



SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
Santa Marta, D.T.C.H., Colombia Noviembre 2009



SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL
ESTADO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Psicólogo

ALEXANDER CANOLES MARIN
TATIANA MONTENEGRO ARCHILA
LUIS FERNANDO SANCHEZ GUETHE

Director. FERNANDO ROBERT FERREL ORTEGA
Psicólogo M.A.

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
Santa Marta, D.T.C.H. Colombia Noviembre 2009

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente Del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, Noviembre 5 de 2009

AGRADECIMIENTOS

A **Fernando Robert Ferrel**, Psicólogo, docente de la Universidad del Magdalena, por su apoyo como director de la investigación.

A **Liliana Quintero**, Psicóloga, docente de la Universidad del Magdalena, por su valiosa colaboración en el proceso estadístico de la investigación.

A **Luis Fernando Sabogal**, Psicólogo, coordinador de la Cámara de Gessell de la Universidad del Magdalena, por su valioso aporte en la elaboración de la base de datos estadística de la investigación.

A **Guillermo Ceballos Ospino** y **Angélica Peña Cabarcas**, Psicólogos, docentes de la Universidad del Magdalena, por su aporte como jurados expertos en el proceso de evaluación de la investigación.

A todos los **médicos** de la comuna 3 **E.S.E. Alejandro Próspero Reverend** por su valiosa participación en la investigación.

ALEXANDER CANOLES MARÍN

TATIANA ISABEL MONTENEGRO ARCHILA

LUIS FERNANDO SANCHEZ GUETTE

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a **Dios** pues permitió el logro que hoy estoy alcanzando. Porque sin su bendición mi vida no sería la misma, ni encontraría las respuestas a los retos de cada día...

Dedico con todo mi amor y les agradezco infinitamente a **mis padres** porque siempre han creído en mí y me han brindado su apoyo incondicional. Porque con su crianza sembraron en mí sus esperanzas y me formaron como un ser humano correcto y con las capacidades necesarias para enfrentar los caminos que se recorren en la vida. Te agradezco a ti mamá, por tu paciencia y tu amor absoluto que me enseñó el valor de ser mujer y de una buena madre. Te agradezco a ti papá por las charlas durante aquellas noches, por tu confianza y tu entrega total como padre.

Dedico este logro a **mis hermanos** pues sus experiencias llenaron de conocimiento mi ser y su apoyo se convirtió en un aliento en los momentos difíciles. Te agradezco a ti Paulo porque me has acompañado durante todos estos años y me has enseñado que la vida hay que vivirla aun cuando no conozcamos el futuro que vendrá. Te agradezco a ti Robert pues aún en tu ausencia he aprendido el valor de compartir momentos junto con los seres que amas y aprendí que el ser humano guarda un potencial increíble que no es capaz de alcanzar solo por falta de ambiciones.

Te dedico esto a ti **mi morsaorte** porque con tu amor complementaste mi vida y con tu apoyo permitiste que cumpliera mis metas y lograra alcanzar mis sueños.

Agradezco a **mis amigos** con quienes he compartido momentos que han dejado huellas en mi corazón, y quienes me enseñaron el valor de compartir ideales y convicciones.

Agradezco a todas y cada una de las personas que hicieron posible la realización de este proyecto, porque sin su apoyo no se lograría este objetivo.

Tatiana I. Montenegro Archila

Dedicatoria

Son muchas las metas que una persona puede trazarse en la vida y a su vez es mucha la gente que contribuye a la consecución de esta, he sido muy afortunado de llegar a esta etapa de mi vida y poder agradecerles a todos estos seres que de una u otra forma han intervenido en la consolidación de este logro tan importante para mí como lo es ser Psicólogo.

Comenzaré por darle gracias a Dios por darme tantas cosas bellas como mi familia, te agradezco a ti mamá por querer hacer de mí una persona de bien de la que tú te puedas sentir orgullosa porque nunca desvió su camino, valió la pena los esfuerzos y las peleas porque me hiciste entender que el único camino para salir adelante es el estudio, ojala Dios te de la suficiente vida para recompensarte cada día por todo lo que me has ofrecido, este logro es para ti también papa, aunque nunca nos hemos entendido se que siempre has hecho lo posible para que tu familia salga adelante y tenga las oportunidades de estudio que quizás tu no tuviste, les agradezco a todos mis hermanos por el apoyo incondicional que siempre me han brindado porque en ocasiones se sacrificaron para que yo pudiera asistir a la universidad que este logro les sirva de ejemplo y de incentivo para que algún día ustedes también puedan alcanzarlo.

Termino estas palabras agradeciendo a lo más importante que he conseguido en mi vida universitaria hablo de ti amor que con tus consejos y tu constante compañía lograste llenar mi vida de dicha y alegría con esa manera particular de quererme y de mostrarme que vale la pena esforzarse por la construcción de un futuro mejor para los dos, Te amo.

Luis F. Sánchez Guette

Dedicatoria

Dedicado principalmente a **Dios**, quien me ha dado las mejores oportunidades de crecer y forjarme como un ser humano de bien y con grandes habilidades y capacidades para servir a mi prójimo.

Dedico con gratitud y entusiasmo a mi **Madre**, ella con su paciencia, esfuerzo y ternura estuvo siempre allí junto a mí para llorar por mis derrotas y reír por mis victorias, ayudándome a levantar y darme sus sabias palabras de aliento; a ella debo este triunfo y mi vida entera. **-GRACIAS MI VIEJITA LINDA-**

A **Luis Carlos, Hindris y Rafael Ricardo**, mis hermanos, juntos hemos caminado por un sendero que más de una vez estuvo muy estrecho pero siguieron ahí incondicionalmente mostrándome que unidos venceremos, además porque me han dado fuerzas cuando pensé bajar mis brazos y dejar de luchar. **-Gracias por creer que se puede-**

A mis **Angelitos**, que son la luz y el motor que me motiva mis días para seguir creyendo que se puede ser mejor; **Juan Esteban, Lorena, Michell**, mis sobrinitos del alma ustedes son mi presente y mi futuro.

A ti **Bebe**, tú llegaste en momentos críticos en mi vida, enseñándome que nunca es tarde para empezar; has soportado mis rabias y mis angustias; pero también mis alegrías; hemos pasado por días oscuros pero pronto brillara la luz para los dos **-TE AMO-**

A **ASOCIACION DE CLUBES JUVENILES SANTA MARTA (ASOCLUBES)**, mi segunda familia, iniciaron en mi la vocación social, que hoy me tiene en pie de lucha y búsqueda de un mejor país.

A mis **Amigos**, aquellos que creen que la amistad no es un momento, sino que es todo un camino largo y difícil, pero que con paciencia, confianza se puede disfrutar su rumbo. **Viejo Fer, Nico, Vico, Nancy** esto no termina aquí.

A **Tatiana Montenegro y Luis Fernando Sánchez**, amigos gracias por no desfallecer ante este reto, se hizo grande el tiempo pero hay estuvieron y cumplimos sin poner resistencia.

A mis **profesores** gracias por transmitir sus conocimientos y permitir forjarme como profesional.

Agradezco a todos aquellos que me ayudaron con su granito de arena a edificar este proceso, su apoyo fue y será muy importante para mí.

Alexander Canoles Marín.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Resumen | 12 |
| Abstract | 13 |
| Introducción | 14 |
| 1. Planteamiento del Problema | 17 |
| 2. Justificación | 21 |
| 3. Objetivos | 24 |
| 3.1. Objetivo General | 24 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 24 |
| 4. Hipótesis | 25 |
| 5. Marco Teórico | 26 |
| Metodología | 35 |
| Tipo de Investigación | 35 |
| Variables de estudio | 36 |
| Población y Muestra | 37 |
| Instrumento de Recolección de Información | 38 |
| Procedimiento | 40 |
| Procesamiento de la Información | 42 |
| Consideraciones Éticas | 43 |
| Resultados | 45 |
| Discusión | 74 |
| Recomendaciones | 81 |
| Referencias | 83 |
| Anexos | 91 |

LISTA DE GRAFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Edad de los Médicos, por rangos. | 47 |
| Grafico 2. Distribución según género | 48 |
| Grafico 3. Tiempo de labor de los médicos (en años). | 48 |
| Gráfico 4. Estado civil de los médicos | 49 |
| Gráfico 5. Distribución según trabajos secundarios | 50 |
| Gráfico 6. Cansancio Emocional y Género | 53 |
| Gráfico 7. Despersonalización y Género | 55 |
| Gráfico 8. Realización Personal y Género | 56 |
| Gráfico 9. Cansancio Emocional y Edad | 57 |
| Gráfico 10. Despersonalización y Edad | 58 |
| Gráfico 11. Realización Personal y Edad | 59 |
| Gráfico 12. Cansancio Emocional y Estado Civil | 61 |
| Gráfico 13. Despersonalización y Estado Civil | 62 |
| Gráfico 14. Realización Personal y Estado Civil | 63 |
| Gráfico 15. Cansancio Emocional y Cargo | 64 |
| Gráfico 16. Despersonalización y Cargo | 65 |
| Gráfico 17. Realización Personal y Cargo | 66 |
| Gráfico 18. Cansancio Emocional y Tiempo de labor | 68 |
| Gráfico 19. Despersonalización y Tiempo de labor | 69 |
| Gráfico 20. Realización Personal y Tiempo de labor | 70 |

LISTA DE TABLAS.

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Definición Operacional de Variables | 37 |
| Tabla 2. Población Médicos de la E.S.E. Comuna 3 | 38 |
| Tabla 3. Características de la Población | 39 |
| Tabla 4. Ítems de la Subescalas del MBI | 40 |
| Tabla 5. Cansancio Emocional | 50 |
| Tabla 6. Despersonalización | 51 |
| Tabla 7. Realización Personal | 51 |
| Tabla 8. Dimensiones del burnout | 52 |
| Tabla 9. Relación del Cansancio Emocional y el Género | 53 |
| Tabla 10. Relación de la Despersonalización y el Género | 54 |
| Tabla 11. Relación de la Realización Personal y el Género | 55 |
| Tabla 12. Relación Cansancio Emocional y Edad | 57 |
| Tabla 13. Relación Despersonalización y Edad | 58 |
| Tabla 14. Relación Realización Personal y Edad | 59 |
| Tabla 15. Relación Cansancio Emocional y Estado Civil | 60 |
| Tabla 16. Relación Despersonalización y Estado Civil | 61 |
| Tabla 17. Relación Realización Personal y Estado Civil | 62 |
| Tabla 18. Relación Cansancio Emocional y Cargo | 64 |
| Tabla 19. Relación Despersonalización y Cargo | 65 |
| Tabla 20. Relación Realización Personal y Cargo | 66 |
| Tabla 21. Relación Cansancio emocional y Tiempo de labor | 67 |
| Tabla 22. Relación Despersonalización y Tiempo de labor | 68 |

| | |
|--|----|
| Tabla 23. Relación Realización Personal y Tiempo de labor | 69 |
| Tabla 24. Análisis de varianza Cansancio Emocional y Puestos de Salud | 71 |
| Tabla 25. Análisis de varianza Despersonalización y Puestos de Salud | 72 |
| Tabla 26. Análisis de varianza Realización Personal y Puestos de Salud | 73 |

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE LA COMUNA 3 DEL DISTRITO DE
SANTA MARTA, COLOMBIA

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la presencia del Síndrome de Burnout en los médicos de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta, teniendo en cuenta cada uno de sus componentes *Desgaste Emocional, la Despersonalización y la Falta de Realización Personal*. Se trata de una investigación descriptiva de diseño transversal y con una población de 23 médicos vinculados laboralmente a la E.S.E del distrito de santa marta, a los cuales se les aplicó el cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) (Maslach & Jackson, 1997), y una encuesta sobre factores sociodemográficos. La información se procesó mediante el SPSS 14 para Windows mediante el cual se hicieron medidas de tendencia central y análisis de varianza (ANOVA). Se encontró una prevalencia del 56,5% para desgaste emocional, 13% para despersonalización y 95,7% para Realización personal. Lo que indica ausencia del síndrome sin descartar el riesgo de su presencia, confirmando lo que plantean algunos estudios y descartan otros.

Palabras Clave: Burnout, Agotamiento Emocional, Falta de Realización Personal y Despersonalización.

BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS AT COMUNITY 3 OF DISTRICT OF
SANTA MARTA, COLOMBIA

Abstract

The present investigation had as objective to determine the presence of Syndrome of Burnout in doctors of the community 3 of the District of Santa Marta, in terms of emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment. This is a cross-sectional descriptive research design with a population of 23 doctors attached to the ESE occupationally district of Santa Marta by applying the questionnaire called Maslach Burnout Inventory (MBI). and a survey of sociodemographic factors. The information was processed using SPSS 14 for Windows by which became central tendency measures analysis of variance (ANOVA). We found a prevalence of 56.5% for emotional exhaustion, 13% for depersonalization and 95.7% for personal fulfillment. This indicates the absence of the syndrome without discount the risk of its presence, confirming thus raises some studies and discards others.

Key words: Syndrome of Burnout, Emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el Síndrome de *Burnout* o “*Síndrome de quemarse*” en el trabajo, ha sido un tema de gran interés para muchos investigadores orientados al estudio de las principales profesiones asistenciales y de ayuda. Desde esta perspectiva, el desarrollo del *Burnout* en los profesionales de la salud puede aparecer como resultado de la exposición del sujeto a las fuentes de estrés propias del ámbito laboral. En contraste, se encuentra la perspectiva que señala el desarrollo de este síndrome como resultado de las diferentes formas de afrontamiento no adaptativas que realiza la persona, teniendo como consecuencia el agotamiento de sus recursos emocionales y conllevando a que los médicos adopten una actitud de distanciamiento fría y despersonalizada hacia sus pacientes, entendiéndose esta conducta como la manera de afrontar el agotamiento experimentado (Moreno, Garrosa y González, 2000).

El Síndrome de *Burnout* es motivo de preocupación por las repercusiones que implica en el individuo, entre las que se encuentran lo emocional, conductual y psicosomático, enmarcadas en las áreas personal, familiar, social y laboral, entre las cuales se destacan el absentismo laboral, la disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios, movilidad laboral, pérdida de productividad y el deterioro de la calidad de los servicios médico asistenciales prestados por los profesionales de la salud. (Guevara, Henao y Herrera, 2004)

Según Maslach y Jackson (Citado en Pera y Serra-Prat, 2002), el *Burnout* o *Síndrome del quemado* (SQ) se puede identificar a partir de tres dimensiones interrelacionadas: el *cansancio emocional*, descrito como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea por la que no se siente atractivo alguno; la *despersonalización*, que supone una conducta de rechazo hacia los pacientes, refiriéndose a ellos como si fuesen objetos, y la *falta de realización personal*, la cual consiste en una actitud negativa hacia sí mismo y el trabajo, pérdida de interés por éste, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima.

Las causas del Síndrome de *Burnout* no están bien establecidas, factores personales como la edad, el sexo o la personalidad del individuo; factores sociales como el estado civil o el número de hijos, y factores laborales, como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, la antigüedad, el turno horario o el tipo de actividad desarrollada pueden influir en la incidencia del mismo (Pera y Serra-Prat, 2002).

Este síndrome posee una gran prevalencia en los profesionales del sector de servicios, como son los cajeros, médicos, docentes, enfermeras, entre otros. Sin embargo, entre los colectivos ocupacionales más propensos al desarrollo del *Burnout* se encuentran los médicos (Gil-Monte, García y Caro, 2008).

La presente investigación se centró en determinar la presencia del Síndrome de *Burnout* en los médicos de la E.S.E. *Alejandro Prospero Reverand* de La Comuna 3 del Distrito de Santa Marta, utilizando el instrumento de medición denominado: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) creado por Maslach & Jackson 1997 (citado en Mancilla, N.d.)

para así establecer diferencias significativas entre el personal médico de los centros y puestos de salud ubicados en esta localidad. Seguidamente se realizó un análisis de varianza de los datos para establecer relaciones significativas entre los grupos de médicos de cada puesto o centro de salud ubicado en la comuna 3 del Distrito de Santa Marta y las dimensiones del Síndrome de *Burnout*.

Esta investigación se enmarca dentro de los estudios que sobre este tema desarrolla el grupo de investigación de comportamiento y salud “Rubén Ardila” (GEICRA) del Programa de Psicología, avalado por la Universidad del Magdalena ante Colciencias. Su presentación y redacción siguen los lineamientos establecidos por la resolución 01 del programa de Psicología de la Universidad del Magdalena y las normas APA vigentes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término *Burnout* hace referencia al estado de desgaste y desilusión que experimenta el individuo respecto a su trabajo, este síndrome es el resultado de la presencia de estresores del área laboral, entorno social y del propio sujeto (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004). Maslash & Jackson describieron el síndrome de Burnout como un proceso que se iniciaba con una gran carga emocional y su correspondiente tensión, que conducía al agotamiento del sujeto quien terminaba presentando conductas de distanciamiento y actitudes de cinismo con las personas que atendía (Román, 2003).

El *Burnout* ha sido de gran relevancia para muchos investigadores, a nivel internacional autores como: Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete 2005; Borges, Tenório, Souza, Pereira y Souza, 2002; Reyes, Díaz, Reyes, Erazo y Aguilera, 2007 y Román, 2003, han evidenciado la presencia del síndrome de *Burnout* en diferentes contextos y poblaciones de estudio.

El desarrollo de este tipo de investigaciones sobre el Síndrome de *Burnout* permitieron la estructuración de la presencia del síndrome y sus consecuencias en el desarrollo del trabajo, en lo que respecta al equipo médico, se encuentran numerosas investigaciones a nivel nacional e internacional que reflejan esta condición en los profesionales de la medicina.

En un estudio realizado en Chile, Barría (2002) investigó el Síndrome de *Burnout* en asistentes médicos del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile, arrojando como resultado presencia del síndrome en un 30.8% de los asistentes médicos, existiendo un mayor porcentaje de *Burnout* en mujeres que en hombres con 30.1%.

En México, en una investigación realizada por Ortega, Ortiz y Coronel (2007) donde se identificó la presencia, nivel y distribución de los factores que constituyen al Síndrome de *Burnout* y su relación con la personalidad de los médicos de los diferentes servicios y turnos del centro estatal de cancerología de Veracruz. Los resultados mostraron una correlación negativa entre la personalidad y el *Burnout* presentado por los médicos.

Así mismo, Alcaraz (2006) en su tesis sobre frecuencia y factores de riesgo asociado al síndrome de *Burnout* en un hospital de segundo nivel en México encontró que un porcentaje significativo (78%) de las personas evaluadas padecían de dicho síndrome.

En Argentina, Popp (2008) realizó un estudio preliminar del síndrome de *Burnout* donde se midió el nivel de *Burnout* en el equipo asistencial (enfermeras y médicos) de unidades de terapia intensiva (UTI) de instituciones públicas y privadas de Entre Ríos y los métodos de afrontamientos. Los resultados mostraron niveles medios de *Burnout* y la utilización de estrategias de afrontamientos tales como: el análisis lógico de

la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema.

Nuevamente, en México, Marrero y Grau (2005), investigaron el *Burnout* en médicos de unidades de cuidados intensivos neonatales, obteniendo un 8% de la población afectados por el *Burnout*, de lo cual según los datos obtenidos la mayoría de las afectaciones correspondían a un nivel moderado.

A nivel Nacional se han realizado investigaciones en ciudades como Cali donde Guevara y Cols. (2004), investigaron el Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Internos y Residentes del Hospital Universitario del Valle, presentando un 85.3% entre los niveles moderado y severo del síndrome de *Burnout*, siendo el componente de *desgaste emocional* el más afectado y sin diferencias significativas entre los grupos de médicos.

En Bogotá, Paredes y Sanabria-Ferrand (2008), investigaron la prevalencia del síndrome de *Burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas y su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales, en el cual el 12,6% de la población evidenció un alto nivel de *Burnout*.

En la ciudad Santa Marta, se han realizado diferentes estudios sobre Síndrome de *Burnout* en poblaciones como personal de enfermería y docentes universitarios, sin embargo sus resultados no han sido publicados en la actualidad. La población de interés del presente estudio no ha sido evaluada anteriormente. Además, laboran para una

Empresa Social del Estado muchos de los cuales desarrollan su trabajo en los diferentes puestos y centros de salud de barrios populares de la ciudad de Santa Marta, con altos grados de vulnerabilidad y con condiciones locativas de escasa sistematización y tecnología. Todo lo cual dificulta su trabajo la buena prestación del servicio médico.

Ante esta situación problema, se plantea la siguiente pregunta que orientó la investigación: *¿Cual es el grado y las características de presencia del síndrome de Burnout en los médicos de la E.S.E Alejandro Próspero Reverend de la comuna 3 del distrito de santa marta?*

2. JUSTIFICACIÓN

El trabajo es uno de los factores que produce más estrés, cuando éste se vuelve una prioridad para el ser humano el individuo deja a un lado sus relaciones sociales, familiares y su crecimiento personal, y se encierra en un mundo donde el trabajo lo es todo y no existe cabida para nada más. Cuando esto sucede, las personas no controlan su parte emocional y puede psicosomatizar síntomas o en el peor de los casos desarrollar el Síndrome de *Burnout* (Gil-Monte, 2004 citado en Moreno, 2006).

Diversas investigaciones desarrolladas en torno al síndrome de *Burnout* o síndrome del quemado, lo describen como una forma de estrés laboral, que resulta de la respuesta que tiene el individuo al estrés ocupacional crónico. Otros lo describen como un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales (Guevara y Cols, 2004).

A pesar de la importancia del tema, en la ciudad de Santa Marta (Colombia), los estudios son incipientes con el personal de salud, consistentes en algunos trabajos de grado como el realizado por Sierra y Rodríguez en 2008 que encontraron presencia del Síndrome en médicos especialistas. Por ello, la realización del presente estudio se hizo necesaria con el fin de investigar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal

médico de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta.

El distrito de Santa Marta cuenta con aproximadamente 500 mil habitantes y 12 comunas. La comuna 3, lugar donde se realizó esta investigación, cuenta con una población 55.660 habitantes de los niveles I, II y III del SISBEN y está constituida por los siguientes barrios: Alfonso López, Almendros, Betania, César Mendoza, Cristo Rey (Nacho vives), el Pradito, el Recreo, ensenada Juan XXII, Ensenada Olaya, Manguitos, Miraflores, Norte, Obrero, Olaya Herrera, Pescaito, San Fernando, San Martín, San Jorge, Urbanización Berlín, Urbanización Campo Alegre, Urbanización Guido, Urbanización Hábitat, Urbanización Riascos, Urbanización Veracruz, 20 de Julio y Veracruz (Empresa social del estado Alejandro Próspero Reverend {E.S.E.}, 2009).

Esta comuna cuenta con el mayor número de puestos y/o centros de salud del distrito de Santa Marta, entre los que se encuentran las siguientes Unidades Puestos de Servicios de Salud (UPSS): UPSS NACHO VIVES, UPSS SAN JORGE, UPSS SAN FERNANDO, UPSS JUAN XXIII, UPSS OLAYA HERRERA y UPSS LOS ALMENDROS y la Policlínica LA CASTELLANA (Documento E.S.E., 2009).

Dichos establecimientos de servicios de salud se clasifican en tres niveles de complejidad, estos son: BAJA COMPLEJIDAD subdividida en: TIPO A: entre 4 y 8 mil habitantes, TIPO B entre 8 y 18 habitantes y TIPO C: entre 18 y 40 habitantes (de acuerdo a la población amparada por el mismo), MEDIA COMPLEJIDAD y ALTA COMPLEJIDAD. La comuna 3 alberga un establecimiento de mediana complejidad y

cinco establecimientos de baja complejidad, distribuidos en cuatro del TIPO B y uno del TIPO C (Documento E.S.E, 2009).

Por otro lado, cabe señalar que la pertinencia de esta investigación se completa al encontrarse enmarcada en la línea de investigación *comportamiento, hábitos y estilos de vida*, del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena y del grupo GEICRA, permitiendo el aporte de ideas nuevas sobre un síndrome poco conocido para la sociedad samaria, cimentando nuevas bases para posteriores investigaciones sobre el Síndrome de Burnout.

En cuanto a la viabilidad de la investigación queda claro que fue viable pues existieron los recursos necesarios para su ejecución, aplicación y evaluación del síndrome, por medio del *Maslach Burnout Inventory (MBI), Forma Clínica*: para diagnóstico del Síndrome de Burnout (Maslach & Jackson, 1997 citado en Mansilla, n.d.), que contempla medidas antecedentes del Burnout relativas al contexto laboral y organizacional, así como elementos específicos del síndrome; este instrumento ha sido utilizado en diferentes investigaciones a nivel internacional, nacional y regional. Además se tuvo total disposición por parte de la E.S.E. y del personal médico que labora en esta, pues aportaron su participación voluntaria en la presente investigación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Describir el grado de Burnout, que presentan los médicos de la E.S.E *Alejandro Próspero Reverend* de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta, por medio de la aplicación del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1997 citados en Mancilla, n.d.) según cada una de sus dimensiones *cansancio emocional, despersonalización y realización personal*.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las tres dimensiones del *Maslach Burnout Inventory* (MBI: *Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal*).
- Describir el grado de cada uno de las dimensiones del Síndrome de *Burnout* según la edad, el sexo, estado civil, cargo y el tiempo de labor de los médicos de la E.S.E. *Alejandro Prospero Reverend* de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.
- Comparar el grado de las dimensiones del Síndrome de *Burnout* entre los médicos de los diferentes Centros y Puestos de salud de la E.S.E. *Alejandro Próspero Reverend* de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta.

4. HIPÓTESIS

- ✓ Hipótesis nula (X₁): *No existen diferencias significativas entre el Cansancio Emocional y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*
- ✓ Hipótesis Alternativa (X₂): *Existen diferencias significativas entre el Cansancio Emocional y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*
- ✓ Hipótesis nula (X₃): *No existen diferencias significativas entre la Despersonalización y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*
- ✓ Hipótesis Alternativa (X₄): *Existen diferencias significativas entre la Despersonalización y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*
- ✓ Hipótesis nula (X₅): *No existen diferencias significativas entre la Realización Personal y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*
- ✓ Hipótesis Alternativa (X₆): *Existen diferencias significativas entre la Realización Personal y los puestos de salud de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta.*

5. MARCO TEÓRICO

A nivel Internacional se han realizado diversas investigaciones sobre el Síndrome de *Burnout* en diferentes profesiones, tales como: docencia, personal de salud, personal sanitario, estudiantes universitarios, desempleados, entre otros, dichas investigaciones han evidenciado la existencia del síndrome en diferentes contextos (Bernaldo de Quiroz-Aragón y Labrador-Encinas, 2006; Ortega, Ortiz y Coronel, 2007; Segura, Ferrer, Palma, Ger, Domenech, Gutierrez y Cebria, 2006).

Freudenberger (citado en Gil-Monte, Peiró Valcárcel y Grau, 1996), utilizó el término "Síndrome de *Burnout*" o "síndrome del *desgaste profesional*" para describir un estado físico y mental que sostenían los jóvenes voluntarios. Los cuales se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Luego de uno a tres años de labor, los voluntarios presentaban conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

A partir de dichas observaciones, Freudenberger, describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el síndrome de *Burnout*, el cual se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. También, afirma que estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos y para lograr

el bien común; pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios (Parraga, 2005).

En este sentido, desde el 1977, año en el que Maslach dio a conocer sus trabajos a la Psicología, se utiliza el término *Burnout* para referirse al *desgaste profesional* de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios. Maslach y Jackson, 1981 (citado en Grau, Flichtentrei, Suñer, Font-Mayolas, Prats y Braga, 2008) definen el *Burnout* como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por *Cansancio Emocional* (CE), *Despersonalización* (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el *Logro/Realización Personal* (RP).

A partir de estos componentes se elaboró el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), para medir el *Burnout* en el personal de servicios humanos y educadores evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, y es importante subrayar que en la última revisión se ha sustituido el término *despersonalización* por *cinismo* para las "profesiones no asistenciales" (Maslach y Jackson, 1997 citado en Parraga, 2005).

Referido a este contexto, es necesario mencionar las variables que pueden influir en la aparición del Síndrome. En cuanto a la edad, se ha encontrado que el síndrome de *Burnout* es más frecuente entre las edades de 30 a 60 años (Esquivel, Buendía, Martínez, Martínez y Velasco, 2006). Para Guevara y Cols, (2004), las mujeres son el grupo más

vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

En lo que se refiere al estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras y divorciadas tienen mayor *Cansancio Emocional*, menor *Realización Personal* y mayor *Despersonalización*, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables (Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Moreno, Morante, Rodríguez y Palomera, 2006).

Por otro lado se encuentra la turnicidad laboral, al respecto Ortega y López (2004), consideran que los turnos u horario laboral de los profesionales sanitarios pueden conllevar a la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Frente a la variable antigüedad profesional en el síndrome de *Burnout*, no existe acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Sin embargo, se encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más *Burnout* experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos *Burnout* presentaron y por ello siguen presentes (Mira, Salazar y Urán, 2005).

Actualmente, se atañe el síndrome de *Burnout* a diversos grupos de profesionales que incluye desde directivos hasta amas de casa, y se explica que éste es el resultado de un proceso de continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y sus estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo. Añadiendo la sobre exigencia, la tensión y la frustración por resultados no esperados, se originan riesgos de enfermar física (alteraciones psicósomáticas) y/o mentalmente (estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.) (Pérez, 2000).

Retomando los postulados de Parraga (2005) se tiene que entre las diferentes definiciones del *Burnout* existen algunas características similares; de las cuales se destacan, primero, el predominio de los síntomas mentales o conductuales sobre los físicos. Entre los síntomas, se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el *Cansancio Emocional*. Segundo, los síntomas se

manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente. Tercero, el *Burnout* es considerado como un síndrome clínico-laboral; cuatro, se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento en el trabajo junto a la sensación de baja autoestima.

El concepto de *Burnout* ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, en este sentido el *estrés laboral* es considerado un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el *Burnout* sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del Síndrome de *Burnout*, que es un síndrome exclusivo del contexto laboral. Además, ambos constructos, aunque compartan conceptos, son diferentes en factores como agotamiento y subutilización del profesional, enfocados desde un continuo de interacciones entre el profesional y los factores relacionados con su trabajo (Pines y Kafry, 1978, citado en Aranda, Pando y Pérez, 2004).

En lo que respecta al *estrés laboral*, Schaufeli y Buunk (citado en Cisneros, 2003) diferencian al Síndrome de *Burnout* en función al proceso de desarrollo; explicando que este es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. Mientras que el Estrés Laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. De esta manera, el Síndrome de *Burnout* podría considerarse como un estado de *Estrés Laboral* prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al *estrés* producido en el contexto de trabajo. Sin embargo, es necesario aclarar que el estrés laboral no necesariamente conduce al *Burnout* (Quiceno y Alpi, 2007).

Existen varios modelos explicativos del síndrome de *Burnout*, entre ellos se encuentran los modelos desarrollados a partir de la teoría *socialcognitiva*, que otorgan especial importancia a las variables de self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.). Por otro lado, se encuentran los modelos de las teorías del *intercambio social*, que exponen la etiología del *Burnout* en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que pueden desarrollar los individuos luego de un proceso de comparación social. Del mismo modo se encuentran los modelos de la teoría *Organizacional* que enfatizan en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse (Gil Monte, 2001).

Cherniss (citado en Tous, 2005), postula que el *Burnout* se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres (3) fases evolutivas: fase de estrés o fase de estrés psicosocial, fase de agotamiento o fase de estrés psicofisiológica y fase de afrontamiento defensivo. La *primera* consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos; la *segunda*, se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento y la *tercera*, implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El *Modelo Procesual de Leiter y Maslach* (citado en Pera y Serra-Prat, 2002) plantea que la aparición del *Burnout* se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría *Cansancio Emocional* en el trabajador, para luego experimentar la *Despersonalización* como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja *Realización Personal* como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La *despersonalización* experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y por último, la *dificultad para la realización personal* en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades para hacer la diferencia (Bausela, 2005).

Otro modelo a destacar de carácter integrador es el de Gil-Monte (citado en Bausela, 2005) que plantea primeramente que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los

efectos de sus comportamientos y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

En lo que respecta a la medicina, la preocupación creciente por el *desgaste profesional* que sufren los médicos no es casual. El llamado síndrome del *Burnout* se ha constituido paulatinamente como una seria amenaza que acecha a la salud de los profesionales de la medicina y disciplinas afines. El síndrome afecta no solamente la salud, también compromete la calidad de vida y el rendimiento profesional y cognoscitivo. Tiene, además, serias repercusiones en la comunidad: un médico *quemado* responsable de la salud y cuidado de sus pacientes, difícilmente podrá actuar con los estándares de calidad que la sociedad le exige (Cisneros, 2003).

Maslach (citado en Cisneros, 2003) describe seis áreas interrelacionadas entre sí, que son a la vez causa y consecuencia de cambios sociales profundos y que ayudan a comprender las causas del síndrome de *desgaste profesional*: *las cargas de trabajo, los sistemas de recompensas, la capacidad de control sobre el trabajo, el apoyo social, el grado de justicia en el trato por parte de la organización y los valores*. La suma de estos factores, produce sobrecarga de trabajo, que se traduce en malestar y frustración para el médico, y en falta de tiempo para atender adecuadamente al paciente, razones por las cuales la sobrecarga laboral, es considerada como la mayor causa directa del síndrome de *desgaste* en los profesionales de la salud.

El rasgo fundamental del *síndrome de desgaste profesional* en el personal médico es, el *cansancio emocional* o la sensación de no poder dar más de sí mismo. Para

protegerse de este sentimiento negativo, el individuo tiende a aislarse, adoptando una actitud impersonal hacia los pacientes y los miembros del equipo de trabajo; puede mostrarse o ser sentido como cínico o distanciado. En otras ocasiones utiliza etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o intenta hacer sentir culpables a los demás de sus frustraciones. Las actitudes asumidas producen un descenso en la eficiencia y en los compromisos laborales, resultados que a su vez, se convierten en nuevas fuentes de estrés. Si bien, estas nuevas actitudes representan para el profesional una forma de aliviar la tensión, el hecho de restringir el grado o la intensidad de la relación con los demás, termina por agotar su reserva adaptativa (Moreno, 2006).

Existen otros factores ocupacionales que están relacionados con la presencia de síndrome de desgaste profesional en los trabajadores del sistema sanitario, tales como, la ausencia de criterios definidos que posibiliten la valoración de logros, objetivos y éxitos; la baja retribución económica percibida en comparación con otras profesiones; las posibilidades reducidas de promoción; el hecho de que la posibilidad de ascender laboralmente se limite al desarrollo de trabajos administrativos, alejados del contacto con los pacientes; el poco apoyo y reconocimiento por parte de la comunidad; el volumen de trabajo y las presiones para hacerlo; la falta de información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se va a desarrollar el trabajo, o la ambigüedad en los objetivos del trabajo a desempeñar (Manzano y Ramos, 2001).

Cabe destacar que la pérdida de interés y de entusiasmo por el propio trabajo ocurre en todas las profesiones y ocupaciones del ser humano. Si bien todos los trabajadores son susceptibles de *quemarse*, las víctimas propicias se encuentran con

mayor frecuencia en aquellas profesiones que prestan atención directa a las «necesidades» de las personas (Cisneros, 2003).

En síntesis, el *síndrome de desgaste profesional* o Síndrome de Burnout se manifiesta por *cansancio emocional* o la sensación de no poder dar más de sí mismo, tendencia al aislamiento o *despersonalización* y sentimientos de inadecuación personal o profesional en el puesto de trabajo o *Baja realización personal* (Pera y Serra citados en Borda, Navarro, Aun, Berdejo, Racedo y Ruiz, 2007).

METODOLOGIA

Tipo de Investigación.

La investigación *Síndrome de Burnout en los médicos de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta*, es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, y tuvo como finalidad identificar la presencia de las características de este Síndrome, como son: Desgaste Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal. La recolección de la información se realizó en un momento único del tiempo, lo que permitió identificar el grado de Burnout en los médicos que se hacen parte de la población participante en el estudio. La información obtenida fue estudiada mediante un análisis de varianza (ANOVA), que permitió establecer la inexistencia de relaciones significativas entre los grupos de médicos de los puestos y centros de salud de la comuna 3 y las dimensiones del burnout.

VARIABLES de Estudio

La variable de estudio es la presencia del síndrome de Burnout, la cual se operacionaliza en el siguiente cuadro:

Tabla 1. *Definición operacional de variables.*

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | MICROVARIABLES | OPERACIONALIZACION |
|----------------|--|---|---|
| BURNOUT | Es un trastorno adaptativo crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos. (Maslach, citado en Guevara y Cols, 2004) | <p>Desgaste Emocional: cansancio físico y psicológico, caracterizado por la disminución y pérdida de los recursos emocionales.</p> <p>Despersonalización: se conoce como actitudes inhumanas, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado</p> <p>Falta de Realización Personal: caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa y baja autoestima profesional</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento. • Fatiga. • Frustración. • Cansancio. <ul style="list-style-type: none"> • Insensibilidad. • Dureza Emocional • Despreocupación por los Pacientes. • Comportamiento impersonal hacia los pacientes. <ul style="list-style-type: none"> • Influencia Positiva hacia los pacientes. • Sensación de estar activo. • Realización con el trabajo profesional. |

Población y Muestra

La población con la que se trabajó en esta investigación fueron los médicos de la E.S.E. *Alejandro Próspero Reverand* de la Comuna 3 del Distrito de Santa Marta. Para ello se tendrá en cuenta todo el personal médico vinculado a los centros y puestos de salud de dicha comuna entre el segundo periodo del año 2009.

La muestra estuvo constituida por el cien por ciento (100%) de la población, es decir, los 23 médicos que laboran en los puestos y centros de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta. Lo que constituye un muestreo intencional o por conveniencia, la cual es para los autores representativos e la población y con el cual se pueden cumplir los objetivos de la investigación.

La población se encuentra distribuida de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 2. *Población Médicos de la E.S.E. Comuna 3*

| MEDICOS | TOTAL |
|----------------------------------|-------|
| Puesto de salud Nacho Vives | 1 |
| Policlínica la Castellana | 12 |
| Puesto de Salud de San Jorge | 1 |
| Puesto de Salud de los Almendros | 2 |
| Puesto de Salud de Juan XXIII | 2 |
| Puesto de Salud de San Fernando | 1 |
| Puesto de Salud de Olaya Herrera | 4 |
| TOTAL | 23 |

N= 23

Para operacionalizar la variable médicos, se tomaron en cuenta las siguientes características de los sujetos:

Tabla 3. *Características de la población*

| | |
|-----------------|---|
| EDAD | Entre los 20 y los 50 años |
| TIEMPO DE LABOR | Años de experiencia en la profesión de médico. |
| SEXO | Hombre o Mujer |
| ESTADO CIVIL | Soltero (a), Casado (a), Unión Libre y Divorciado (a) |

Instrumento de Recolección de Información

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), para el diagnóstico del síndrome de *Burnout* (Maslach y Jackson, 1997 citados en Mancilla, N.d.). Este cuestionario consta de 22 ítems, con siete alternativas de respuesta, desde Nunca (0) a todos los días (6), que miden tres dimensiones del Síndrome de Burnout, que son: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 4. *Ítems de las Subescalas del MBI*

| <i>SUBESCALAS</i> | <i>ÍTEMS</i> |
|----------------------|--------------------------------------|
| Cansancio Emocional | 9 ítems (c1,c2,c3,c4,c5,c6,c7,c8,c9) |
| Despersonalización | 5 ítems(d1,d2,d3,d4,d5) |
| Realización Personal | 8 ítems (r1,r2,r3,r4,r5,r6,r7,r8) |

Para su interpretación se considera que en las dos primeras Subescalas, a mayor puntuación el sujeto siente con más frecuencia cansancio emocional y actitudes de despersonalización. En la tercera, a mayor puntuación el sujeto se siente más realizado en su trabajo (Ver Anexo A). Este instrumento es pertinente para nuestra investigación porque encierra las características que se desean medir y cada factor nos permite caracterizar a la población estudiada.

Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información se realizó en forma computarizada mediante la utilización del software estadístico SPSS 14 para Windows, inicialmente se calificaron de manera individual los Cuestionarios, luego se digitaron los datos obtenidos por cada uno de los participantes, con base en esta información se realizó un análisis de varianza paramétrico que permitió identificar las diferencias significativas entre los diferentes grupos de médicos de los centros y puestos de salud y las dimensiones del *Burnout*.

Consideraciones Éticas.

La investigación fue cimentada en los principios éticos fundamentales a tener en cuenta cuando se trabaja con seres humanos, como lo son los principios de autonomía y benevolencia o no maleficencia. Se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas planteadas en la Ley 1090 de 2006, “*Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia*” (Congreso de la República, 2006); sustentada en principios fundamentales como la responsabilidad, confidencialidad, bienestar, respeto y dignidad del usuario. En el proceso investigativo se tomaron las siguientes consideraciones:

Participación voluntaria: Cada médico que participó en el desarrollo de la investigación fue informado de las condiciones bajo las que participaría, así como de los alcances e implicaciones del proyecto, quedando en la completa libertad de aceptar o rechazar su participación dentro de la misma, respetando sus valores y convicciones personales.

Beneficencia – No Maleficencia: La información suministrada por los médicos no será utilizada para fines distintos a los planteados dentro de la investigación. No se permitirá el acceso de terceros a información que pudiera ser utilizada en contra de los participantes o de la institución en general. Bajo ninguna circunstancia se permitirá que el proceso o los resultados obtenidos perjudicaran a los médicos, evitando la violación

de cualquiera de los derechos fundamentales de los seres humanos, respetando a cada participante en su persona, bienes y honra.

Confidencialidad: La información que se obtendrá durante el transcurso del proceso será tratada bajo un alto grado de confidencialidad, así mismo, bajo ninguna circunstancia se revelará los nombres de los participantes.

RESULTADOS

La presentación de los resultados de esta investigación inicia con la identificación sociodemográfica de los médicos que laboran en la comuna 3 del distrito de Santa Marta que participaron en la investigación. Luego, se muestran los resultados obtenidos sobre la presencia del Síndrome de Burnout, según las variables de la población estudiada (edad, sexo, tiempo de labor y otros trabajos) y los componentes que conforman el Síndrome de *Burnout* (Desgaste Emocional, Despersonalización y Realización Personal).

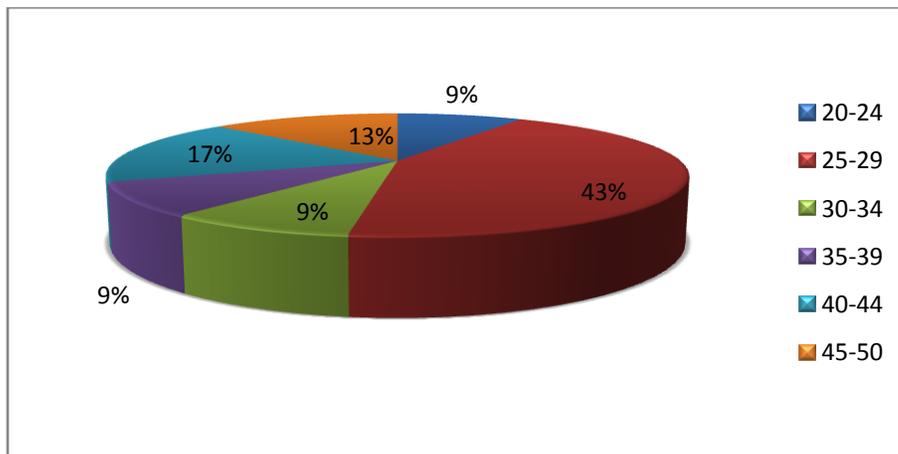
La investigación contó con la participación de 23 médicos a quienes se les aplicó el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.), Forma clínica.

Respecto a los datos sociodemográficos de los Médicos:

En cuanto a la variable edad, se puede observar en el gráfico 1, que el cuarenta y tres por ciento (43%) de la población estudiada tiene edades comprendidas entre los 25 y 29 años, un diecisiete por ciento (17%) se encuentra entre los 40 y 44 años, un trece por ciento (13%) tiene edades comprendidas entre los 45 y 50 años, un nueve por ciento (9%) tiene edades que oscilan entre los 30 y 34 años, otro nueve por ciento se encuentra entre los 20 y 24 años y finalmente el nueve por ciento (9%) restante corresponde a las edades comprendidas entre los 35 y 39 años. La media de edad fue de 33 años, con una

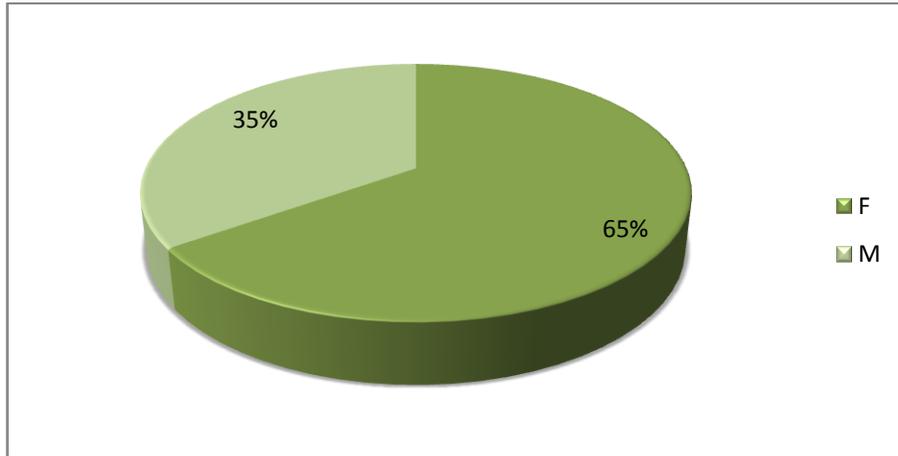
desviación típica de 8,913, lo cual indica heterogeneidad en el grupo. Además se encontró que el 25% de las personas tienen una edad hasta los 26 años, el 50% hasta los 29 y el 75% hasta los 40 años.

Gráfico 1. *Edad de los Médicos (por rangos)*



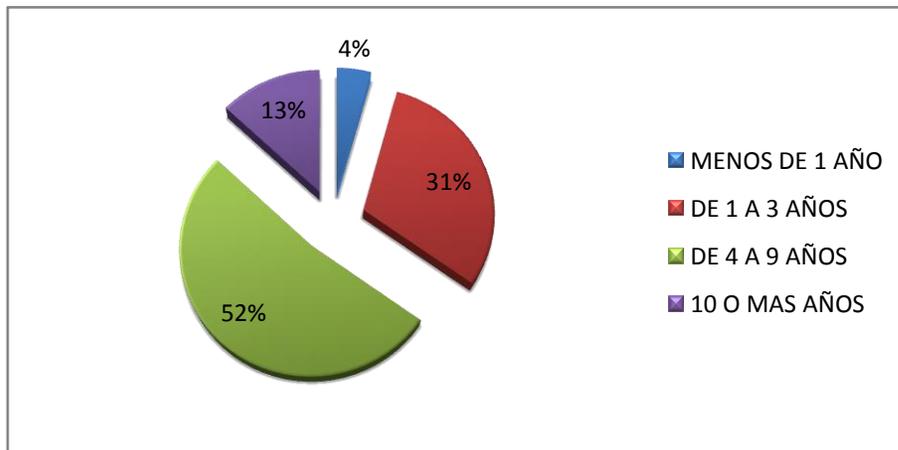
El gráfico 2 ilustra la distribución de la población según el género, se observa que el sesenta y cinco (65%) de la población de estudio corresponde al sexo femenino y el treinta y cinco (35%) restante al sexo masculino.

Gráfico 2. Distribución según género



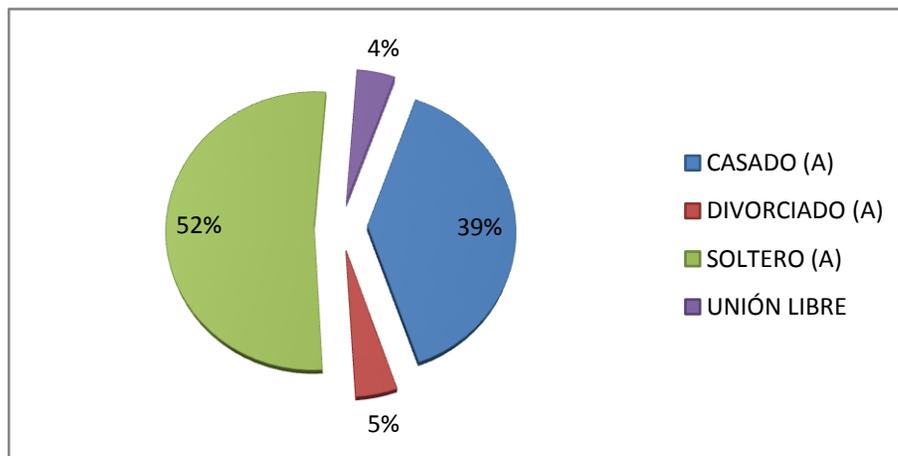
En lo que respecta a la variable tiempo de labor ilustrada en el gráfico 3, se muestra que el cincuenta y dos por ciento (52%) de los médicos tienen un tiempo de labor comprendido entre los 4 y 9 años, un treinta y uno (31%) oscila entre 1 y 3 años de labor, un trece por ciento (13%) está comprendido entre los 10 o más años y el cuatro por ciento (4%) restante corresponde a quienes han laborado menos de un año.

Gráfico 3. Tiempo de labor de los médicos (en años).



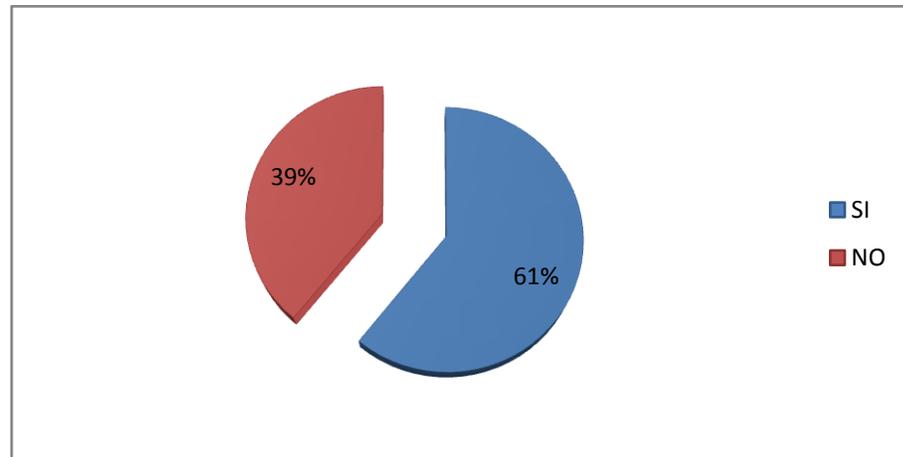
En el gráfico 4 se observa la variable estado civil, donde la distribución de la población se da de la siguiente manera: el cincuenta y dos por ciento (52%) de los médicos son solteros, un treinta y nueve por ciento (39%) son casados, un cinco por ciento (5%) convive en unión libre y un cuatro por ciento (4%) son divorciados.

Gráfico 4. *Estado civil de los médicos*



En relación a la variable trabajos secundarios, el gráfico 5 evidencia, que el sesenta y uno por ciento (61%) de los médicos si tienen trabajos secundarios y el treinta y nueve por ciento (39%) restante no tiene trabajos secundarios.

Gráfico 5. Distribución según trabajos secundarios



Respecto al grado de la dimensiones del burnout:

En cuanto a las dimensiones del *Burnout*, específicamente sobre el *Cansancio Emocional*, la tabla 5 muestra los grados *bajo*, *moderado* y *alto* de esta dimensión, donde el 43,5% de la población puntuó un grado bajo de *Cansancio Emocional*, un 34,8% puntuó un grado moderado y el 21,7% mostró un alto grado de *Cansancio Emocional*. Si se suman los promedios moderado y alto se obtiene una prevalencia de 56,5% de cansancio emocional en la población.

Tabla 5. *Cansancio Emocional*

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|----------|------------|------------|
| Validos | BAJO | 10 | 43.5 |
| | MODERADO | 8 | 34.8 |
| | ALTO | 5 | 21.7 |
| | Total | 23 | 100.0 |

La tabla 6 evidencia que el 87% de la población puntuó un grado bajo de *Despersonalización*, mientras que el 8,7% puntuó un grado moderado y finalmente sólo el 4,3% de la población puntuó un grado alto de *Despersonalización*. Sumando los promedios de los datos obtenidos en los grados moderado y alto se obtuvo una prevalencia de 13% en *despersonalización*.

Tabla 6. *Despersonalización*

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|----------|------------|------------|
| Validos | BAJO | 20 | 87.0 |
| | MODERADO | 2 | 8.7 |
| | ALTO | 1 | 4.3 |
| | Total | 23 | 100.0 |

Respecto a la *Realización Personal* según los datos suministrados por la tabla 7, se puede notar que el 95,7% de la población puntuó un alto grado de *realización personal* y sólo el 4,3% puntuó un grado moderado de *Realización Personal*.

Tabla 7. *Realización Personal*

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|----------|------------|------------|
| Validos | MODERADO | 1 | 4.3 |
| | ALTO | 22 | 95.7 |
| | Total | 23 | 100.0 |

Tabla 8 Resultados estadísticos de las dimensiones del Burnout

| | | Statistics | | |
|----------------|---------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | | Cansancio Emociona | Despersonalización | Realización Personal |
| N | Valid | 23 | 23 | 23 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 17.09 | 3.74 | 45.35 |
| Median | | 17.00 | 1.00 | 47.00 |
| Mode | | 3 ^a | 0 ^a | 48 |
| Std. Deviation | | 9.913 | 4.223 | 3.406 |
| Variance | | 98.265 | 17.838 | 11.601 |
| Minimum | | 2 | 0 | 38 |
| Maximum | | 33 | 14 | 48 |
| Percentiles | 25 | 9.00 | .00 | 42.00 |
| | 50 | 17.00 | 1.00 | 47.00 |
| | 75 | 26.00 | 6.00 | 48.00 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

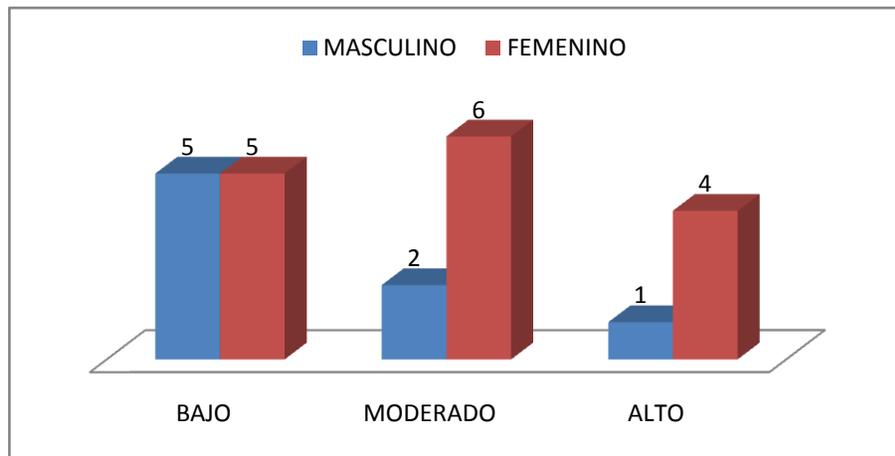
En lo referente al Síndrome de Burnout y las variables edad, sexo y estado civil:

En cuanto a los componentes del Síndrome de Burnout: *Cansancio emocional*, *despersonalización* y *Realización personal* y el género de los participantes, se encontró que el grado más alto de *Cansancio emocional* se da en el género Femenino con un 21,7%. En contraste, con el género masculino donde el 4,3% se ubicó en el grado alto de *cansancio emocional*, esto se evidencia en la tabla 9 que relaciona el *cansancio emocional* y el género.

Tabla 9. Relación del Cansancio Emocional el género

| Componente | | | Género | | Total |
|---------------------|----------|-------------|-----------|----------|-------|
| | | | Masculino | Femenino | |
| Cansancio Emocional | BAJO | Recuento | 5 | 5 | 10 |
| | | % del total | 21,7% | 21,7% | 43,5% |
| | MODERADO | Recuento | 2 | 6 | 8 |
| | | % del total | 8,7% | 26,1% | 34,8% |
| | ALTO | Recuento | 1 | 4 | 5 |
| | | % del total | 4,3% | 17,4% | 21,7% |
| Total | | Recuento | 8 | 15% | 23 |
| | | % del total | 34,8% | 65,2% | 100% |

Gráfico 6. Cansancio Emocional y género

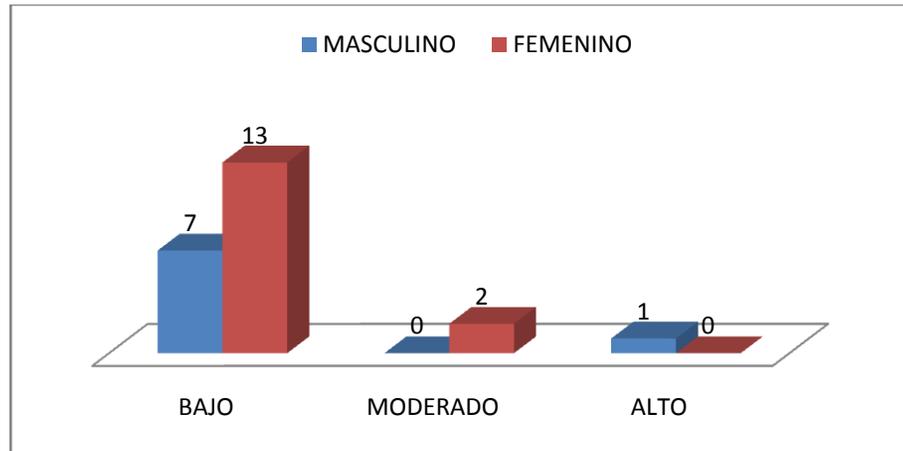


En relación a la *despersonalización*, en la tabla 10 se puede observar que en ambos géneros se ubican en su mayoría en el grado bajo con porcentajes entre el 56,5 % en el género femenino y el 30,4% en el género masculino. En adición, solo el 4,3% del género masculino puntuó un alto grado de *despersonalización*, mientras que el género femenino no presentó grados altos de *despersonalización*.

Tabla 10. *Relación de la Despersonalización y el género*

| Componente | | Género | | Total | |
|--------------------|----------|-------------------------|------------|-------------|-------------|
| | | Masculino | Femenino | | |
| Despersonalización | BAJO | Recuento % del total | 7 30,4% | 13 56,5% | 20 87,0% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 0 ,0% | 2 8,7% | 2 8,7% |
| | ALTO | Recuento % del total | 1 4,3% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| Total | | Recuento %del total | 8 34,8% | 15 65,2% | 23 100% |

Gráfico 7. Despersonalización y género

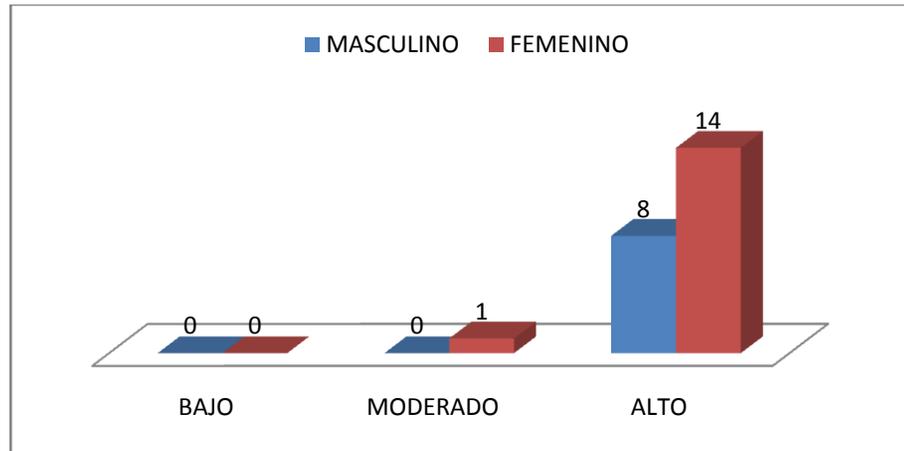


En lo concerniente a la *realización personal* y el género, se destaca que el 60,9 % del género femenino tiene un alto grado de *realización personal*, en contraste sólo el 34,8% del género masculino tiene un alto grado de *realización personal*, tal y como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. *Relación de la Realización Personal y el género*

| Componente | | | Género | | Total |
|----------------------|----------|----------------------|------------|--------------|-------------|
| | | | Masculino | Femenino | |
| Realización personal | MODERADO | Recuento % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 1 4,3% |
| | ALTO | Recuento % del total | 8 34,8% | 14 60,9 | 22 95,7% |
| Total | | Recuento %del total | 8 34,8% | 15% 65,2% | 23 100% |

Gráfico 8. Realización Personal y género

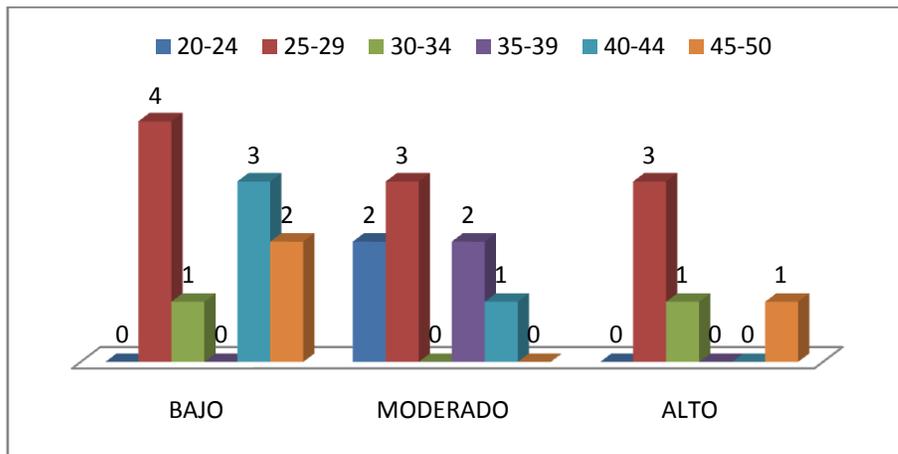


La tabla 12 muestra los resultados obtenidos en cuanto el *Cansancio Emocional* y la edad, encontrándose que el 13,0% de la población cuyas edades oscilan entre los 25 y 29 años se ubicaron en los grados moderado y alto de cansancio emocional respectivamente. Además el 8,7% de los médicos cuyas edades se encuentran entre los 45 y 50 años puntuaron un grado bajo de *cansancio emocional*, por su parte el 4,3% del grupo de médicos cuyas edades oscilas entre 30 y 34 años puntuaron un grado alto de *cansancio emocional*.

Tabla 12. Relación Cansancio Emocional y Edad

| Componente | | | Edad | | | | | | Total |
|---------------------|----------|-------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| | | | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-50 | |
| Cansancio emocional | BAJO | Recuento % del total | 0 ,0% | 4 17,4% | 1 4,3% | 0 ,0% | 3 13,0% | 2 8,7% | 10 43,5% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 2 8,7% | 3 13,0% | 0 ,0% | 2 8,7% | 1 4,3% | 0 ,0% | 8 34,8% |
| | ALTO | Recuento % del total | 0 ,0% | 3 13,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 4,3% | 5 21,7% |
| Total | | Recuento % del total | 2 8,7% | 10 43,5% | 2 8,7% | 2 8,7% | 4 17,4% | 3 13,0% | 23 100% |

Gráfico 9. Cansancio Emocional y Edad

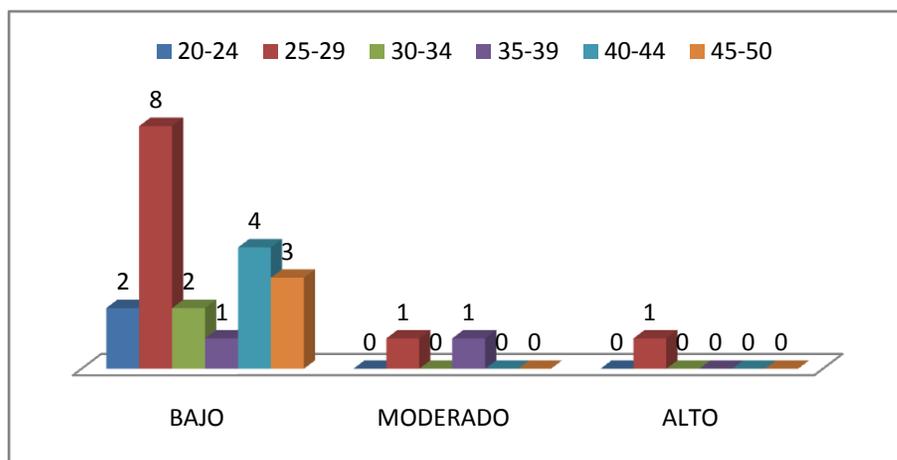


En relación a la despersonalización y la edad se observa en la tabla 13 que el 34,4% de los médicos cuyas edades oscilan entre los 25 y 29 años puntuaron un grado bajo de *despersonalización*, mientras que el 4,3% de los mismos puntuó en los grados moderado y alto de *cansancio emocional*

Tabla 22. *Relación Despersonalización y Edad*

| Componente | | | Edad | | | | | | Total |
|--------------------|----------|------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| | | | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-50 | |
| Despersonalización | BAJO | Recuento o % del total | 2 8,7% | 8 34,4% | 2 8,7% | 1 4,3% | 4 17,4% | 3 13,0% | 20 87,0% |
| | MODERADO | Recuento o % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 ,0% | 2 8,7% |
| | ALTO | Recuento % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| Total | | Recuento o % del total | 2 8,7% | 10 43,5% | 2 8,7% | 2 8,7% | 4 17,4% | 3 13,0% | 23 100% |

Gráfico 10. *Despersonalización y edad*

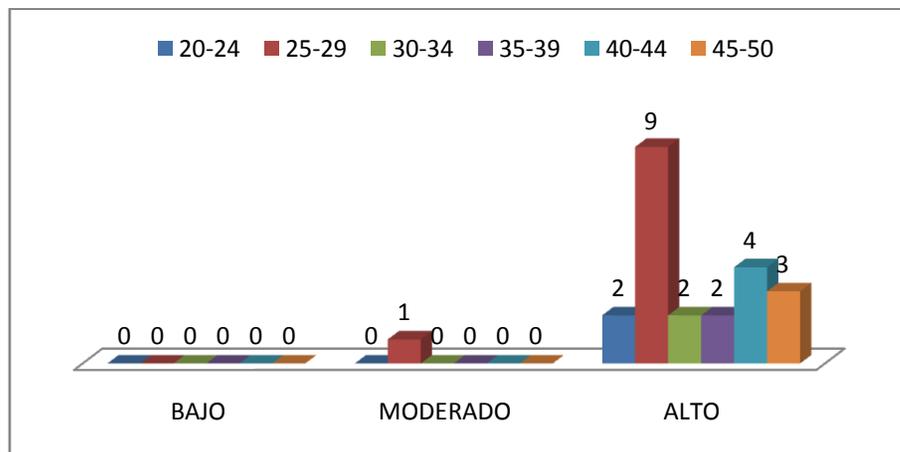


En lo que se refiere a la *Realización Personal* y la edad la tabla 14 muestra que del grupo de médicos cuyas edades oscilan entre los 25 y 29 el 39,1% puntuó un grado alto de *Realización Personal*, mientras que el 4,3% restante puntuó un grado moderado. Además, el 17,4% que representa al grupo de los médicos con edades entre los 40 y 44 años, puntuó un grado alto de *Realización Personal*, al igual que, los grupos de edades comprendidos entre 20 y 24, 30 y 34 y 45 y 50 años.

Tabla 14. *Realización Personal* y edad

| Componente | | | Edad | | | | | | Total |
|----------------------|----------|-------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| | | | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-50 | |
| Realización Personal | MODERADO | Recuento % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| | ALTO | Recuento % del total | 2 8,7% | 9 39,1% | 2 8,7% | 2 8,7% | 4 17,4% | 3 13,0% | 22 95,7% |
| Total | | Recuento % del total | 2 8,7% | 10 43,5% | 2 8,7% | 2 8,7% | 4 17,4% | 3 13,0% | 23 100% |

Gráfico 11, *Realización Personal* y Edad

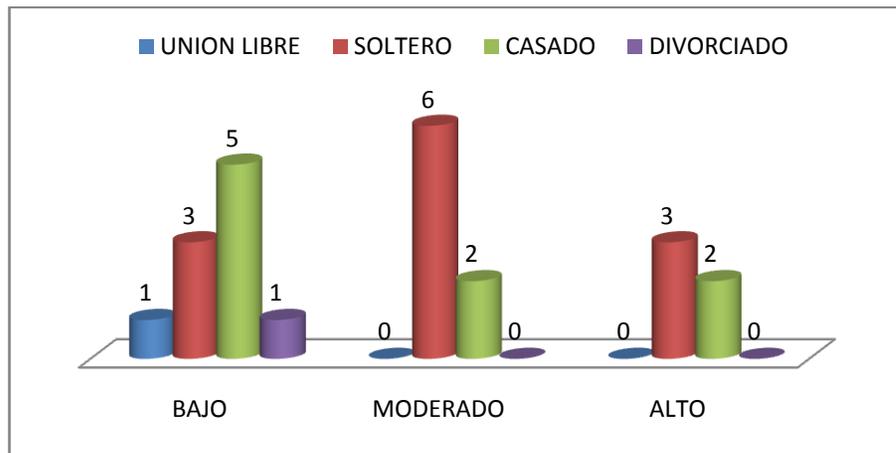


En lo referente al *cansancio emocional* y el estado civil. En la tabla 15 se observa que el 13,0% de los solteros puntuó un grado alto de *cansancio emocional*, mientras que 26,1% tiene un grado moderado de *cansancio emocional*. Por otro lado, el 26,1% de la población casada se encuentra en un grado bajo de *cansancio emocional*, por el contrario sólo el 4,3% de los divorciados y los que conviven en unión libre se encuentran en un nivel bajo de *cansancio emocional*.

Tabla 15. *Relación Cansancio Emocional y estado civil*

| Componente | | Estado civil | | | | Total | |
|---------------------|----------|--------------|---------|--------|------------|-------|-------|
| | | Unión libre | Soltero | Casado | Divorciado | | |
| Cansancio emocional | BAJO | Recuento | 1 | 3 | 5 | 1 | 10 |
| | | % del total | 4,3% | 13,0% | 26,1% | 4,3% | 43,5% |
| | MODERADO | Recuento | 0 | 6 | 2 | 0 | 8 |
| | | % del total | ,0% | 26,1% | 8,7% | ,0% | 34,8% |
| | ALTO | Recuento | 0 | 3 | 2 | 0 | 5 |
| | | % del total | ,0% | 13,0% | 8,7% | ,0% | 21,7% |
| Total | | Recuento | 1 | 12 | 9 | 1 | 23 |
| | | %del total | 4,3% | 52,2% | 39,1% | 4,3% | 100% |

Gráfico 12. Cansancio Emocional y estado civil

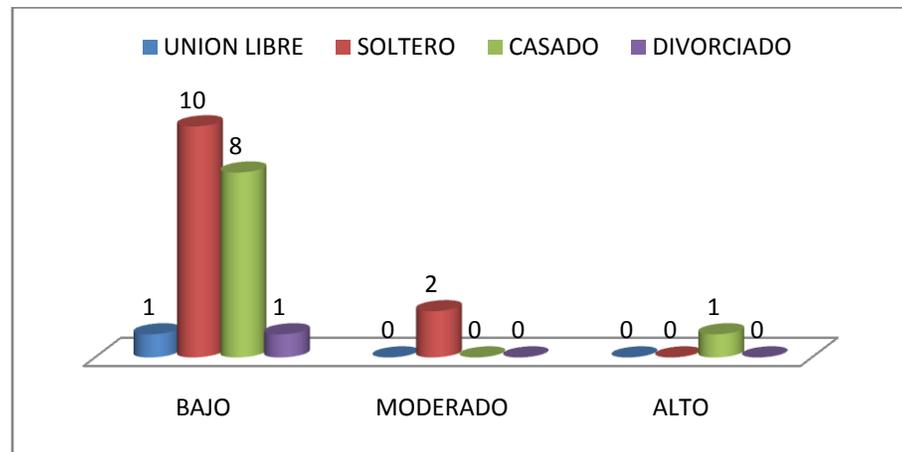


Respecto a la *despersonalización* y el estado civil, se encontró que el 4,3% de la población casada tiene un grado alto de *despersonalización* y 34,8% tiene un bajo grado de *despersonalización*. En contraste, el 43,5% de los solteros puntúan un grado bajo de *despersonalización* y la totalidad de los divorciados y los que conviven en unión libre muestran un grado bajo de *despersonalización*, lo cual se puede observar en los datos de la tabla 16.

Tabla 16. Relación *Despersonalización* y estado civil

| Componente | | Estado civil | | | | Total | |
|--------------------|-------------|--------------|---------|--------|------------|-------|-------|
| | | Unión libre | Soltero | Casado | Divorciado | | |
| Despersonalización | BAJO | Recuento | 1 | 10 | 8 | 1 | 20 |
| | | % del total | 4,3% | 43,5% | 34,8% | 4,3% | 87,0% |
| | MODERADO | Recuento | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | % del total | ,0% | 8,7% | ,0% | ,0% | 8,7% |
| | ALTO | Recuento | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | ,0% | ,0% | 4,3% | ,0% | 4,3% |
| Total | Recuento | 1 | 12 | 9 | 1 | 23 | |
| | % del total | 4,3% | 52,2% | 39,1% | 4,3% | 100% | |

Gráfico 10. *Despersonalización y estado civil*

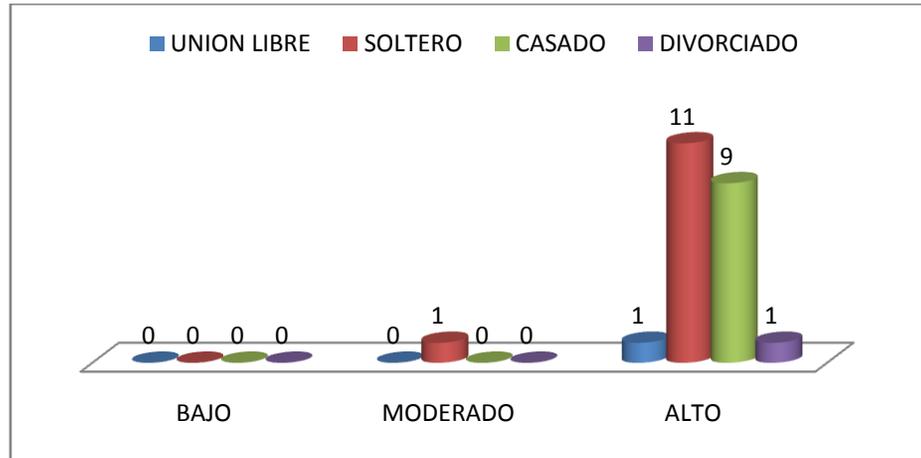


En cuanto a la *realización personal* y el estado civil, en la tabla 17 se puede observar que el 47,8% de los solteros puntuaron un alto grado de realización personal y el 4,3% restante se encuentra en un grado moderado de *realización personal*. Por otro lado el 39,1% de los casados se puntuaron un alto grado de realización personal, mientras que la totalidad de los que conviven en unión libre y están divorciados se encuentran en un alto grado de *realización personal*.

Tabla 17. *Relación Realización Personal y estado civil*

| Componente | | Estado civil | | | | Total | |
|----------------------|----------|-------------------------|-----------|-------------|------------|-----------|-------------|
| | | Unión libre | Soltero | Casado | Divorciado | | |
| Realización Personal | MODERADO | Recuento % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| | ALTO | Recuento % del total | 1 4,3% | 11 47,8% | 9 39,1% | 1 4,3% | 22 95,7% |
| Total | | Recuento %del total | 1 4,3% | 12 52,2% | 9 39,1% | 1 4,3% | 23 100% |

Gráfico 14. *Realización Personal y estado civil*

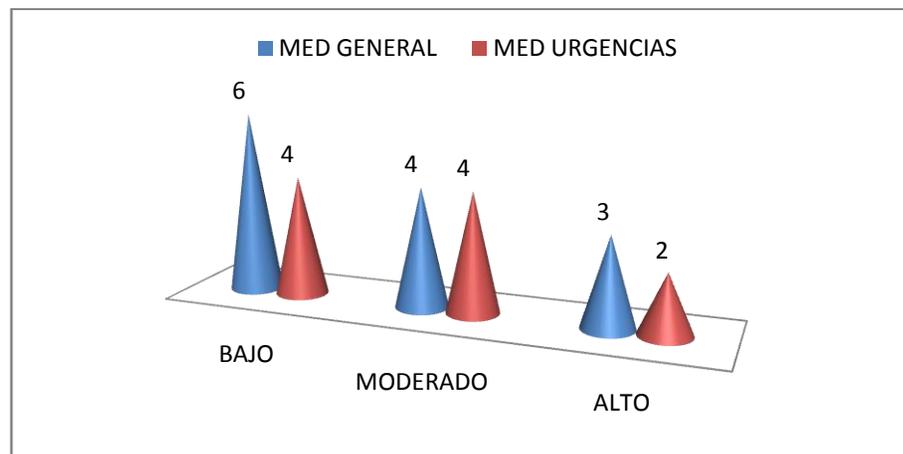


Relativo al *cansancio emocional* y el cargo desempeñado se muestra en la tabla 18 que el 13,0% de los médicos generales puntuaron un alto grado de *Cansancio Emocional*, en adición el 8,7% de los médicos de urgencias obtuvieron una alta puntuación el grado alto de *Cansancio Emocional*. Por otro lado el 26,1% de los médicos generales puntuó un grado bajo de *Cansancio Emocional* y un 17,4% de los médicos de urgencias puntuaron un grado bajo de *Cansancio Emocional*.

Tabla 18. Relación Cansancio Emocional y cargo desempeñado

| Componente | | | Cargo que desempeña | | Total |
|---------------------|----------|-------------------------|---------------------|----------------|-------------|
| | | | Med General | Med. Urgencias | |
| Cansancio emocional | BAJO | Recuento % del total | 6 26,1% | 4 17,4% | 10 43,5% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 4 17,4% | 4 17,4% | 8 34,8% |
| | ALTO | Recuento % del total | 3 13,0% | 2 8,7% | 6 21,7% |
| Total | | Recuento %del total | 13 56,5% | 10 43,5% | 23 100% |

Gráfico 15. Cansancio Emocional y Cargo desempeñado

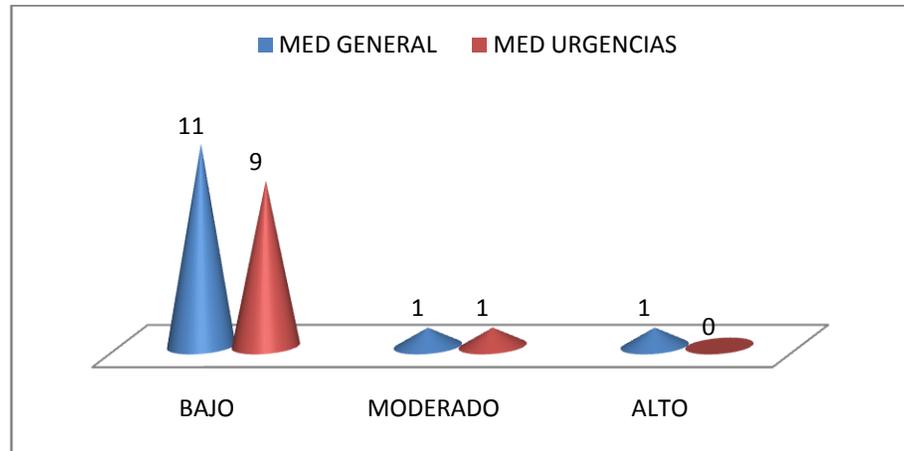


En relación a la *Despersonalización* y el cargo desempeñado se halló que el 47,8% de los médicos generales y el 39,1% de los médicos encargados de las urgencias puntuaron un grado bajo de *Despersonalización*. Además, el 4,3% de los médicos de urgencias obtuvieron puntuaron un grado moderado de *Despersonalización* y el 4,3% de los médicos generales obtuvo puntuó un alto grado de *Despersonalización*, lo cual puede ser evidenciado en la tabla 19.

Tabla 19. Relación Despersonalización y cargo desempeñado

| Componente | | | Cargo que desempeña | | Total |
|--------------------|----------|-------------------------|---------------------|----------------|-------------|
| | | | Med General | Med. Urgencias | |
| Despersonalización | BAJO | Recuento % del total | 11 47,8% | 9 39,1% | 20 87,0% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 1 4,3% | 1 4,3% | 2 8,7% |
| | ALTO | Recuento % del total | 1 4,3% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| Total | | Recuento %del total | 13 56,5% | 10 43,5% | 23 100% |

Gráfico 16. Despersonalización y cargo desempeñado

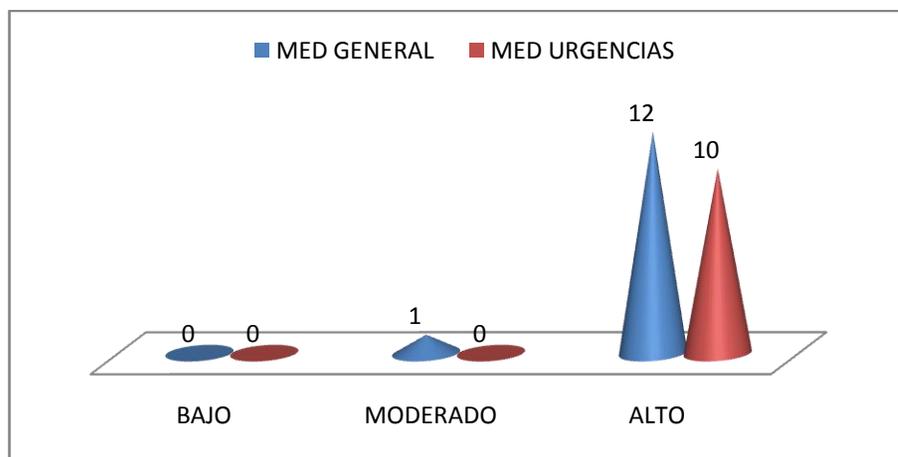


En cuanto a la *Realización Personal* y el cargo desempeñado la tabla 20 muestra que el 52,2% de los médicos generales puntuaron un grado alto de realización personal, mientras que el 4,3% restante puntuó en grado moderado de Burnout. En adición, la totalidad de los médicos encargados de las urgencias representados en un 43,5% puntuaron u alto grado de Realización personal.

Tabla 20. *Relación Realización Personal y cargo desempeñado*

| Componente | | | Cargo que desempeña | | Total |
|----------------------|----------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| | | | Med General | Med. Urgencias | |
| Realización Personal | MODERADO | Recuento % del total | 1 4,3% | 0 ,0% | 1 4,3% |
| | ALTO | Recuento % del total | 12 52,2% | 10 43,5% | 22 95,7% |
| Total | | Recuento %del total | 13 56,5% | 10 43,5% | 23 100% |

Gráfico 14. *Realización Personal y cargo desempeñado*

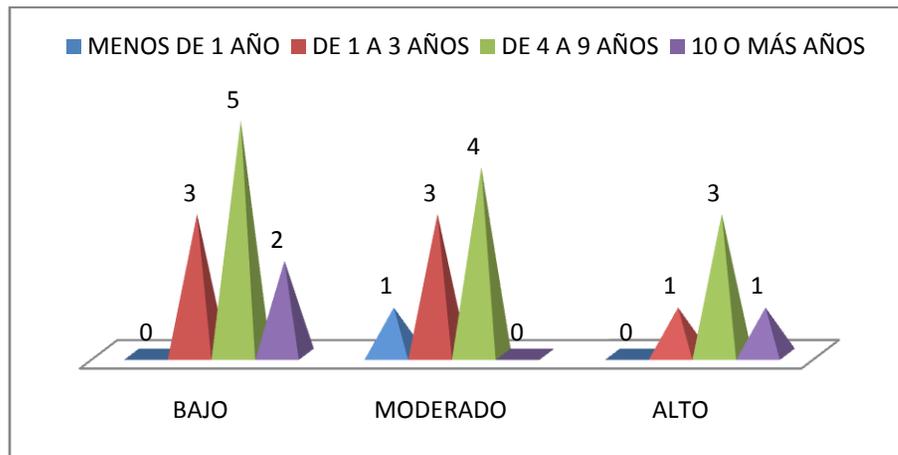


En lo que se refiere al cansancio emocional y el tiempo de labor, se puede observar en la tabla 21 que el 13,0% de los que han laborado de 1 a 3 años puntuaron un grado alto de cansancio emocional, mientras que el 17,4% de los que han laborado entre 4 y 9 años puntuaron un grado moderado de cansancio emocional. Por otro lado 4,3% de los que han laborado entre 1 y 3 años puntuaron un grado alto de cansancio emocional, al igual aquellos que han laborado más de 10 años.

Tabla 21. *Relación Cansancio emocional y tiempo de labor*

| Componente | | Tiempo de labor | | | | Total | |
|---------------------|----------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------|-------------|
| | | <i>Menos de 1 año</i> | <i>De 1 a 3 Años</i> | <i>De 4 a 9 años</i> | <i>10 o más años</i> | | |
| Cansancio Emocional | BAJO | Recuento % del total | 0 ,0% | 3 13,0% | 5 21,7% | 2 8,7% | 10 43,5% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 1 4,3% | 3 13,0% | 4 17,4% | 0 ,0 | 8 34,8% |
| | ALTO | Recuento % del total | 0 ,0% | 1 4,3% | 3 13,0% | 1 4,3% | 5 21,7% |
| Total | | Recuento %del total | 1 4,3% | 7 30,4% | 12 52,2% | 3 13,0% | 23 100% |

Gráfico 15. Cansancio Emocional y tiempo de labor

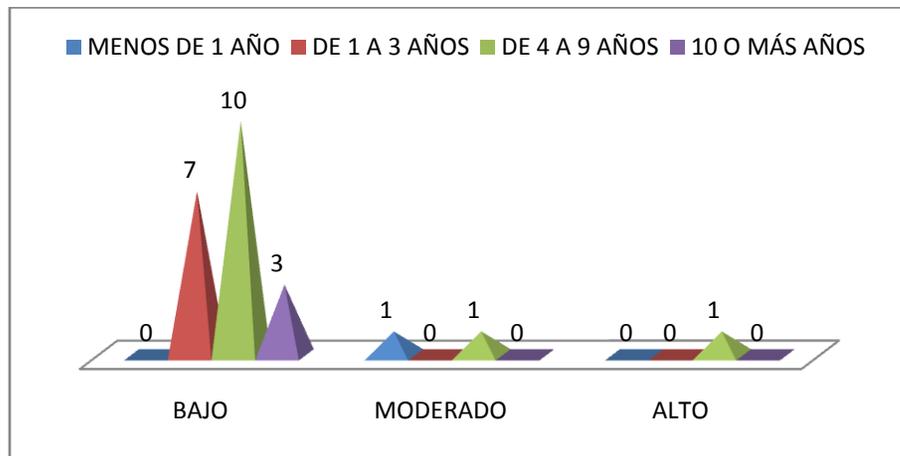


En cuanto a la dimensión de *despersonalización* y el tiempo de labor se encontró que el 4,3% de los que han laborado de 4 a 9 años puntuaron un grado alto de *despersonalización*, mientras que 43,5% de los que han laborado de 4 a 9 años puntuaron un grado bajo de *despersonalización*, por otro lado quienes han laborado menos de un año puntuaron un grado moderado de *despersonalización*, esto puede ser observado en la tabla 22.

Tabla 22. Relación Despersonalización y Tiempo de labor

| Componente | | Tiempo de labor | | | | Total | |
|--------------------|----------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| | | Menos de 1 año | De 1 a 3 Años | De 4 a 9 años | 10 o más años | | |
| Despersonalización | BAJO | Recuento % del total | 0 ,0% | 7 30,4% | 10 43,5% | 3 13,0% | 20 87,0% |
| | MODERADO | Recuento % del total | 1 4,3% | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0 | 2 8,7% |
| | ALTO | Recuento % del total | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 4,3% | 0 ,0% | 0 4,3% |
| Total | | Recuento %del total | 1 4,3% | 7 30,4% | 12 52,2% | 3 13,0% | 23 100% |

Gráfico 19. Despersonalización y Tiempo de labor

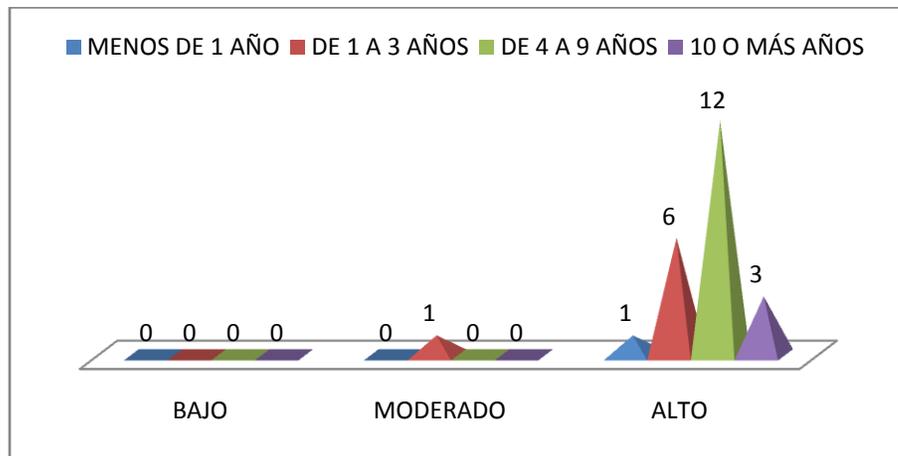


En relación a la *realización personal* y el tiempo de labor, la tabla 23 muestra que el 26,1% de los que han laborado de 1 a 3 años puntuaron un grado moderado de *realización personal*, mientras que el 52,2% de los que han laborado entre 4 y 9 años puntuaron un grado moderado de *Realización Personal*.

Tabla 23. *Realización Personal y Tiempo de labor*

| Componente | | | Tiempo de labor | | | | Total |
|----------------------|----------|-------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | | | Menos de 1 año | De 1 a 3 Años | De 4 a 9 años | 10 o más años | |
| Realización Personal | MODERADO | Recuento | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % del total | ,0% | 4,3% | ,0% | ,0% | 4,3% |
| Realización Personal | BAJO | Recuento | 1 | 6 | 12 | 3 | 22 |
| | | % del total | 4,3% | 26,1% | 52,2% | 13,0 | 95,6% |
| Total | | Recuento | 1 | 7 | 12 | 3 | 23 |
| | | % del total | 4,3% | 30,4% | 52,2% | 13,0% | 100% |

Gráfico 20. Realización Personal y Tiempo de Labor



En cuanto al síndrome de Burnout y los centros de salud de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta:

Luego de la aplicación del *análisis de varianza* (ANOVA) para realizar la comparación entre el grado de *Burnout* en la dimensión *Cansancio Emocional* y los centros de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta, se obtuvo un puntaje de 1,653 en F de Fisher (prueba estadística que permite confirmar la veracidad de la hipótesis nula) con seis (6) grados de libertad y una significancia de 0,628 a un P valor de 0.05 (que indica el valor que debe tener la significancia para poder rechazar la hipótesis nula). A partir de estos resultados se puede decir que no se rechaza la hipótesis nula que señala que *no existen diferencias significativas entre el grado de Cansancio y los diferentes centros y puestos de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta* (Ver pág. 25), ya que el valor de la significancia estuvo por encima del P valor de 0,05 esto puede evidenciarse en los datos mostrados en la tabla 24.

Tabla 24. Análisis de varianza cansancio emocional y puestos y de salud

| ANOVA | | | | | | | |
|---------------------|--------------|-------------------|---------|------------------|---------|-------|------|
| Cansancio emocional | | | | | | | |
| | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
| Inter | (Combinados) | 827.159 | 6 | 137.860 | 1.653 | .197 | |
| grupos | Término | No ponderado | 193.923 | 1 | 193.923 | 2.325 | .147 |
| | | Ponderado | 84.444 | 1 | 84.444 | 1.012 | .329 |
| | Lineal | Desviación | 742.715 | 5 | 148.543 | 1.781 | .174 |
| Intra grupos | | 1334.667 | 16 | 83.417 | - | - | |
| Total | | 2161.826 | 22 | - | - | - | |

En cuanto a la *despersonalización*, la tabla 25 ilustra el análisis de varianza entre la *despersonalización* y los puestos de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta, donde se obtuvo un puntaje de 0,484 en F de Fisher con seis (6 gl) grados de libertad y una significancia de 0,811 a un P valor de 0,05, con lo cual se puede determinar que no se rechaza la hipótesis nula que señala que *no existen diferencias significativas entre la despersonalización y los centros y puestos de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta* (Ver pág. 25).

Tabla 25 *Análisis de varianza despersonalización y puestos de salud*

| ANOVA | | | | | | |
|--------------------|--------------|------------|--------|------------|--------|------|
| Despersonalización | | | | | | |
| | | Suma de | gl | Media | F | Sig. |
| | | cuadrados | | cuadrática | | |
| Inter | (Combinados) | 60.268 | 6 | 10.045 | .484 | .811 |
| grupo | Línea | .498 | 1 | .498 | .024 | .879 |
| | de | .009 | 1 | .009 | .000 | .984 |
| | Termino | Desviación | 60.259 | 5 | 12.052 | .581 |
| Intra grupos | | 332.167 | 16 | 20.760 | - | - |
| Total | | 392.435 | 22 | - | - | - |

En lo que se refiere a la *realización personal* y los puestos de salud, luego de realizar el análisis de varianza entre la *realización personal* y los centros de salud, se obtuvo un puntaje de 1,111 en F de Fisher con seis (6gl) grados de libertad y una significancia de 0,399 a un P valor de 0,05, esto se evidencia en los datos contenidos en la tabla 26, a partir de lo cual se puede decir que no se rechaza la hipótesis nula que señala que *no existen diferencias significativas entre la realización personal y los centros y puestos de salud de salud de la comuna 3 del distrito de Santa Marta* (Ver pág. 25).

Tabla 26 *Análisis de varianza realización personal y puestos de salud*

| ANOVA | | | | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|------|
| Realización personal | | | | | | |
| | | Suma de cuadrados | de gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| Inter grupos | (Combinados) | 75.051 | 6 | 12.508 | 1.111 | .399 |
| | Línea de término | | | | | |
| | No ponderado | 29.351 | 1 | 29.351 | 2.607 | .126 |
| | Ponderado | 18.739 | 1 | 18.739 | 1.664 | .215 |
| | Desviación | 56.311 | 5 | 11.262 | 1.000 | .449 |
| Intra grupos | | 180.167 | 16 | 11.260 | - | - |
| Total | | 255.217 | 22 | - | - | - |

DISCUSION.

Esta investigación tuvo como objetivo realizar la descripción del grado de *burnout* que presentan los médicos de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de la comuna 3 del distrito de Santa Marta, según cada una de sus dimensiones.

Los datos obtenidos muestran un grado entre bajo y moderado de *Cansancio Emocional* y *Despersonalización* en la población de estudio con un 21,7% de sujetos que puntuaron un alto grado de *Cansancio Emocional* y 34,8% de sujetos que puntuaron un grado moderado de *Cansancio Emocional*, mientras que 87% de los sujetos de estudio puntuaron un grado bajo de *Despersonalización*, el 8.7% de los mismos puntuó un grado moderado de *Despersonalización* y sólo el 4,3% de la población puntuó un alto grado de *Despersonalización*.

Estas dimensiones del *burnout* han sido definidas de la siguiente manera: el *Cansancio emocional* es entendido como: la primera fase del *burnout*, la cual se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. La irritabilidad y la pérdida de la capacidad de disfrutar de su tarea son evidentes (Gonçalves, Aizpiri, Barbado, Cañones, Fernández, Rodríguez, De la Serna y Solla, 2002). Por su parte la *Despersonalización* se refiere al desarrollo de actitudes cínicas, impersonales y de insensibilidad hacia los pacientes y colegas (Blandín y Martínez, 2005). Y finalmente la *Realización personal* es entendida como una desvalorización profesional manifiesta en el cuestionamiento de las tareas y

de las propias capacidades (Maslach y Jackson, 1986 y Capilla, 2001 citados en Cabello y D'anello, 2001).

En concordancia con los datos obtenidos en esta investigación, los resultados arrojados por Guevara y Cols. (2004), señalan que el 76% de los médicos del estudio presentaban niveles de *Despersonalización* y el *Desgaste Emocional* entre moderados y severos. En el mismo sentido, la investigación realizada por Fernández, Hidalgo, Martín, Moreno y García (2007) arrojaron resultados que indicaban que la mayoría de la población de estudio tenía altos grados de *Cansancio Emocional* y *Despersonalización*, con porcentajes entre 74% para el *Cansancio Emocional* grado alto y el 60% de *Despersonalización* en alto grado. Con lo cual se puede afirmar que existe un grado de *Desgaste Emocional* y *Despersonalización* en los médicos de la comuna 3 del distrito de Santa Marta. Sin embargo la presencia del síndrome de *burnout* no está totalmente dada, ya que los resultados de la dimensión *Realización Personal* muestran un alto grado de la misma, impidiendo la confirmación del síndrome. No obstante, los datos obtenidos sugieren el inicio del proceso del síndrome de *Burnout* en la población médica estudiada.

En este sentido la *Realización Personal*, evidenció puntajes moderados y altos, donde el 95,7% correspondía a los sujetos que puntuaron un grado alto de *Realización Personal* y el 4,3% restante puntuó un grado moderado de *Realización Personal*. En contraste con estos datos, Loria y Guzmán en 2006, obtuvieron resultados donde sólo el 25,55% de la población puntuó un grado alto de *Realización Personal*, según los autores ello pudo deberse a que el individuo se siente incapaz de satisfacer las demandas que tiene en el trabajo. No obstante, Esquivel, Buendía, Martínez, Martínez, Martínez y

Velasco (2006), encontraron que el 87,65% de la población de su estudio puntuaron un grado alto de *Realización Personal* y sólo el 4,1% puntuó un grado bajo de *Realización Personal*, corroborando los resultados obtenidos en esta dimensión. Los resultados obtenidos en la presente investigación respecto a la dimensión *Realización Personal*, indican un alto grado de la misma. Sin embargo, al respecto es poco lo aportado teóricamente, sólo se ha argumentado que el hecho de tener hijos o no, puede influir en la dimensión. Ya que quienes tienen hijos, pueden ser consideradas personas más estables, realistas y con más capacidad para enfrentar los problemas (Ramos, 1999 citado en Olmedo y Cols., 2001).

En relación con las dimensiones del Burnout *Cansancio Emocional*, *Despersonalización* y *Realización Personal* y las variables sociodemográficas, se ha podido establecer que factores como la edad, el sexo, o la personalidad del individuo, el estado civil o el número de hijos, pueden influir en la incidencia del síndrome de *Burnout* (Pera y Serra-Prat, 2002).

En cuanto al género, se confirma que el género femenino es el grupo más afectado con altos niveles de *Cansancio Emocional* y *Despersonalización* ya que se obtuvieron porcentajes de 26,1% de mujeres que puntuaron un grado moderado de *Cansancio emocional* y un 56,5% que puntuaron un grado Bajo de *Despersonalización*, mientras que en los hombres sólo el 4,3% puntuó un grado alto de *Cansancio Emocional*. Tal y como lo señala Ortega y Cols. (2007), las mujeres son el grupo más vulnerable debido a la doble carga que conlleva la práctica profesional y el hogar. De manera adicional estas diferencias de género pueden radicar, según De Ridder, 2000

(citado en Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2005), en las diferencias cognitivas durante el proceso de afrontamiento, pues las mujeres se muestran más reactivas en las situaciones estresantes al focalizar su atención en los peligros potenciales de la situación, mientras que los hombres hacen mayor uso de las estrategias de evitación y negación, infravalorando el problema.

Respecto al Estado civil y los componentes de *Burnout* los solteros mostraron un porcentaje poblacional mayor (13%) en el grado alto y moderado de *Cansancio Emocional* y *Despersonalización*, a diferencia de la población casada donde sólo el 8,7% sugiere un alto grado de *Cansancio Emocional* y un 4,7% un grado alto de *Despersonalización*. En este sentido, Aranda y Cols. (2004b) apuntan que los sujetos casados experimentan menos el síndrome de *Burnout*. Algunas teorías indican que el apoyo familiar actúa como soporte ante el estrés laboral, convirtiéndose en un factor protector del síndrome (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001; Hidalgo y Díaz, 1994 citados en Dueñas, Merma y Ucharico, 2003).

En lo que se refiere a las dimensiones del *Burnout* y la Edad, el 13% de los médicos con edades comprendidas entre los 25 y 29 años, mostraron un alto grado de *Cansancio Emocional*. Asimismo, el 4,3% de quienes tienen edades entre los 45 y 50 años puntuaron un grado alto de *Cansancio Emocional*. En cuanto a la *Despersonalización* el 4,3% de los médicos con edades entre los 25 y 29 puntuaron un grado moderado y alto de *Despersonalización*.

Análogamente, estudios como el realizado por Cabello y D'anello en 2004, señalan una tendencia a puntuaciones altas en *Cansancio Emocional* y *Despersonalización* en los menores de 35 años. Ello puede deberse a que con los años el trabajador adquiere mayor seguridad en las tareas que desempeña lo que lo hace menos vulnerable al estrés laboral, mientras que los jóvenes recién incorporados no suelen estar debidamente preparados para enfrentar los conflictos emocionales que se les presentan en el medio de trabajo y tienen menor experiencia en controlar sus propios sentimientos (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Olivar Castrillón, González Morán y Martínez Suarez, 1998 citados en Sos, Sobrequés, Segura, Manzano, Rodríguez, García y Cebria, 2002).

Respecto a la *Tiempo de labor* y las dimensiones del *Burnout*, puede notarse que el 17,3% de los médicos que han laborado entre 1 y 9 años, presentan un grado alto de *Cansancio Emocional*. En este sentido el 4,3% de quienes han laborado de 4 a 9 años puntuaron un grado alto de *Despersonalización*, mientras que el 30,4% de quienes han laborado de 1 a 3 años puntuaron un grado bajo de *Despersonalización*. Es así como Cordes y Dougherty, 1993 (citados en Olmedo y Cols., 2001), afirman que la veteranía en el trabajo conlleva a niveles más bajos de *Burnout*, ya que la experiencia hace que cambien las expectativas, lo que permite conseguir una mayor adaptación a la realidad laboral. Sin embargo, estudios como el realizado por Atance (1997) develan una significancia entre la falta de realización personal en aquellos médicos con mayor antigüedad laboral. Los resultados obtenidos por Atance muestran que las medias obtenidas por el grupo de médicos con una antigüedad laboral mayor de 19 años eran superiores respecto a aquellos con una antigüedad entre los 11 y 19 años.

Por otro lado se encuentran las variables organizacionales que al igual que las variables sociodemográficas, influyen de una u otra manera en la incidencia del *Burnout* (Pera y Serra-Prat, 2002). De acuerdo con Gil Monte y Peiró (1999) las variables organizacionales, fundamentalmente las vinculadas al desempeño del puesto de trabajo (trato con clientes difíciles, falta de adecuación entre los recursos disponibles y las soluciones requeridas, conflicto y ambigüedad de rol, sobrecarga laboral, rutina, etc.), se pueden considerar como los desencadenantes principales del burnout. Sin embargo, existen otro tipo de antecedentes laborales que incluyen: variables pertenecientes al ambiente laboral (como el ruido, la contaminación, la temperatura, etc.), las de política organizacional (como un salario o tipo de contrato que el trabajador considere inadecuado) e incluso factores no relacionados con el trabajo (como la ubicación de la empresa o la inseguridad).

Los datos obtenidos en esta investigación señalan que en cuanto al cargo desempeñado por los médicos de la E.S.E. *Alejandro Próspero Reverend* de la comuna 3 del distrito de Santa Marta, el porcentaje de médicos generales que puntuaron un alto grado de *Cansancio Emocional* es mayor que los médicos encargados de atender las urgencias, con un porcentaje del 13% en el grado alto de *Cansancio Emocional*, mientras que sólo el 8,7% de los médicos de urgencias puntuaron un alto grado en esta dimensión. En cuanto a la *Despersonalización*, el 4,3% de los médicos generales puntuó un grado alto de *Despersonalización*, mientras que ningún médico de urgencias obtuvo una alta puntuación en esta dimensión del *Burnout*. Además, El 47,8% de los médicos generales obtuvo una puntuación baja en esta dimensión, frente a un 39,1% de los médicos de urgencias. Ello muestra algunas diferencias entre los cargos de los médicos

objeto de estudio. En contraste con los resultados obtenidos, Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encinas (2007), sugieren que los médicos de urgencias experimentan un nivel alto de *Burnout* teniendo en cuenta la mayor responsabilidad profesional y la presión que pueden estar sometidos por los usuarios o las condiciones en las que deben realizar su trabajo.

Llegado este punto es importante resaltar que los datos obtenidos señalan una prevalencia de las dimensiones *Cansancio Emocional* con un 56,5% y *Despersonalización* con un 13% del Síndrome *Burnout* quemadas o moderadamente presentes en la población, ello se traduce en la posible amenaza de padecer este síndrome en el personal médico de esta E.S.E el distrito de Santa Marta. Destacándose las consecuencias negativas tanto para los médicos como para los pacientes que requieren de sus servicios.

A manera de conclusión, puede decirse que el hecho de que los datos señalen la presencia de dos de las tres dimensiones del *Burnout* en la mayoría de la población de estudio sugiere la presencia del síndrome en sus primeras manifestaciones. Por tanto queda abierta toda posibilidad de que si no se interviene y se mejoren las condiciones laborales, es posible que en los próximos años los médicos de la E.S.E. *Alejandro Próspero Reverend* de la comuna 3 padezcan *Burnout*.

RECOMENDACIONES.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación vale la pena recordar a futuras investigaciones sobre el síndrome de *Burnout*, la importancia de esta problemática en los profesionales de la salud, teniendo en cuenta la responsabilidad que conlleva el trato con seres humanos y la conservación de la vida en momentos críticos. Es así como entidades del estado como la E.S.E. *Alejandro Próspero Reverend* deberían promover y realizar periódicamente este tipo de estudios permitiéndoles conocer las realidades del trabajo médico y las consecuencias negativas que influyen en la población médica.

Los resultados obtenidos en esta investigación requieren de la revisión y evaluación por parte del comité científico de la E.S.E., abriendo un espacio propicio para el intercambio de conocimientos y experiencias que permitan a esta institución tomar consciencia sobre la posible problemática que podrían estar cultivando en sus trabajadores del área de la salud, más especialmente en el cuerpo médico, para que así se planteen estrategias preventivas y correctivas de políticas organizacionales en pro del bienestar del trabajador. Con el objeto de brindar calidad en los servicios de salud a la población que atiende esta entidad.

En este sentido, la participación del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena es de vital importancia, pues con la continuidad de este tipo de investigaciones con mayor población que permitan la realización de análisis estadísticos

más profundos, acompañados de estudios de tipo longitudinal que permitan un mayor abordaje en el tiempo de la problemática de estudio y con la vinculación de Psicólogos al ámbito de la salud y la clínica se lograría un mayor abordaje de este tipo de problemática permitiendo la prevención de la misma.

A manera de conclusión cabe señalar la influencia de este tipo de padecimientos en la población médica encargada de satisfacer las necesidades en salud de aproximadamente 55.660 habitantes estrato 1, 2 y 3 de la comuna 3 del Distrito de Santa Marta, constituyendo una problemática en salud y que afecta directamente la satisfacción de necesidades y el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos. Lo que obliga a continuar investigando al respecto permitiendo obtener más conocimiento del tema para así implementar estrategias de prevención. Algunas de las estrategias importantes a desarrollar consisten en general cambios individuales y organizacionales, por ejemplo: promover la adquisición de estilos de vida saludables y creación de un proyecto de vida, a nivel de trabajo, motivadores adicionales, mejoramiento de condiciones locativas y a nivel organizacional, el reconocimiento de su trabajo, facilitar la comunicación, promover procesos de retroalimentación (*feedback*). Todo ello en busca de mejorar la calidad de vida laboral.

REFERENCIAS

Alcaraz, C. (2006). Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel. Tesis para obtener el grado de especialista en medicina familiar, Universidad de Colima, México.

Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o Burnout: Una revisión. *Revista de psicología y salud*, 1 (4), 79-87.

Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, G. y Pérez, M. (2004b). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Revista Investigación en salud*, 6 (1), 28-34.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. y Aldrete, G. (2005). Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Revista Psicología y Salud*, 16(001), 15-21.

Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de salud pública*, 71, 293-303.

Barría, J. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Extraído el 23 de abril, 2007 de http://www.ergonomia.cl/burnout_chile.pdf

Bausuela, E. (2005). Reseña de “el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)” de Gil-Monte. *Revista anales de Psicología*, 21(2), 345-346. Extraído el 22 de Noviembre de 2008 desde:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16721217>

Blandín, J. y Martínez, D. (2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Sociedad Venezolana de Psiquiatría*, 51(114), 12-15.

Bernaldo de Quirós-Aragón, M. y Labrador-Encinas. (2006). Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.

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

Borges, L., Tenório, J., Souza, A., Pereira, E. y Souza, W. (2002). A síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (001), 189-200.

Cabello, L. y D´anello, S. (2004). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la universidad de los andes. *MedULA*, 10 (1-4), 40-47.

Cisneros, C. (2003). El médico y el síndrome de desgaste profesional. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (2), 397- 422.

Congreso de la República de Colombia, (2006). Ley 1090 de 2006. Extraído el 23 de Julio de 2007 desde <http://www.colpsic.org.co/resources/Ley1090-06.pdf>

Dueñas, M., Merma, L. y Ucharico, R. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *Revista CIMEL*, 8(1), 33-37.

Empresa Social del Estado Alejandro Próspero Reverend. (2009). Propuesta de Reorganización de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta (pp. 24, 63 y 64).

Esquivel, C., Buendía, F., Martínez, O., Martínez, J., Martínez, V. y Velasco, V. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(5), 427-436.

Fernández, O., Hidalgo, C., Martín, A., Moreno, S. y García, B. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 19, 116-121.

Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Extraído el 20 de Septiembre desde: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\)-aproximaciones-teor.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout)-aproximaciones-teor.pdf)

Gil-Monte, P., García, J. y Caro, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Revista Anales de Psicología*, 15(2), 261-265.

Gil-Monte, P., Peiró, J., Valcárcel, P. y Grau, R. (1996). La incidencia del síndrome de Burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Revista Psiquis*, 17 (4), 190-195. Extraído el 19 de Octubre de 2009 desde: <http://www.uv.es/lisis/pilar/articulo4.pdf>

Gonçalves, F., Aizpiri, J., Barbado, J., Cañones, P., Fernández, A., Rodríguez, J., De La Serna, I. y Solla, J. (2002). Síndrome de Burn-Out en el médico general. *Medicina general*, 43, 278-283.

Guevara, C, Henao, D. y Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica*, 35 (04), 173-178. Extraído el 21 de abril, 2009 desde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28335402>

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats M. y Braga, F. (2008). El Burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Información Psicológica*, 91, 64-79.

Loria, J. y Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5(3) ,432-443.

Mancilla, F. (N.d.) Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Extraído el 21 de Octubre de 2008 desde: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Manzano, G. y Ramos, C. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout: enfermeras y secretarias, *Interpsiquis*, 1 (2), 88- 113.

Marrero, M. y Grau, J. (2005). Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Revista psicología salud*, 15 (001), 25-32.

Mira, K., Salazar, V. y Urán, K. (2005). Aproximaciones teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de burnout. Estado de arte. Medellín, extraído el 19 de Octubre desde: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESISSINDROMEburnout.pdf>

Moreno, B. (2006). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones*, 21, 71-88.

Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. (2000). La Evaluación del estrés y el Burnout en el profesorado (CBP-R). *Revista Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (1), 331-349.

Moreno, B., Morante, M., Rodríguez, A. y Palomera, A. (2006). Validez factorial del inventario de Burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos Mexicanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 38(3), 445-455.

Moreno, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez, R. y Morante, M. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos del afrontamiento como factores intervinientes. *Revista ansiedad y estrés*, 11(1), 87-100.

Olmedo, M., Santed, M., Jiménez, R. y Gómez M. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Revista Psiquis*, 22(3), 117-129.

Ortega, C. y López, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

Ortega, M., Ortiz, G. y Coronel, B. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Revista psicología y Salud*, 17(1), 5-16.

Paredes, O. y Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25-32.

Parraga, J. (2005). Eficacia del Programa I.R.I.S Para Reducir el Síndrome Burnout y Mejorar las Disfunciones Emocionales en Profesionales Sanitarios. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura (Departamento de Psicología y Sociología). Mérida, España.

Pera G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Revista Gac Sanit*, 16 (6), 480-498.

Pérez, M. (2000). El síndrome de Burnout ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud. El Salvador: Universidad del Salvador. Extraído el 28 de Julio de 2009 desde: <http://www.salvador.edu.ar/psi/publicaciones/ua1-9pub02-5-02.htm>

Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras y unidades de terapia intensiva (UTI). *Revista interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.

Quinceno, J. y Alpy, S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Revista Acta de Psicología*, 10(2), 117-125.

Reyes, T., Díaz, C., Reyes, A., Erazo, G. y Aguilera, R. (2007). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de los post-gradados de medicina. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH*, 10(1). Extraído el 26 de Enero de 2009 desde: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-S-2007-34.pdf>

Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110.

Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Domenech, M., Gutierrez, I. y Cebria, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome de Burnout. *Revista anales de psicología*, 22 (01), 45-51.

Sierra, E. y Rodríguez, M. (2008) estudio del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en médicos del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, Colombia Tesis para obtener el grado de Psicólogo, Universidad del Magdalena, Colombia.

Sos, P., Sobrequés, J., Segura, Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y Cebria, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12 (10), 613-619.

Tous, J. (2005). Quemarse en el trabajo síndrome de Burnout. Extraído el 25 de Noviembre de 2007 desde: http://www.borrmart.es/articulo_laboral.php?id=1516

ANEXO A

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY PARA DIAGNOSTICO DE SINDROME DE BURNOUT (MBI)

Sexo_____ Edad_____ Puesto que desempeña_____

Antigüedad_____

Otros trabajos_____ (si/no)

Estado civil_____

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función de la siguiente escala:

| | |
|---|----------------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Pocas veces al año o menos |
| 2 | Una vez al mes |
| 3 | Pocas veces al mes o menos |
| 4 | Una vez a la semana |
| 5 | Pocas veces a la semana |
| 6 | Todos los días |

ASPECTO EVALUADO

Cansancio Emocional

Puntos

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | |
| 2 | Me siento cansado al final de la jornada de trabajo | |
| 3 | Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar | |
| 4 | Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante | |
| 5 | Me siento “quemado”, cansado por mi trabajo | |
| 6 | Me siento frustrado o aburrido en mi trabajo | |
| 7 | Creo que estoy trabajando demasiado | |
| 8 | Trabajar directamente con personas me produce estrés | |
| 9 | Me siento acabado, como si no pudiese dar más | |

Despersonalización

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática. | |
| 2 | Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión | |
| 3 | Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente | |
| 4 | Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes | |
| 5 | Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas. | |

Realización Personal

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes | |
| 2 | Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes | |
| 3 | Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas | |
| 4 | Me siento muy activo | |
| 5 | Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes | |
| 6 | Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes | |
| 7 | He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión | |
| 8 | En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | |

Categorización de puntajes del MBI

| Componente | Bajo | Moderado | Alto |
|----------------------|------|----------|------|
| Desgaste emocional | <16 | 17-26 | >27 |
| Despersonalización | <6 | 7-12 | >13 |
| Realización personal | >39 | 38-32 | <31 |