los cuales servirán, para determinar que otros aspectos como: las relaciones interpersonales, satisfacción laboral inciden también.

Con el análisis de la prevalencia del síndrome burnout, permitirán desarrollar programas de capacitación y sensibilización al personal de enfermería de la clínica Marta; la que sin lugar a dudas, contribuirá de manera significativa a mejorar la calidad de vida laboral del personal y en consecuencia aumentará el compromiso profesional y la calidad de los cuidados prestados a los usuarios de la clínica. De ahí, la relevancia de poder establecer en un futuro planes de prevención y tratamiento eficaces.

De igual forma con las recomendaciones realizadas en el presente trabajo se pretende prevenir el síndrome de Burnout, a través de técnicas, para mejorar las habilidades de afrontamiento de cada persona, lo que implica posibilitarle generación de estrategias útiles entre las que se pueden mencionar distanciamiento del problema, intento de regular y controlar las propias respuestas emocionales, reevaluar positivamente los efectos estresantes que presenta la problemática, confrontar la situación, aceptación de la responsabilidad y planificación de la estrategia.

No sobra indicar que la normatividad legal vigente, mediante la Resolución 2646 de 2008 establece y define responsabilidad en cuanto a la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. De igual manera el Decreto 1477 de 2014, establece lo referente a los trastornos mentales e incluye agentes psicosociales.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de prevalencia del síndrome de Burnout en jefes y auxiliares de enfermería de la Clínica Martha de Villavicencio.

3.2 Objetivos específicos

- a) Conocer las características sociodemográficas de los trabajadores que contestan la escala de Maslach Burnout Inventory.
- b) Identificar los niveles de cansancio emocional, despersonalización y desrealización de los trabajadores de la Clínica Martha de Villavicencio, según la escala Maslach de Burnout.
- c) Ofrecer recomendaciones pertinentes para minimizar la prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel de la Clínica Martha de Villavicencio.

4. Marco de referencia

4.1 Antecedentes

Se tiene como antecedente, la tesis de Leyus Yusceli Castro Rivas de la Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Campus de Quetzaltenango, año 2012, denominado “Influencia del clima laboral en el síndrome de Burnout”, estudio realizado en una empresa de producción. La introducción permite establecer los siguientes aspectos:

Para toda organización lo más importante es alcanzar un margen de utilidades cada día mayor al anterior, esto no sería posible sin el involucramiento total, la colaboración, esfuerzo y trabajo en equipo de todos los que la conforman, y es por ello que se les debe de dar un trato justo que incentive y motive el esfuerzo diario.

Al mencionar motivación no se refiere estrictamente a motivación e incentivos monetarios, sino al tipo de relación jefe-subalterno o el grado de trabajo en equipo que desarrolle con sus compañeros de trabajo. El cumplimiento de estos aspectos no aseguran que los trabajadores no manejen ciertos niveles de estrés, que en el mundo competitivo y globalizado en el que hoy se vive es tan común y forma parte del diario vivir, siempre con atención a que no todos los extremos son buenos. Al estrés presente en la realización de las actividades, se le podría nombrar como ese agregado que hace que el trabajo sea realizado a tiempo y que brinde una transformación de la mercancía en un producto ad hoc¹.

Por supuesto al no tener un control sobre el manejo de estrés, este se convierte, ya no en una fuerza motivadora, sino en una presión que debilita al empleado, y hace que este no se desempeñe adecuadamente en sus funciones y la denominación cambia de estrés a Síndrome de Burnout.

¹ ad hoc (Generalmente se refiere a una solución específicamente elaborada para un problema o fin preciso y, por tanto, no generalizable ni utilizable para otros propósitos)

Jiménez (2009) en su tesis El nivel de Síndrome de Burnout en los trabajadores de la Gerencia Financiera del Organismo Judicial de Guatemala, utilizó como sujetos de estudio a un universo de 79 trabajadores, de diferente género, clase social, edad y estado civil. El objetivo general de la investigación fue determinar el nivel de Burnout existente en los trabajadores de la Gerencia Financiera del Organismo Judicial de Guatemala; para obtener los datos, utilizó como instrumento de medición, el Cuestionario Arias de Burnout, que consta de 19 preguntas y su fin es medir el cansancio o desgaste profesional de la persona a quien se le aplica. El tipo de investigación aplicada fue la descriptiva, en el desarrollo de la investigación se menciona que este síndrome, no sólo se produce por sobrecarga laboral, sino puede deberse también a un manejo inadecuado del tiempo. Con todos los datos obtenidos, comprobó que los trabajadores de la Gerencia Financiera del Organismo Judicial, manejan un nivel promedio de Burnout.

Derivado de este resultado, recomienda mantener un clima laboral en donde la comunicación sea abierta, de tal forma que permita a los colaboradores expresarse y decir a tiempo que presentan síntomas de sobrecarga laboral, para que con el apoyo de la gerencia de recursos humanos se creen programas integrales que vayan en pro de la salud física, mental y emocional de los mismos colaboradores.

Salguero (2009), en su estudio de tesis sobre la Determinación del Síndrome de Burnout en los colaboradores del área de manufactura de dos plantas de envasado, utilizó una muestra de estudio de 201 colaboradores, comprendidos entre las edades de 20 a 55 años, de diferente estado civil, con una experiencia laboral desde los 0 meses a más de 10 años de antigüedad. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal que labora en dos plantas que se dedican al envasado de bebidas. El instrumento que utilizó fue el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory). La investigación fue de tipo descriptiva, dentro del estudio se menciona que el Síndrome de Burnout suele afectar a sujetos que están inmersos en un trabajo rutinario como consecuencia de un estrés laboral agudo causado por la monotonía de la labor diaria.

El estudio concluyó que el 11% de los sujetos padecen del Síndrome de Burnout y así demuestran altos niveles en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y bajo nivel en la dimensión de realización personal. Con todo esto se recomendó realizar un programa de rotación de puestos dentro de la misma jerarquía para que las personas no caigan en la rutina y además aprendan nuevas funciones, así también revisar de forma individual los casos que presentan el Síndrome de Burnout para determinar las causas concretas y de esta manera favorecer el tratamiento para el mismo.

García (2008) en su tesis titulada prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de atención al cliente en una empresa de telefonía de la ciudad de Quetzaltenango, se enfoca en la identificación de la Prevalencia del Síndrome de Burnout en este tipo de colaboradores.

El estudio se llevó a cabo con 38 empleados de la empresa, se utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide los 3 aspectos de este síndrome, cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Menciona que en muchas empresas en la actualidad se considera al colaborador como un cliente muy importante, un recurso valioso, el cual debe estar en las condiciones óptimas de formación, satisfacción y capacitación debido a que en la medida que el cliente interno se encuentre satisfecho, de la misma manera brindará satisfacción por medio de su buena atención a los clientes externos.

Los objetivos están encaminados a identificar los factores que con mayor frecuencia contribuyen al desarrollo del Síndrome de Burnout en los colaboradores del área administrativa de una empresa de producción de la ciudad de Quetzaltenango. Establecer de acuerdo a la aplicación de los instrumentos de evaluación, el porcentaje de colaboradores con tendencia a padecer el Síndrome de Burnout. Proponer actividades que contribuyan al manejo adecuado de estrés, para evitar a futuro el Síndrome de Burnout.

El presente estudio se realizó con un universo de 50 empleados, que se encuentran comprendidos entre las edades de 20 a 60 años de edad solteros casados, divorciados y viudos de ambos géneros masculino y femenino, aunque con una prevalencia mayor del género masculino.

Se concluye y se recomienda los siguientes aspectos: El 16% del personal encuestado, no alcanza valores altos de cansancio emocional y despersonalización, para diagnosticar la presencia del Síndrome de Burnout.

Del 100% de la muestra de estudio, el 12% presenta un índice considerable de padecer este síndrome. De acuerdo a las escalas de calificación, el 34% de los colaboradores califica los aspectos evaluados en el cuestionario de clima laboral como buenos. Al considerar los resultados de cansancio emocional y despersonalización, se menciona que el 64% del personal afirma sentirse personalmente realizados, de acuerdo a los aspectos que evalúa el test MBI.

A nivel del contexto colombiano, se llevó a cabo por parte de Diana Paola Toro Cortes, de la Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales, Colombia, 2014. El trabajo denominado Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales.

La profesión de enfermería en Colombia se encuentra desprotegida ante la carencia de legislación que defina factores laborales protectores relacionados con salarios justos, adecuada relación enfermero - paciente, adecuadas cargas de trabajo, entre otros. Estos factores laborales pueden influir en el desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo, un síndrome que afecta al profesional y la atención que este brinda a los pacientes.

Esta investigación se realizó con el fin de brindar información que permita a la institución objeto de estudio identificar los aspectos sobre los cuales podría trabajarse para reducir la probabilidad de ocurrencia de este síndrome. Se empleó previa autorización del autor el denominado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo en una

Población de 49 enfermeras con la finalidad de medir los niveles de burnout de la población encuestada.

Así mismo se pretendió determinar los niveles globales de SQT en la población objeto de estudio y compararlos según las variables sociodemográficas (por grupos de edad, género, forma de contratación, experiencia laboral, antigüedad en la institución, antigüedad en el cargo actual, servicio en el que labora, desempeño de otros trabajos, horas de trabajo extra la semana).

Se trata de un estudio descriptivo, cuya finalidad fue observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural. El estudio fue de carácter transversal, porque en él se tomaron los datos en un momento determinado.

Las conclusiones conllevan a: En lo que respecta a las características de la población estudiada, se trata de una población en su mayoría femenina (96%), menor de 30 años (94%), contando casi tres cuartas partes de esta con contrato a término indefinido. Son profesionales relativamente jóvenes en el mercado laboral con un porcentaje del 57.2 para experiencia profesional entre 1 a 5 años, y con poca antigüedad en la organización y en el cargo.

La mayoría de la población labora en el área hospitalaria con el 34.7% seguida de las Unidades de Cuidado Intensivo con el 24.5% y el 87.8% labora exclusivamente con la IPS, no se encuentran datos en 75.6% para la pregunta sobre horas extras.

En los aspectos relacionados con la ilusión por el trabajo se encontró que justamente la ilusión por el trabajo es baja en el grupo de encuestados, al igual que la consideración del trabajo como fuente de realización personal y de gratificación. Con respecto al desgaste psíquico, las puntuaciones más bajas en esta categoría o dimensión fueron las obtenidas en cuanto a sentirse saturado por el trabajo.

En cuanto a la indolencia, se destaca cómo se considera a los familiares de los pacientes de manera negativa y cómo con alguna frecuencia los enfermeros no quisieran atender a algunos pacientes o consideran que pueden resultar insoportables, si bien esto no conduce a que se les etiquete, a que se les trate con indiferencia o a que se use la ironía como mecanismo para adaptarse a situaciones relacionadas con el paciente.

En lo que tiene que ver con la culpa se destaca que algunos profesionales se sienten culpables por sus actitudes en el trabajo.

De las conclusiones de este estudio derivan varias recomendaciones. En primer lugar, en la institución en la cual se hizo el estudio, se sugiere trabajar en aspectos relacionados con la motivación del equipo de enfermería, que obtuvo bajos puntajes. Aportar a la gratificación de las enfermeras con su trabajo tendría que ser una de las apuestas institucionales. El valor que la institución le confiera a su trabajo influye en su motivación. Se deben implementar herramientas protectoras para que el personal no curse con el síndrome, apoyado ahora en la legislación de riesgo sicosocial. Estas conducirían sin duda a mejorar la calidad de vida en el trabajo y con ello los resultados en salud de los pacientes y el compromiso de los enfermeros no sólo con los pacientes sino también con la organización misma.

4.2 Marco teórico

Para Gill & Moreno (2007), el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) desde una perspectiva histórica conlleva a establecer el proceso de estrés laboral crónico; mostrando respuestas del estrés laboral que relacionan discrepancias, demandas y recursos (estresores, estrés percibido, estrategias de afrontamiento). Lo cual conlleva a consecuencias del estrés (individual, organizacional). Generando problemas de salud (fisiológicos y psicológicos), suicidio, separación, ausentismo, rotación no deseada, sabotajes, accidentes laborales, deterioro de la calidad y abandono entre otros. (Gill & Moreno, 2007, p. 23).

Por otra parte, el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) explica la relación con el proceso más amplio del estrés laboral, y se ha conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización.

El síndrome de quemarse por el trabajo tiene su aparición en los años 70, hasta nuestros días. Y en la década actual se ha considerado como aportaciones psicométricas a través del cuestionario Maslach, dirigidas al diagnóstico y a la evaluación; aportaciones teóricas, dirigidas a la elaboración de modelos que permitan una mejor comprensión del fenómeno y aportaciones empíricas, cuyo objetivo es poner en contacto el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), con sus antecedentes y con sus consecuencias más relevantes. Incluye a su vez los aportes más recientes sobre prevalencia y prevención. En éste orden de ideas, se considera relevante ilustrar mediante la siguiente figura las funciones de los sentimientos de culpa en el desarrollo del (SQT) y sus consecuencias (Ver figura 1). (Gill & Moreno, 2007, p. 39).

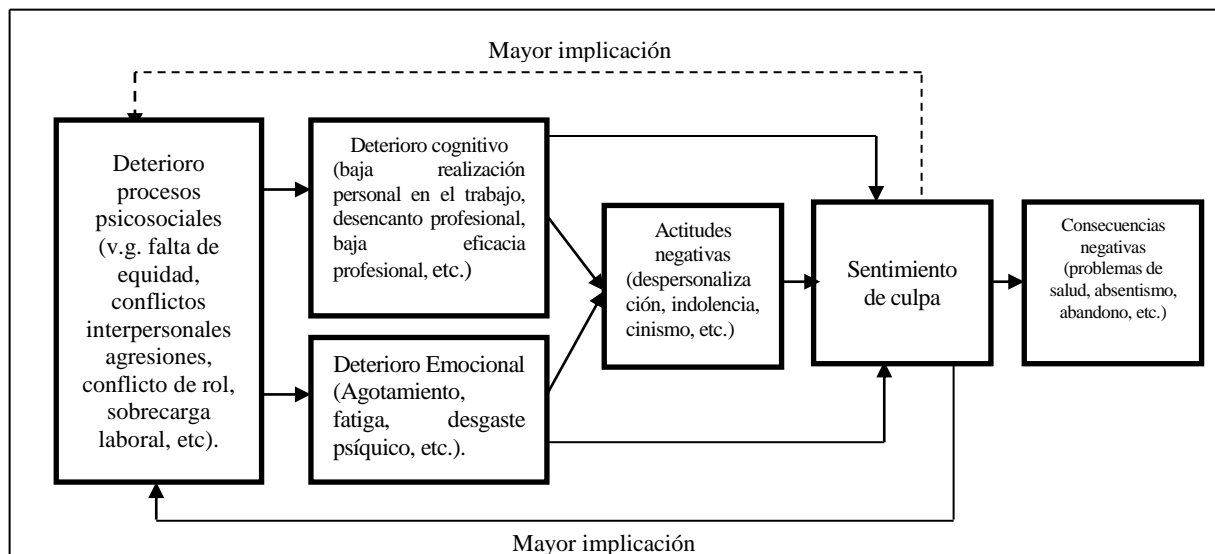


Figura 1. Funciones de los sentimientos de culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias.

Fuente: Gill & Moreno (2007).

En este contexto, Gill & Moreno (2007), hacen mención a una serie de factores culturales y psicosociales de la organización que, como ya fue ampliamente señalado por Aubert y Gaulejac (1991), constituyen un factor de riesgo para el síndrome. Estos elementos incidentes

Son capaces de generar un “caldo de cultivo” para el SQT y, generalmente, aparecen difusos y diseminados entre creencias ampliamente aceptadas y no explicitadas ni discutidas. Estos autores consideran este síndrome como una de las “enfermedades de la excelencia” de la empresa moderna. En todo caso, no es sólo la tensión por la excelencia lo que se encuentra en la base de este conjunto de creencias y contenidos culturales, sino que ésta forma parte de un entramado en el que pueden fácilmente identificarse algunos otros factores confluente.

En muchos ambientes empresariales se entiende que el propio rol de los directivos ha de comportar como estrés continuado. De esta manera, el estereotipo del directivo hiperactivo, capaz de responder a múltiples demandas exteriores de forma casi simultánea, es considerado como una imagen deseable por parte de los empleadores, que consideran en muchas ocasiones que hiperactividad y eficacia correlacionan de forma automática y directa, y ello a pesar de que existen perfectamente documentadas múltiples evidencias empíricas en sentido contrario. Gill & Moreno (2007).

Los cambios en la dinámica de las empresas, que han pasado de formas de producción continua, lo que permitía una planificación en el medio y largo plazo (fabricar para estocar y posteriormente para servir a los clientes), a formas de producción pedido, que dificultan esa planificación y que consideran la rapidez en el servicio al cliente como un valor diferencial y de competitividad de las empresas en sus entornos, Gill & Moreno (2007). Ello supone una presión temporal creciente, que no sólo alimenta el estereotipo del directivo estresado e hiperactivo sino que lo cronifica y, aparentemente legitima que ese mismo directivo presione a su vez a las personas y grupos de su entorno.

La presión por la excelencia, que supone la insatisfacción permanente con los resultados obtenidos, o al menos la satisfacción sólo provisional. Esta insatisfacción permanente genera, lógicamente, estrés al impedir que los tiempos de recuperación emocional se reduzcan y las demandas externas aumenten, de forma que se perciben como indefinidamente crecientes. Pueden encontrarse diferentes y peculiares versiones de la tensión por la excelencia en algunos

Servicios, como por ejemplo los que pertenecen al ámbito sanitario, en el que un mayor nivel de información y de formación por parte de los usuarios, así como una mayor consciencia de sus derechos en tanto que clientes, conllevan en algunas ocasiones, que el personal sanitario practique diferentes grados de medicina defensiva. Gill & Moreno (2007).

La aplicación de formas de gestión de personas que bajo la pretensión de la eficacia, generan unas exigencias en el personal que en muchas ocasiones puede entenderse como formas, no siempre sutiles, de presión psicológica. Así, por ejemplo, la aplicación deficiente de la dirección por objetivos ha generado en ocasiones la activación de mecanismos de motivación negativa, es decir, la movilización de las personas se ha dirigido más a evitar consecuencias no deseadas (el incumplimiento de los objetivos fijados y las correspondientes sanciones formales o informales que lo acompañan) que a lograr la satisfacción que supuestamente proporcionaría el logro de las metas establecidas. Piénsese que estos patrones de motivación consisten fundamentalmente en propiciar que el individuo evite determinadas consecuencias, pero que el éxito en evitarlo, es habitualmente sólo provisional: “he salido de ésta”. La autoeficacia y la autoestima, que se alimentan en gran parte de los logros personales que la persona se reconocen a sí misma, Bandura (1987). No encuentran el necesario alimento en estas situaciones.

En el mismo sentido cabe considerar enfoques más recientes como la dirección por valores. Este tipo de dirección provoca que muchas personas de la organización se vean impedidas a manifestar que comparten valores y criterios que, en realidad, chocan con sus convicciones personales e ideológicas. De este modo, se generan diferentes formas de incoherencia y de disonancia que se traducen sutilmente en distintos tipos de insatisfacción, que

son capaces de generar estrés a través de los sentimientos de incoherencia personal y de disonancia. (Gill & Moreno, 2007, p. 80).

La precarización del mercado laboral, que ha supuesto un aumento de la competitividad entre personas de una misma empresa como condición para permanecer en ella mejorando las condiciones contractuales o, simplemente, para mantener el empleo. Al mismo tiempo influyen

Los cambios en los modelos de carrera profesional. Así, antes podían realizarse como una extensión más del vínculo entre la empresa y el trabajador en el contexto relativamente estable que era capaz de proporcionar la organización, pero ahora implica que las carreras profesionales deben ser realizadas por los individuos a través de las organizaciones con las que sucesivamente se vinculan. Se pierden, de este modo, parte de las ventajas que podían ofrecer las organizaciones, en la medida en que suponían una referencia de estabilidad, y se añaden exigencias de atención y demanda a las personas que han de ocuparse en solitario del desarrollo de su currículum profesional. (Gill & Moreno, 2007, p. 80).

En la misma línea, si las relaciones contractuales son de corta duración, los vínculos entre el trabajador y empresa habrán de ser, asimismo, muy vulnerables y provisionales. El cálculo del valor de las personas se realizará vinculándolo directamente al rendimiento a corto plazo, pero no al desempeño a lo largo de grandes períodos de tiempo. Es previsible que las presiones de la organización sobre el trabajador se agraven cuando éste realice un trabajo cuyo destinatario final no es la empresa con la que mantiene vínculos contractuales, sino otras con las que se han establecido relaciones de sub-contratación de trabajos. (Gill & Moreno, 2007, p. 81).

Los cambios en las características de los contenidos del trabajo, que cada vez más implican actividades intelectuales y demandan el establecimiento de relaciones de diferente tipo con otras personas (de cooperación, de influencia programada, de competitividad, etc.). Por una parte, la intelectualización de los contenidos supone que los procesos de trabajo, aunque en alguna medida sigan siendo rutinarios, requieran cada vez más la aplicación de competencias,

como por ejemplo la innovación, el análisis de situaciones o la toma de decisiones, que no son tan previsibles en sus resultados como las actividades que se reducen a la aplicación mecánica de procedimientos preestablecidos. En la misma línea las demandas de relación con otros (trabajo en equipo negociación, atención a clientes, etc.) suponen, además de la activación de competencias emocionales que no siempre se encuentran suficientemente desarrolladas, la necesidad de asumir que los resultados no pueden ser garantizados por la persona en su totalidad, sino que en alguna medida dependen de la actuación de los otros. Tanto la intelectualización de

Los contenidos del trabajo como el aumento de las exigencias de relación para su ejecución constituyen factores que, en muchas ocasiones, dificultan el logro de objetivos que se consideran básicos para la empresa, como por ejemplo el cumplimiento de plazos o el aseguramiento de estándares de calidad, de los cuales las personas se responsabilizan sin disponer en muchas ocasiones de suficientes instrumentos de control. (Gill & Moreno, 2007, p. 81).

La consideración de los factores de vulnerabilidad individual al estrés, al estrés crónico y, consecuentemente al SQT ha de permitir una comprensión suficiente de la dinámica de la interacción del individuo con la organización en sus diferentes niveles. Es aquí donde los distintos factores anteriormente señalados generan impactos de manera diferencial en los individuos. Ha de tenerse en cuenta que cualquier intervención, por muy amplia y global que pretenda ser, acaba teniendo que referirse a individuos concretos en los que diferentes variables determinan la probabilidad de un tipo de respuestas u otro. (Gill & Moreno, 2007, p. 81).

Se puede considerar el SQT como un síndrome coproducido por la interacción del individuo (con sus vulnerabilidades y sumisiones a las demandas de los diferentes contextos sociales a los que se adscribe) y las organizaciones laborales (con sus estructuras funcionales y sus condiciones psicosociales específicas). Intervenir sobre todas las dimensiones implicadas resultará imprescindible, pero hacerlo sobre cada una de ellas de forma independiente resultará siempre insuficiente. Es precisamente el hecho de que se trate de una coproducción entre el individuo y la organización, lo que dotará a los diferentes programas de prevención del SQT de

exigencias específicas para cada organización. En la coproducción, los diferentes elementos pueden alterar su función de manera que, en ocasiones, algunos de ellos pueden actuar como generadores primigenios de estrés y, en otras ocasiones, como acrecentadores de éste o como elementos que perduran en el tiempo, bien sea objetivamente real, bien se trate exclusivamente de una percepción individual generada por la sobrevaloración de unos elementos en detrimento de otros. (Gill & Moreno, 2007, p. 82).

Conviene señalar un hándicap común a la mayoría de los planteamientos de intervención preventiva que se realizan en el contexto de las organizaciones laborales. La intervención sobre problemas manifiestos parece que se legitima en sí misma (existe una disfunción y es necesario eliminarla), y serán los análisis coste-beneficio los que determinarán la estimación de la cantidad de recursos que han de ser aportados para el abordaje de los problemas. En el caso de las intervenciones preventivas la situación es más difícil, dado que se trata de evitar disfunciones que todavía no han ocurrido y que, en el caso de que ocurran, la dirección no siempre tiene claro que sean responsabilidad de la empresa. ¿Por qué a igualdad de condiciones ambientales aparentes una persona desarrolla el síndrome y otra no? Parece que la empresa tiende a despreocuparse de aquellas cuestiones en las que no percibe de manera absolutamente clara y directa su responsabilidad causal. (Gill & Moreno, 2007, p. 82).

Como puede verse, es importante considerar la necesidad de educación de los directivos a fin de que se produzca, en primer lugar, la información y el conocimiento y, posteriormente, la toma de consciencia necesaria para que se plantee la intervención sobre las dimensiones psicosociales. Sin este paso previo, que algunos han llamado compromiso de la dirección, la intervención preventiva, y la mayoría de veces también la paliativa, se hace imposible. (Gill & Moreno, 2007, p. 82).

Por otra parte, Tonon (2003), establece con respecto a la temática de estudio el concepto de calidad de vida, como respuesta reconceptualizada en relación a considerar el bienestar no solo como dependiente de las cuestiones materiales sino también de los valores humanos. El

estudio de la calidad de vida remite al entorno material (bienestar social) y al entorno psicosocial (bienestar psicológico), donde el bienestar psicológico se basa en la experiencia de la persona y en la evaluación que la misma tiene de su situación, incluye medidas positivas y negativas (a diferencia en los estudios tradicionales basados en medidas negativas) e incluye una visión global de la vida de la persona que se denomina satisfacción vital. Es decir, implica dos ejes: el objetivo y el subjetivo, siendo cada eje el agregado de 7 dominios que han sido operacionalizados en la escala de comprensión de la calidad de vida construida por Cummins (1996).

Dominios, escala de calidad de vida. Cummins, (1996).

- a) Bienestar material.
- b) Salud.
- c) Trabajo productividad.
- d) Intimidad.
- e) Seguridad.
- f) Comunidad.
- g) Bienestar emocional.

La utilización de dominios en el estudio de la calidad de vida permite una medición más refinada de la que pudiera alcanzarse a través de simples preguntas, ya que se utilizan escalas psicométricas. Y si la suma de dominios es equivalente a la totalidad de la satisfacción de vida, entonces el grupo de dominios es una medida válida de la *calidad de vida*. El punto de discusión de la escala, radica en la posibilidad de que los dominios sean considerados transculturales. Así mismo, cabe acotar que la escala no incluía inicialmente un dominio en relación a la religiosidad, el cual fue posteriormente incluido en la construcción del well being index en 1998 por el mismo autor. Cummins, (1996).

La cuestión de la objetividad y de la subjetividad en relación a la *calidad de vida*, ha sido discutida por los autores dedicados al tema, identificándose cinco posturas diferenciadas que han quedado plasmadas en el documento de discusión publicado en 1998 por la International Society for Quality of Life Studies. Cummins, (1996).

a) Las condiciones objetivas inician el camino hacia el bienestar subjetivo y entonces la calidad de vida puede ser medida tanto subjetiva como objetivamente.

b) Las condiciones humanas subjetivas son tanto causa como efecto de las condiciones humanas objetivas y por ende se exploran los aspectos interactivos de lo subjetivo y lo objetivo.

c) La calidad de vida solo comporta la dimensión subjetiva. De esta manera alimento, refugio, calor, educación, riqueza o pobreza son indicadores sociales, políticos, ecológicos o educativos que pueden correlacionar con medidas de calidad de vida. En este sentido, Frisch ha mostrado con su escala de calidad de vida que es la satisfacción y la importancia de estos indicadores, de acuerdo a la persona, la medida de calidad de vida y por ende la medición subjetiva.

d) Los indicadores sociales, en tanto información objetiva, no correlacionan con el bienestar subjetivo y entonces la calidad de vida mide la diferencia, en un momento particular, entre las esperanzas o expectativas del individuo y su experiencia presente.

e) Los aspectos objetivo y subjetivo son relativamente independientes, por lo cual no es necesario esperar interacciones entre ambos. Tal el caso de *autoestima* con *bienestar social*. El bienestar social es un concepto más restrictivo comparado con la calidad de vida, dado que es una herramienta utilizada en la esfera política.

El síndrome del Burnout: El síndrome de Burnout ha sido definido como una respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente, en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios. “El objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario, y se caracterizan por el contacto directo con las personas a las que se les destina ese trabajo”, Gil-Monte & Peiró, (1997). Si bien en estas profesiones se espera que los profesionales no asuman los problemas de

las personas que atienden, si se espera que muestren interés y una cierta implicación emocional al respecto. Además, en general, se les pide que atiendan las exigencias de las personas y de la organización en la cual trabajan al mismo tiempo, lo cual puede resultar conflictivo, considerando la escasez de tiempo y la complejidad de los problemas en cuestión. Gil-Monte & Peiró (1997).

Es relevante indicar que el Síndrome de Burnout, se puede presentar en cualquier profesión típico de patología laboral, características de puesto y el ambiente de trabajo; es decir, cualquier empresa. Así mismo, se puede presentar en la existencia de interacciones humanas trabajador – cliente de carácter intenso o duradero. Maslach (2001).

4.2.1 Teorías explicativas.

Desde que en 1964 Herbert Freudenberger comenzó el estudio del tema, diferentes autores han elaborado teorías explicativas de este fenómeno. Dos perspectivas generales se han venido desarrollando: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial. (Tonon, 2003, p. 37).

La perspectiva clínica entiende al Burnout como un estado de fatiga crónica que llega a la persona, producto del estrés laboral que padece. La perspectiva psicosocial considera un proceso, que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. La diferencia entre ambos enfoques es clara ya que el primero analiza el problema en cuanto al estado personal y el segundo lo analiza en cuanto al proceso dinámico, producto de la interacción entre varios factores. (Tonon, 2003, p. 37).

Este trabajo se basa en el marco referencial que propone el abordaje psicosocial y en especial sigue la línea desarrollada por Maslach y Jackson en 1981. Si bien estos autores comenzaron a estudiar el Burnout como "estado", fueron comprobando la necesidad de considerarlo como un "efecto". De esta manera, lo conceptualizaron como un síndrome que se

desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas y que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. Maslach & Jackson (1986).

Siendo que los distintos modelos explicativos del síndrome Burnout parten de marcos teóricos más amplios, tales como: a psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones, presentamos a continuación un cuadro que resume en forma cronológica, las propuestas más difundidas que se conocen: Maslach & Jackson (1986).

Tabla 1

Psicología clínica: considera al Burnout como un estado.

Autor	Año	Conceptualización
Freudenberger	1974	Estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables
Fischer	1983	Estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima.

Fuente: Maslach & Jackson (1986).

Tabla 2

Psicología social: basada en la teoría sociocognotativa del yo.

Autor	Año	Conceptualización
Harrison	1983	Las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que asimismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar.
Pines y Aronson	1988	Proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su

Autor	Año	Conceptualización
		trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, Impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima.

Fuente: (Tonon, 2003, p. 38).

Psicología de las organizaciones: basada en las teorías del estrés laboral. Considera los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas para dar respuesta. Alzada a todas las profesiones. (Tonon, 2003, p. 38).

Tabla 3

Psicología de las organizaciones.

Autor	Año	Conceptualización
Golembiensi	1983	El estrés laboral está generado por la sobrecarga laboral o por la denominada "pobreza de rol", que es su antítesis. Ambas situaciones producen en la persona: pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga.

Fuente: (Tonon, 2003, p. 38).

4.2.2 Características del síndrome de Burnout.

El Burnout es un síndrome que afecta tres dimensiones básicas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponde a la medida del nivel del sentirse abrumado emocionalmente. La despersonalización comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos por los sujetos atendidos, que se expresa en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. La realización personal en el trabajo, se refiere a los sentimientos de competencia y realización exitosa en la tarea laboral que se desempeña cotidianamente y que en el caso del síndrome de

Burnout corresponde a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con el reproche de no haber alcanzado los objetivos propuestos y con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. (Tonon, 2003, p. 38).

“Quienes padecen Burnout sufren un cambio en las formas de percibir a los demás, desde una actitud positiva y cuidada a una negativa y descuidada y tienden a volverse insensibles, crueles, poco compasivos y comprensivos, desconfiados, tratan a los demás de modo distanciado, dedican menos tiempo a los usuarios de los servicios y a menudo, piensan que los usuarios se merecen los problemas que padecen y por los que acuden a la organización”. Cherniss, 1980 citado por Medina (2000).

Ahora bien, como el/la profesional que padece el síndrome puede reconocer o no lo que le está ocurriendo, el peligro aumenta dado que el proceso puede cristalizarse. Simultáneamente, lo que le ocurre al/la profesional también afecta a las personas que atiende, generándose así, una disminución de la calidad y la eficiencia en la prestación del servicio, que podría llegar hasta situaciones en las cuales, las personas atendidas, no sean tenidas en cuenta o resulten maltratadas. Dado que es importante la influencia situacional en el desarrollo de este síndrome, el estudio del cuadro remite a considerar variables en relación a cuatro entornos: (Tonon, 2003, p. 40).

Tabla 4

Variables en relación a los entornos.

Entorno	Características
Social	Se refiere al estudio de los cambios producidos en las leyes que rigen el ejercicio profesional, y en la formación profesional, las definiciones en el ejercicio del rol profesional y las condiciones laborales de riesgo.
Organizacional	Se centra en el estudio de las relaciones entre los diferentes grupos que conforman la organización, así como al proceso de socialización laboral por el cual los miembros de la organización aprenden los valores, las normas y las pautas de conducta de la misma. Cabe señalar que en un primer momento se

	había considerado que era la organización en sí misma la que producía el síndrome, pero en realidad, son los efectos que ésta produce en el proceso de interacción entre el profesional y la persona que acude a consultarlo.
Interpersonal	Se refiere a las relaciones que los profesionales tienen con sus compañeros de trabajo y con los usuarios del servicio.
Individual	Tiene en cuenta las características de personalidad de cada uno de los profesionales

Fuente: (Tonon, 2003).

Los efectos que se conocen, generan el síndrome de Burnout en los profesionales afectados en forma directa, surgen de la discrepancia existente entre las expectativas e ideales individuales y la dura realidad de la vida laboral cotidiana. Se han identificado los siguientes síntomas: dolor de cabeza, apatía, dolores musculares, aburrimiento, hipertensión, insomnio, irritabilidad, ansiedad, aumento en el consumo de medicamentos, alimentos, alcohol y tabaco, situaciones de tensión con familiares y/o amigos, incremento de actividades para escapar de la realidad.

Asimismo, y hasta el momento, se han podido identificar cuatro tipos de desencadenantes y potenciadores del síndrome: Como desencadenantes del síndrome se entienden aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. (Gil Monti & Peiró, 1987, p. 64).

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto de trabajo como fuente de estrés laboral.
- b) Estrés por el desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera profesional.
- c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías utilizadas en el trabajo cotidiano.
- d) Fuentes extra organizacionales que influyen: relaciones familia-trabajo. (Gil Monti & Peiró, 1987, p. 64).

También se distinguen cuatro grupos de consecuencias:

- a) Físicas y emocionales (cefaleas, taquicardias, etc.)
- b) Interpersonales (dificultades en la vida familiar y social)
- c) Actitudinales (desarrollo de actitudes negativas hacia las personas que atiende, insatisfacción laboral, bajos niveles de compromiso).
- d) Conductuales: comportamientos disfuncionales en el trabajo (ausentismo, llegadas tarde, disminución de la calidad y cantidad). (Medina, 2000, p. 16)

El síndrome de Burnout ha sido confundido en varias oportunidades con otro tipo de fenómenos que queremos diferenciar: (Tonon, 2003, p. 43).

- a) Depresión: conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre las relaciones interpersonales y que se diferencia del Burnout porque éste surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales.
- b) Alienación: que ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para desarrollar una tarea y se diferencia del Burnout porque en ese caso el sujeto tiene demasiada libertad para desarrollar la tarea, pero la misma resulta imposible de ser desarrollada.
- c) Ansiedad: que sucede cuando la persona no posee las habilidades para manejar la situación en la cual está inmersa y se diferencia del Burnout porque en éste último existe una exigencia superior de habilidades que las que la persona puede manejar.
- d) Estrés: se diferencia del Burnout porque éste produce efectos negativos en la persona, en tanto que el primero produce efectos negativos y positivos. (Tonon, 2003, p. 43).

Es importante diferenciar la conceptualización del estrés y el síndrome de Burnout para lo cual los autores ilustran en la siguiente tabla:

Tabla 5

Conceptualización del estrés y síndrome de Burnout.

Estrés	Síndrome de Burnout
<p>El término estrés lleva presente en nuestro lenguaje varios siglos, pero en un contexto diferente al de hoy en día. Uno de sus promotores fue un inventor inglés del Siglo XVII llamado Robert Hooke que lo aplicaba para sus experimentos sobre la tolerancia de los materiales de carga.</p> <p>En la actualidad, el concepto se ha extendido a la actividad humana, que ciertamente también hace referencia a entidades de carga. Es posible medir fisiológica y psicológicamente los efectos del exceso de tensión. La mayoría de las personas hablan del estrés en términos negativos. Es habitual oír hablar de los efectos de estar estresado. Pero, en determinadas circunstancias, el estrés puede considerarse un fenómeno positivo: la capacidad de utilizar los recursos internos para afrontar los retos y lograr objetivos realistas. Si eres una persona relativamente despreocupada, puede que carezca también de ese estrés positivo.</p>	<p>Es una respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centra en la prestación de servicios el objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario, y se caracteriza por el contacto directo con las personas a las que se destina este trabajo.</p>

Fuente: Gil-Monte & Peiro (1997).

Tabla 6

Diferencias entre síndrome de Burnout y síndrome de fatiga crónica.

Síndrome de Burnout	Síndrome de fatiga crónica
Es una respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centra en la prestación de servicios el objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario, y se caracteriza por el contacto directo con las personas a las que se destina este trabajo.	Es un trastorno devastador y complejo. Las personas con SFC tienen un cansancio abrumador y una gran cantidad de otros síntomas que no mejoran con el descanso en la cama y que pueden empeorar con la actividad física o el esfuerzo mental. A menudo realizan actividades a un nivel sustancialmente menor de lo que eran capaces antes de la aparición del trastorno.

Fuente: Gil-Monte & Peiro (1997).

4.3 Marco legal

Ley 9 de enero 24 de 1979. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Es la Ley marco de la Salud Ocupacional en Colombia. Norma para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones. Artículo 81: la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socio-económico del país; su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario en las que participan el Gobierno y los particulares.

La Resolución 2400 de 1979 de Ministerio de Trabajo. Conocida como el Estado General de la Seguridad, trata de disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.

Decreto 614 de marzo 14 de 1984. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud. Crea las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional en el país.

La Resolución 2013 de 1986 de Ministerio de Trabajo. Establece la creación y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en las empresas.

La Resolución 1016 de 1989 de Ministerio de Trabajo. Establece el funcionamiento del Programa de Salud Ocupacional en las empresas.

Constitución Política de Colombia, junio 4 de 1991. Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social, goza en todas sus realidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas. El trabajo es considerado en la carta desde su preámbulo V su artículo 1 como fundamento de la sociedad. La libertad de trabajo está garantizada en el artículo 26, el derecho al trabajo y la obligación social del trabajo. La libertad de trabajo consiste en la posibilidad reconocida a las personas de escoger profesión u oficio sin que nadie les pueda imponer una determinada profesión, oficio u ocupación. Las condiciones de trabajo, las cláusulas del contrato laboral, no pueden ser degradantes para el individuo, deben propiciar y mantener su dignidad, deben ser justas. El trabajo es el que ha humanizado al hombre y le ha permitido desplegar la plenitud de sus potencialidades; la función social productiva asegura la supervivencia de los trabajadores y de la comunidad, función económica en la cual están cifradas las expectativas de desarrollo. La desocupación es el caldo de cultivo de la miseria, del crimen, del deterioro moral y social. Constitución Política de Colombia (1991).

Ley 100 de 1993 de Ministerio de Trabajo. Se crea el régimen de seguridad integral.

Decreto 1294 de junio 22 de 1994, Ministerio de Gobierno. Por el cual se dictan normas para la autorización de las sociedades que pueden asumir los riesgos derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo y determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 1772 de agosto 3 de 1994. Presidencia de la República. Por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales. El presente decreto se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, organizado por el Decreto 1295 de 1994.

Decreto 1281 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Reglamenta las actividades de alto riesgo.

Decreto 1295 de 1994 de Ministerio de Trabajo y Ministerio de Hacienda. Dicta normas para la autorización de las sociedades sin ánimo de lucro que pueden asumir los riesgos de enfermedad profesional y accidente de trabajo. Determinar la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Establece la afiliación de los funcionarios y una Unidad de Seguridad en Riesgos Profesionales (ARP).

Decreto 1346 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Validez.

Decreto 1771 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Reglamenta los reembolsos por Accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Decreto 1831 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.

Decreto 1835 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Reglamenta actividades de Alto Riesgo de los Servidores públicos.

Decreto 2644 de 1994 de Ministerio de Trabajo. Tabla única para la administración de la pérdida de capacidad laboral.

Decreto 1832 de agosto 3 de 1994. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Para efectos de los Riesgos Profesionales de que trata el Decreto 1295 de 1994, se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.

Decreto 2100 de noviembre 29 de 1995. Presidencia de la República. Por el cual se adopta la tabla de clasificación de actividades económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 692 de 1995 de Ministerio de Trabajo. Manual único para la calificación de la invalidez.

Resolución 4059 de 1995. Reportes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Circular 002 de 1996 de Ministerio de Trabajo. Obligaciones de inscripción de empresas de alto riesgo actividad sea nivel 4 o 5.

Decreto 1436 de 1998 de Ministerio de Trabajo. Tabla de valores combinados del Manual Único para Calificación de Invalidez.

Guía técnica sectorial GTS OSHAS 18002:2000. Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional.

Resolución 2646 del 17 de julio de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

Decreto 1445 de 31 de julio de 2010. Por el cual se dictan disposiciones para implementar del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

Decreto 1477 del 5 de agosto de 2014. Establece trastornos mentales y del comportamiento e incluye enfermedad, agentes etiológicos, factores de riesgo ocupacional y ocupaciones industriales. Incluye agentes psicosociales.

4.4 Marco conceptual

ACCIDENTE DE TRABAJO: legalmente, se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Esta definición legal se refiere tanto a las lesiones que se producen en el centro de trabajo como a las producidas en el trayecto habitual entre éste y el domicilio del trabajador. Rojas, (2005).

CANSANCIO EMOCIONAL: nueva y grave patología de agotamiento profesional, especialmente observada en Occidente. Tener fatiga extrema, pérdida de atención e interés por la vida y trabajo; padecer insomnio y pensamientos obsesivos con una visión negativa, llegando hasta la depresión, son algunos de los síntomas. Rojas (2005).

CARGAS DE TRABAJO: las cargas de trabajo se dividen en: carga física y carga mental o psicosocial. La carga física se refiere a los factores de la labor que imponen al trabajador un esfuerzo físico; generalmente se da en términos de postura corporal, fuerza y movimiento e implica el uso de los componentes del sistema osteomuscular. La carga mental o psicosocial está determinada por las exigencias cognoscitivas y psicoafectivas de las tareas o de los procesos propios del rol que desempeña el trabajador en su labor. Rojas (2005).

CONDICIONES DE TRABAJO: son el conjunto de variables subjetivas y objetivas que definen la realización de una labor concreta y el entorno en que esta se realiza e incluye el análisis de aspectos relacionados como la organización, el ambiente, la tarea, los instrumentos y

materiales que pueden determinar o condicionar la situación de salud de las personas. Rojas (2005).

DESPERSONALIZACIÓN: es una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos. Puede ser a causa del uso recreativo de drogas psicótropas,

Pero más usualmente deriva de ansiedad. Una persona que sufre de despersonalización siente que ha cambiado y el mundo se ha hecho menos real, vago, de ensueño o carente de significado. Puede ser a veces una experiencia bastante perturbadora, en tanto que muchos sienten que efectivamente "viven en un sueño". Rojas (2005).

ENFERMEDAD PROFESIONAL: se considera enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno nacional. Rojas (2005).

ESTRÉS LABORAL: es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. El estrés laboral es determinado por las irregularidades dadas en el momento de afrontar una carga o situación laboral. Rojas (2005).

ESTRÉS: el estrés es la respuesta automática y natural del cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. La vida y el entorno, en constante cambio, exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. El estrés es

un proceso de interacción entre los eventos del entorno y las respuestas cognitivas, emocionales y físicas propias de la persona. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, la salud, el desempeño académico o profesional, e incluso las relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. Rojas (2005).

FACTORES DE RIESGO: es la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control del elemento agresivo. Rojas (2005).

POLÍTICA DE PREVENCIÓN: directrices y objetivos generales de una organización relativos a la prevención de riesgos laborales tal y como se expresan formalmente por la dirección. Rojas (2005).

PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL: el programa de salud ocupacional es la planeación, organización, ejecución y evaluación de una serie de actividades de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial, tendientes a preservar mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones. Rojas (2005).

RIESGO LABORAL: posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo. Rojas (2005).

RIESGOS PROFESIONALES: son riesgos profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional. Rojas (2005).

5. Metodología

5.1 Naturaleza del trabajo

Acorde con la temática de estudio se enmarcó dentro del enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal. Según Lerma (2016), la cual estableció que sirven para medir la prevalencia de una exposición o resultado en una población definida. De ahí que su utilidad permitirá evaluar necesidades del cuidado de la salud y evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población. Es decir, a través del estudio descriptivo de corte transversal se podrá determinar la carga de condiciones específicas para planear servicios de prevención y tratamiento.

5.2 Tipo de investigación

Por las características de la temática abordada se inscribe dentro del tipo de investigación descriptiva (Lerma, 2016, p. 63). Su objetivo es describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural sin explicar las relaciones que se identifiquen. Su alcance no permitirá la comprobación de hipótesis, ni la predicción de resultados. Según Briones (2006), en este tipo de investigación se puede hacer los siguientes análisis:

- a) Se caracterizó globalmente el estudio, utilizando para ello tablas, figuras o gráficas estadísticas según el Cuestionario Maslach.
- b) Describe el contexto el cual se presenta dicho fenómeno, la cual corresponde específicamente a los trabajadores de la Clínica Martha (42 jefes y 110 auxiliares de enfermería).
- c) Cuantificó la magnitud del fenómeno. Es decir, determina la calidad de vida de los trabajadores, su bienestar, seguridad, motivación, tranquilidad y paz laboral.

- d) Identificó las diferencias existentes entre los grupos objeto de estudio. (Briones, 2006, p. 64).

5.3 Población

5.3.1 Población.

Correspondió a la Clínica Martha, con la participación activa de todos los trabajadores, equivalente a 42 jefes de enfermería y 110 auxiliares de enfermería, para un total de 152 personas.

5.3.2 Muestra.

La muestra se llevó a cabo con el 52% del total. Es decir, 80 colaboradores (jefes 30 y auxiliares 50), que oscilan en edades de 20 y 60 años. Es importante indicar que los jefes de enfermería tienen contratos de trabajo laboral a término fijo, al igual que los auxiliares de enfermería. Para la muestra, se tuvo en cuenta la aplicación del cuestionario denominado Maslach (MBI), la cual contó con la participación de un muestreo secuencias aleatorio no probabilístico.

5.4 Instrumentos y técnicas de recolección de la información

5.4.1 Fuentes primarias.

Se recurrió a personas que versan sobre la temática abordada (profesionales en psicología, especialista en gestión del talento humano).

5.4.2 Fuentes secundarias.

Se acudió a las siguientes fuentes de información: libros que relacionan los siguientes autores: Graciela Tonon, una mirada del síndrome de Burnout. Editorial Espacio. 2003. Pedro R. Gil – Monte, Bernardo Moreno Jiménez, El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout), ediciones Pirámides, 2007.

6. Resultados

6.1 Características sociodemográficas de los trabajadores que contestaron la escala de Maslach Burnout Inventory

Para determinar estas características, en el instrumento se solicita escribir: sexo, edad, estado civil, adicional las horas laboradas por turno y el tiempo laborado en la empresa. (Ver *apéndice A*)

Tabla 7

Estadísticos descriptivos.

Descripción	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	80	20	60	34,84	9,767
N válido (según lista)	80				

Fuente: SPSS 18.0.

La tabla 19 permite mostrar que del total de los 80 participantes (auxiliares 50 y jefes 30), oscilan entre un mínimo de 20 años y 60 años, lo que conlleva a indicar que la media corresponde al 34.84% y la desviación al 9.767%, es decir, el personal que integra la organización son mayores de edad.

Tabla 8

Sexo.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	54	67,5	67,5	67,5
	Masculino	26	32,5	32,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

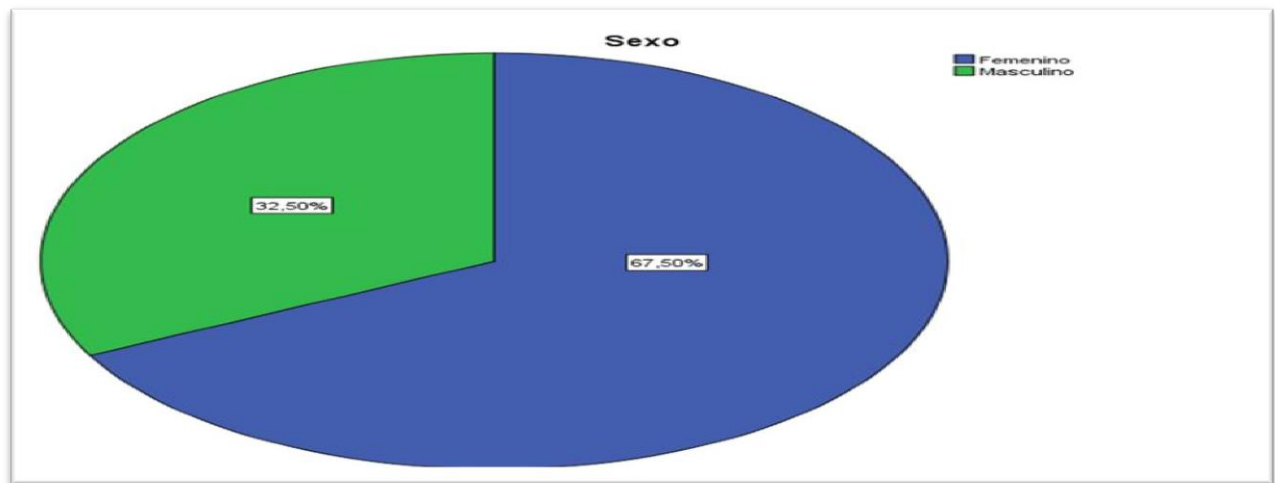


Figura 2. Sexo.

La figura 2 señala que los 80 participantes en el proceso investigativo (mujeres 54, 26 hombres), su porcentaje indica que el 67.5% pertenecen al género femenino y el 32.5% al género masculino. Es decir, se evidencia prioridad laboral de las mujeres.

Tabla 9

Estado civil.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	25	31,3	31,3	31,3
	Unión Libre	26	32,5	32,5	63,8
	Casado	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

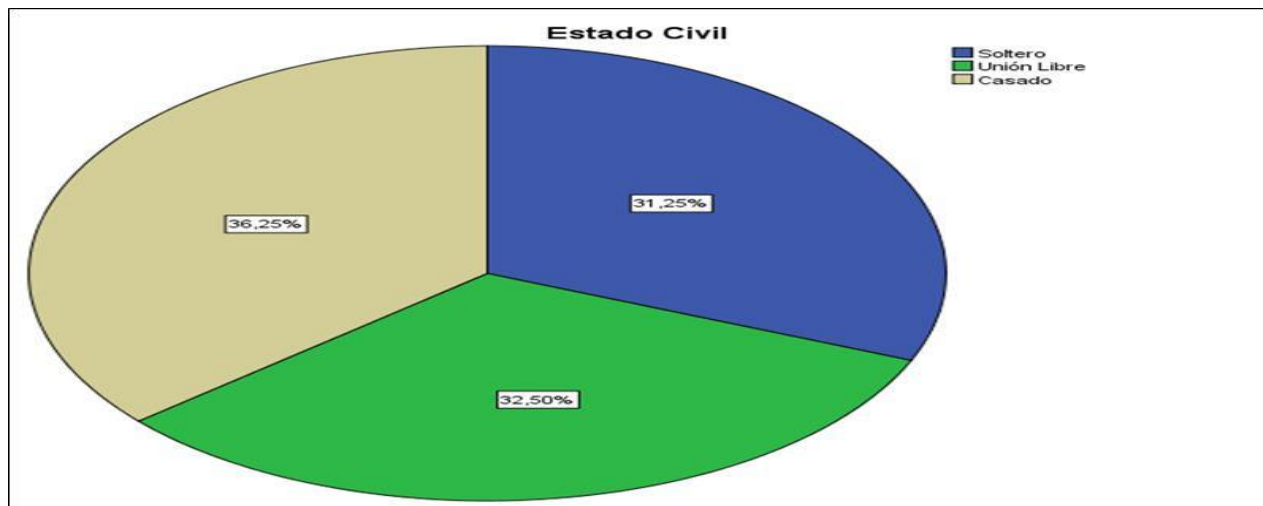


Figura 3. Estado civil.

La figura 3 conlleva a evidenciar la variable de estado civil, donde de los 80 participantes existen 25 solteros; 26 unión libre y 29 casados, significa que el porcentaje de solteros establece un porcentaje de 31.3% y entre unión libre y casado 63.8% acumulado.

Tabla 10

Horas por turno.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6 horas	76	95,0	95,0	95,0
	8 horas	2	2,5	2,5	97,5
	12 horas	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	



Figura 4. Horas por turno.

Los resultados obtenidos de la figura 4, muestran que el número de horas, para el caso específico de 6 horas, establece una frecuencia de 76 personas; 8 horas 2 personas al igual que 12

horas 2 personas. El horario por turnos se ajusta en un porcentaje acumulado del 95% válido, si se tiene en cuenta que la equivalencia de 6 horas se justifica debido al medio ambiente o contexto laboral. Los usuarios o pacientes por su misma situación que se presenta o patología, quieren alternativas de soluciones ágiles y oportunas. Eventos que generan de una u otra manera estrés laboral, lo cual requiere para su atención un conducto regular o parámetros de seguimiento para su respectiva solicitud.

Tabla 11

Cargo.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Auxiliar	50	62,5	62,5	62,5
	Jefe	30	37,5	37,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

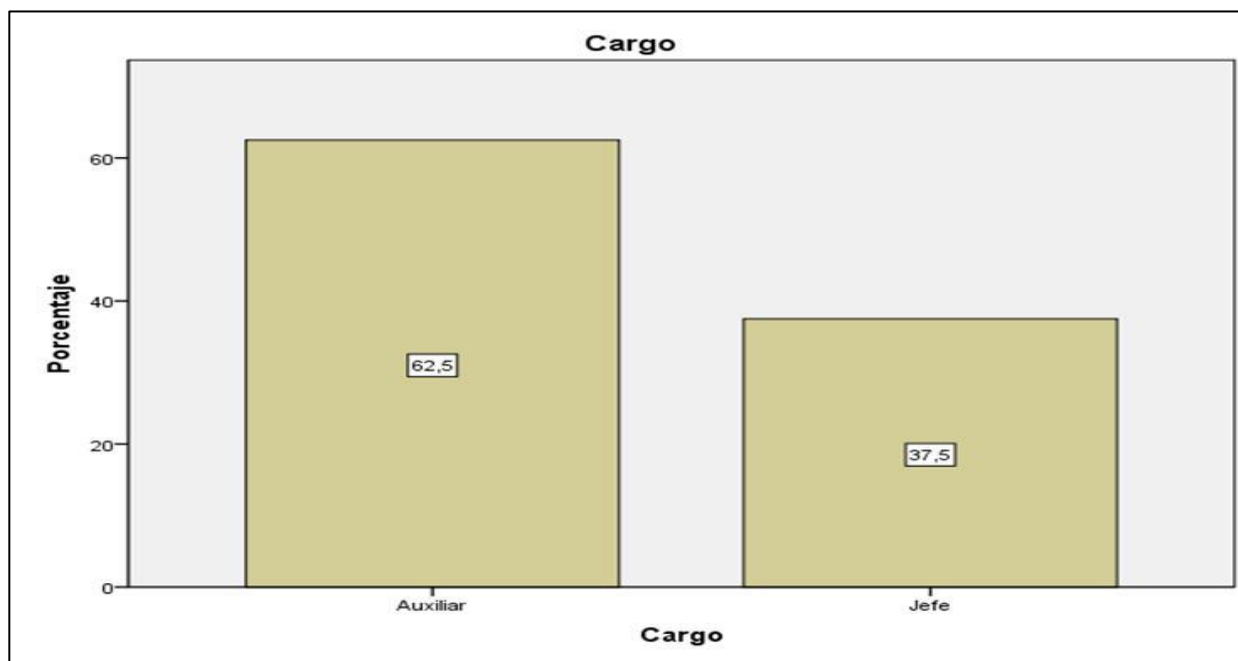


Figura 5. Cargo.

Con respecto a la variable cargo o funciones que ejerce cada colaborador; se indica que la frecuencia corresponde a 50 auxiliares y 30 jefes, destacándose la participación activa de jefes frete a la cantidad de auxiliares. El porcentaje válido para auxiliares establece un acumulado del 62.5% y jefes el 37.5%.

Tabla 12

Tiempo laborado.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 0 y 10 años	52	65,0	65,0	65,0
	Entre 11 y 20 años	14	17,5	17,5	82,5
	Entre 21 y 30 años	7	8,8	8,8	91,3
	Entre 31 y 40 años	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

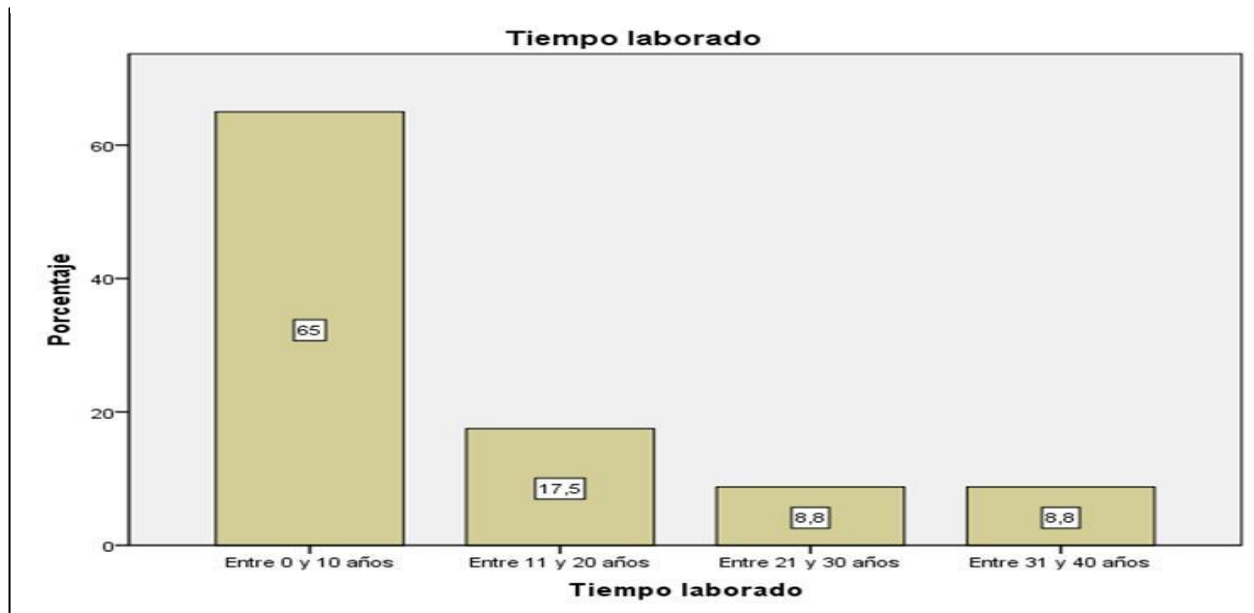


Figura 6. Tiempo laborado.

La figura 6 señala la variable de tiempo laborado, estableciéndose que entre 0 y 10 años la frecuencia corresponde a 52 colaboradores; equivalente al 65% válido y acumulado. Entre 11 y 20 años, 14 trabajadores; correspondientes al 17.5% con un porcentaje acumulado del 82.5%; entre 21 y 30 años, al igual que 31 y 40 la frecuencia es de 7 para cada uno con un porcentaje acumulado del 91.3%.

Para determinar este aspecto la subescala de agotamiento emocional, consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por la demanda de trabajo. Estas preguntas son las número 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. (Ver apéndice A)

Tabla 13

Cansancio emocional.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	14	17,5	17,5	17,5
	Intermedio	14	17,5	17,5	35,0
	Bajo	52	65,0	65,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

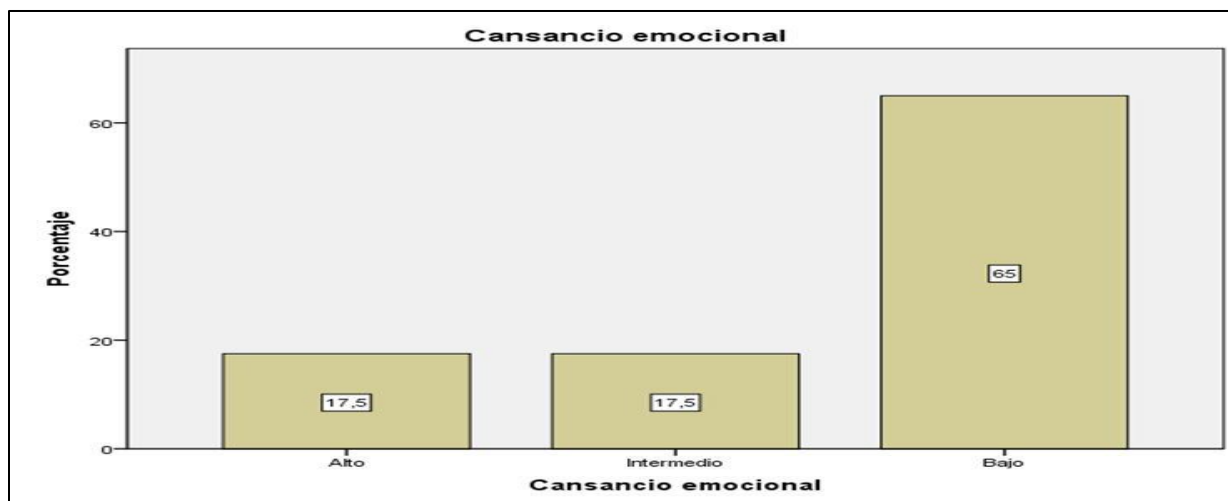


Figura 7. Cansancio emocional.

La figura 7 permite señalar la variable cansancio emocional, donde la frecuencia alta e intermedia corresponde a 14 colaboradores por cada una de ellas; y la frecuencia baja 65. Significa que existe cansancio emocional e intermedio del 17.5% acumulado que debe ser tenido en cuenta para minimizar los riesgos del síndrome de Burnout.

Para esta subescala, está sustentada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce sus actitudes de frialdad y distanciamiento. Las preguntas son: 5,10,11,15 y 22. (Ver apéndice A).

Tabla 14

Despersonalización.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	31	38,8	38,8	38,8
	Intermedio	20	25,0	25,0	63,8
	Bajo	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

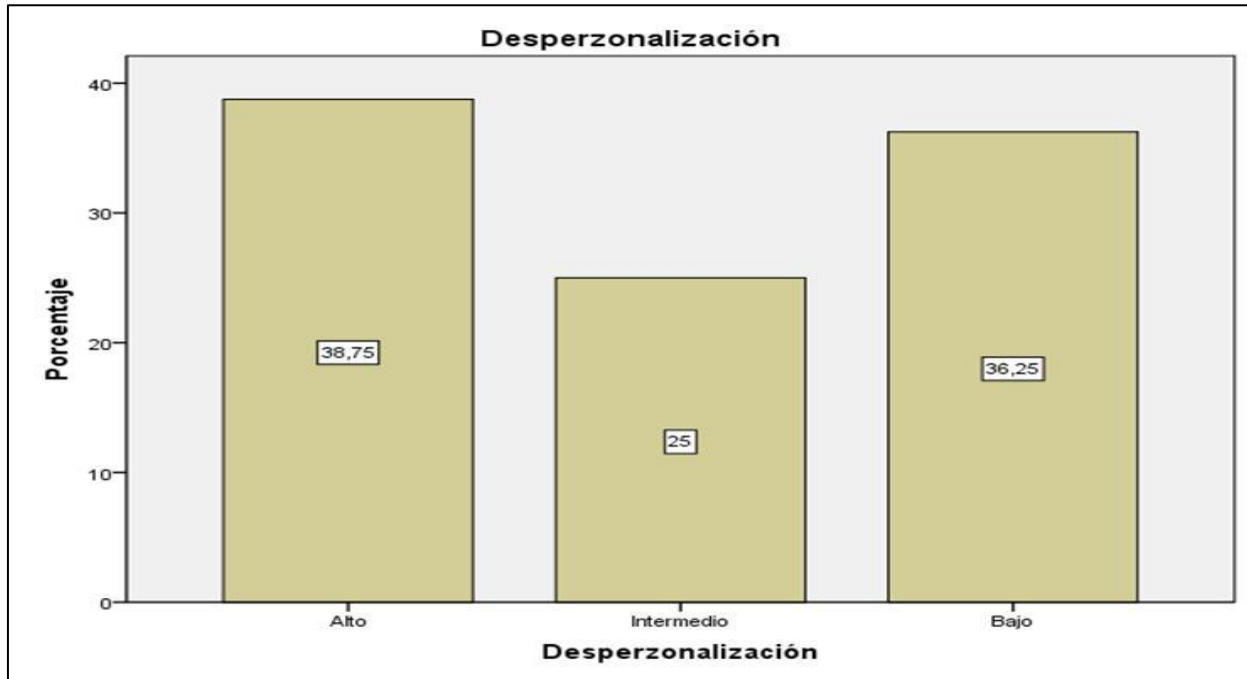


Figura 8. *Despersonalización.*

La figura 8 conlleva a establecer la frecuencia alta de 31 colaboradores, equivalente al 38.8% intermedio 20; correspondiente al 25% y bajo 29 colaboradores equivalente al 36.3%. Lo que significa que tanto el nivel alto como el intermedio requieren de la mayor atención en cuanto a la despersonalización se refiere.

Tabla 15

Realización personal.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja	19	23,8	23,8	23,8
	Intermedio	17	21,3	21,3	45,0
	Sensación de logro	44	55,0	55,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

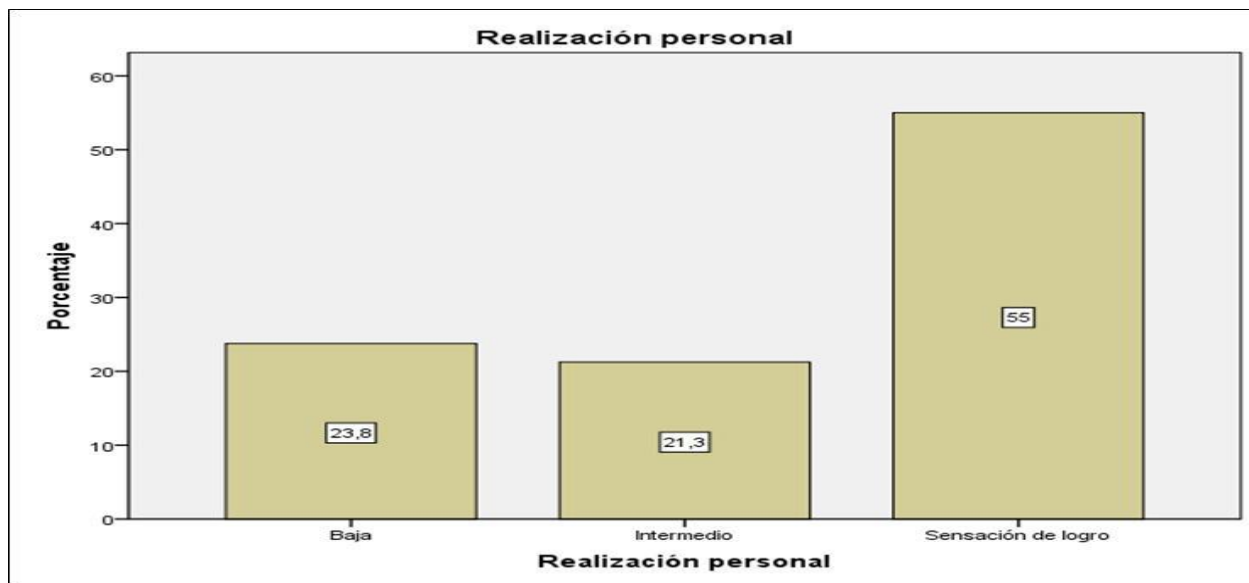


Figura 9. *Realización personal.*

Esta subescala se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Se determina con la preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. (Ver apéndice A)

La figura 9 señala en la variable de realización personal, las siguientes características de frecuencia y porcentaje a saber: baja 19 colaboradores; equivalente al 23.8%; intermedio 17 trabajadores, correspondiente al 21.3%; y sensación de logro 44 personas, en un 55% para un acumulado porcentual del 45%. Significa que existe sensación de logro laboral en un porcentaje de 55% relativamente pertinente.

Tabla 16

Síndrome de Burnout.

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	78	97,5	97,5	97,5
	Presente	2	2,5	2,5	100,0

Descripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	78	97,5	97,5	97,5
	Presente	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	



Figura 10. Síndrome de Burnout.

La figura 10 correspondiente a la variable del Síndrome de Burnout, señala que 78 trabajadores, equivalente al 97.5%, están ausentes del Síndrome de Burnout si se tiene en cuenta que el desempeño en cada una de las actividades genera factores de estrés, que deben ser minimizados por cada uno de los colaboradores.

6.2 Niveles de cansancio emocional, despersonalización y desrealización de los trabajadores de la Clínica Martha de Villavicencio, según la Escala Maslach de Burnout

Con la utilización de la aplicación del SPSS 18.0 y las variables obtenidas en cuanto a edad, sexo, estado civil, horas por turno, cargo, tiempo laborado, cansancio emocional, despersonalización, realización personal y Síndrome de Burnout.

La participación de 80 colaboradores en los cargos de auxiliares equivalente a 50 y jefes 30, con la siguiente distribución de género: sexo femenino 54 y masculino 26. También se indica que la edad oscila entre un mínimo de 20 y 60 años, respectivamente; estableciéndose una medida de 34.84% y la desviación porcentual de 9.764%, factor que permite mostrar el cumplimiento de la ley, si se tiene en cuenta que todos son mayores de edad. Otro aspecto tiene que ver la participación activa del género femenino frente al género masculino.

En cuanto al estado civil de los participantes, se establece un promedio de 26.6 solteros, unión libre y casados. En cuanto al número de horas laborales se establece una frecuencia de 6 horas laborales se establece una frecuencia de 6 horas ejercidas por 76 colaboradores, frecuencia válida para el ambiente o contexto laboral.

La participación de los trabajadores, quienes de manera individual cumplen una función específica, en el cumplimiento de las expectativas o necesidades de los usuarios. Por otra parte, se destaca que entre 0 y 10 años presentan la mayor antigüedad equivalente a 52 trabajadores. Sin embargo, en la frecuencia de 11 a 20 años se indican que vienen colaborando 14 personas, quienes pertenecen a cargos administrativos.

Respecto al variable cansancio emocional se indica que es alta e intermedia en una frecuencia de 14 valida y acumulada, lo cual genera riesgo de Síndrome de Burnout, evento que debe ser tenido en cuenta para minimizarlo.

Existe satisfacción en la realización personal con un 55%, lo que significa que existe sentido de pertenencia, pasión por lo que se hace, y formas dinámicas y armónicas laborales.

Conclusiones

Si bien los resultados obtenidos en la presente muestran que no se alcanza niveles indicativos de alteraciones severas que podrían conducir a un desempeño laboral cargado de tensión con presencia de síntomas como la despersonalización especialmente en jefes y auxiliares de enfermería, confirma la condición estresante de la labor de los mismos, en el ámbito individual es necesario realizar un análisis de los motivos claves por los cuales auxiliares y jefes están presentando niveles de leves de este síndrome, dicho niveles leve pueden ser una señal de alerta de un problema mucho mayor

Se concluye que dentro de la variable de cansancio emocional un 17.5% de los trabajadores encuestados presenta un alto cansancio emocional, lo cual es una cifra relevante dentro de la población colaboradora.

Posteriormente dentro de la variable de despersonalización encontramos un alto porcentaje del 38.75% dejando en evidencia una frecuencia de 31 trabajadores, mostrando una cifra preocupante y se debe tener en cuenta para tomar las respectivas medidas preventivas necesarias.

La variable de realización personal arrojó un resultado bajo del 23.8% en una frecuencia de 19 personas, lo cual se denomina una cifra considerable que no debe seguir aumentando.

Finalmente, de los 80 trabajadores 2 presentan Síndrome de Burnout, equivalente al 2.5% y el 97.5% se señala que están ausentes, pero que indica riesgos de la obtención del síndrome de Burnout. Por consiguiente, la prevalencia del Síndrome de Burnout acorde con los resultados obtenidos, debe establecer la mayor atención por parte de los directivos, beneficiando tanto a la organización en los aspectos económicos y financieros y por ende tanto auxiliares como jefes a quienes se les debe ofrecer un ambiente propicio, seguro, de bienestar y calidad de vida laboral.

Aunque tan solo el 2.5% de la población refiere el síndrome, se deja claro que se evidencia dentro de la clínica, ya que estas dos personas pueden llegar a tener repercusiones en su salud física y mental.

De los tres componentes que se relacionan con Burnout el que más se presenta es la despersonalización o deshumanización, el cual se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia las personas a las cuales les prestan su servicio.

Se encuentra desconocimiento por parte de los trabajadores sobre el síndrome de Burnout, y por eso se hace necesario implementar material de promoción y prevención, donde se evidencien los factores de riesgo y signos de alarma que genera este síndrome.

Recomendaciones

a) Establecer programas de desarrollo personal a través de planes de sensibilización como el coaching psicosocial (en los tiempos que los colaboradores no estén laborando ; podría ser media hora antes de iniciar a laborar) con el fin que se generen una mayor y mejor actitud laboral y profesional con relación a la atención de los usuarios, la relación laboral y los sucesos adversos. Es decir que se genere solidaridad, sensibilidad y humor, con el fin de ayudar a enfrentar el desgaste anímico y al mismo tiempo ser preventivos con el síndrome de Burnout.

b) Promover un estudio más amplio en los diferentes centros hospitalarios de Villavicencio, para identificar analizar la constante de factores en las diferentes clínicas con relación al síndrome Bournot y desarrollar programas de mejoramiento unificados.

c) Implementar el proceso administrativo (planear, organizar, dirigir y controlar) por parte del jefe o supervisor, el cual debe disponer de tiempo para analizar las situaciones que se presenta, crear planes de acción. De ahí que las soluciones deben ser presentadas en coordinación con la participación activa de todos los colaboradores que trabajan en ella.

d) Llevar a cabo la rotación por lugares donde las exigencias laborales sean menores o distintas, con el fin de generar distensión entre los trabajadores lo que permitirá generar experticias y conocimientos en varias tareas u actividades y ambientes de estrés diferentes.

e) La entidad debe reaccionar ante el cansancio emocional que es de un 17.5%, llevando a cabo un programa de humanización con el personal colaborador para así disminuir este resultado para evitar posibles riesgos en el futuro.

f) Es necesario realizar constantemente estudios de Burnout para descubrir los problemas que éste manifiesta en el personal, y poder intervenir de manera segura ante esta problemática.

Referencias Bibliográficas

Aubert, N. & Gaulejac, V. (1991). *El costo de la excelencia*. París. Ediciones del Umbral.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

Briones, G. (2006). *Evaluación educacional*. Tercera edición. Bogotá, D.C. Colombia. Convenio Andrés Bello.

Cherniss, 1980 citado por Medina Tornero, M. (2000). En "Estudio de la satisfacción laboral, el Burnout y el compromiso organizacional de los auxiliares de ayuda a domicilio. En *Revista "Redes Sociales"*. Nº8. Ediciones de la Diputación de Huelva. España.

Constitución Política de Colombia (1991). Alcaldía de Bogotá D.C., 4 de junio de 1991. Artículo 25.

Cummins, R. (1996). Los dominios de la satisfacción con la vida: un intento de caos de orden. En: *Investigación de indicadores sociales*. Australia. Versión On-line ISSN 0718-6568. Consultado del 6 de marzo de 2016. Tomado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-65682010000200017&script=sci_arttext

Gatto, M. E. (2012). *Síndrome de Burnout en Profesionales Médicos de Oncología*. Buenos Aires, Ciudad Autónoma, Argentina.

Gil – Monte, P. R. & Moreno Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid, España. Ediciones Pirámide.

Lerma González, H. D. (2016). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. Bogotá, D.C. Colombia. Ecoe Ediciones.

Maslach, C y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto. California. Consulting Psychologist Press.

Maslach, C. (2001). *Síndrome de Burnout*. Revista de Psicología.

Medina Tornero, M. (2000). "Estudio de la satisfacción laboral, el Burnout y el compromiso organizacional de los auxiliares de ayuda a domicilio". En *Revista "Redes Sociales"*. Ediciones de la Diputación de Huelva. España.

Rojas Gutiérrez, A. (2005). *Compendio de Normas Legales sobre salud ocupacional*. Bogotá. Arseg Artículos de Seguridad S.A, Primero El Hombre.

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de Burnout*. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.

Apéndices

Apéndice. Cuestionario del síndrome de Burnout.

Edad: _____ Horario de turnos: 8 horas _____ 12 horas _____ 24 horas _____

Sexo: F __ M____ Tiempo laborado en la empresa: meses _____ años____

Estado civil: Casado _____ Unión Libre _____ Soltero _____

	ÍTEMS	Nunca	Pocas veces	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
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							

	ÍTEMS	Nunca	Pocas veces	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
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							

	ÍTEMS	Nunca	Pocas veces	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
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							

Fuente: Cruz & Arteaga (2015).

El cuestionario de Maslach Burnout contiene 22 ítems con 6 opciones de respuesta, que enmarca las siguientes 3 variables:

- a) Cansancio Emocional (CE): sentimiento del sujeto de saturación por el trabajo.
- b) Despersonalización (DP): respuesta dirigida al paciente.
- c) Realización personal: sentimientos de competencia y eficacia en la realización personal.

Por otra parte, las opciones de respuesta establecen datos personales y laborales, donde la opción de respuesta presenta 6 variables que hace referencia a nunca, equivalente a 0, pocas veces correspondiente a 1; una vez al mes, equivalente a 2; unas pocas veces al mes, correspondiente a 3; una vez a la semana, calificación 4; pocas veces a la semana, equivalente a 5; y todos los días calificación 6. Rangos específicos donde el encuestado tiene la opción de escoger la respuesta acorde con su situación pertinente.