

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD DE LA LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE
SANTIAGO DE CALI AÑO 2021.**

Autores

Bibiana Aponte Andrade

Angélica María Moncaleano Tamayo

Ferneida Ortega Bravo

Laura Vanessa Patiño Pinillo

Marielly Velásquez Carrejo

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MANIZALES**

AGRADECIMIENTOS

“A todos quienes hicieron posible este logro para nosotras, principalmente a Dios, nuestras familias, docentes y compañeros, la Red de Salud de la Ladera E.S.E por permitirnos desarrollar esta investigación de la mano y así contribuir al mejoramiento de la salud mental de sus colaboradores”

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	10
2. RESUMEN.....	11
2.1. Resumen.....	11
2.2 INTRODUCCIÓN	14
2.3 Planteamiento del problema	16
2.4 Justificación	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo general.....	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. MARCO TEORICO.....	23
4.1. Antecedentes	23
4.2 Marco Contextual.....	33
4.3 Marco Legal Colombiano	38
4.4 Marco Conceptual.....	42
4.4.1 Definición.....	42
4.4.2 Etiología del Síndrome de Burnout.....	44
4.4.3 Clasificación	45
4.4.4 Sintomatología:.....	46
4.4.5 Conceptualización Del Burnout	46
4.4.6 Diagnóstico Diferencial.....	50

4.4.7 Síntomas	54
5. METODOLOGÍA.....	56
5.1 Enfoque y Diseño.....	56
5.1.1 Tipo de Investigación.....	56
5.1.2 Enfoque de estudio.....	57
5.2 Población y Muestra.....	57
5.2.1 Población Objeto de estudio.....	57
5.2.2 Muestreo	59
5.2.3 Criterios de Selección.....	61
5.2.3.1 Criterios de inclusión.....	61
5.2.3.2 Criterios de exclusión.....	61
5.3 Plan de recolección de información	62
5.4 Instrumentos	63
5.4.1 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (41).....	63
5.4.2 Valoración de puntuaciones	64
5.4.3 Valores de referencia Burnout Maslach Inventory (MBI)	64
5.4.4 Valores del estudio	65
5.4.5 Variables de Estudio.....	65
5.4.6 Variables dependientes	65
5.4.7 Variables independientes	65
5.5 Plan de análisis de información	67
5.6 Componente ético	69

5.7 Consentimiento informado	70
6. RESULTADOS Y DISCUSION	71
6.1 Resultados	71
6.1.2 Análisis Variables Sociodemográficas en Relación con Resultados De MBI:	87
6.2 Discusión	91
7. CONCLUSIONES	93
8. RECOMENDACIONES.....	94
9. BIBLIOGRAFÍA.....	97

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Directorio de I.P.S Red de Salud de la ladera E.S.E.....	34
Tabla 2. Listado de servicios habilitados por la Red de Salud de la ladera E.S.E.	36
Tabla 3. Consecuencias del síndrome de Burnout en la salud mental.....	55
Tabla 4. Numero de colaboradores por cargo vinculados a la Red de Salud de la Ladera E.S.E 2021.	57
Tabla 5. Valores k y sus niveles de confianza.....	60
Tabla 6. Valores referencia Burnout Maslach Inventory (MBI).....	64
Tabla 7. Valores del Estudio	65
Tabla 8. Variables de Estudio	66
Tabla 9. Cruce entre variables sociodemográficas y nivel de síndrome de Burnout.	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de participantes por grupos de edad.....	72
Gráfico 2. Porcentaje de participantes por género.....	72
Gráfico 3. Proporción de participantes según su estado civil.	73
Gráfico 4. Proporción de participantes según el servicio en que el labora	74
Gráfico 5. Proporción de participantes según el Nivel Educativo.	75
Gráfico 6. Porcentaje de participantes según el Número de hijos.....	76
Gráfico 7. Porcentaje de participantes según su antigüedad en la institución.	77
Gráfico 8. Porcentaje de participantes según su tiempo de ejercicio profesional.	78
Gráfico 9. Porcentaje de participantes según tipo de contratación.....	79
Gráfico 10. Porcentaje de participantes según el número de personas con las que convive.....	79
Gráfico 11. Porcentaje de participantes según su nivel de satisfacción salarial.	80
Gráfico 12. Porcentaje de participantes según la calidad de sus relaciones interpersonales en el trabajo.....	81
Gráfico 13. Prevalencia de síndrome de Burnout en personal asistencial de la Red de Salud de la Ladera 2021.	82
Gráfico 14. Resultados de subescala de agotamiento emocional según Cuestionario MBI.....	83

Gráfico 15. Resultados de subescala de despersonalización según	
Cuestionario MBI.....	84
Gráfico 16. Resultados de subescala de Realización Personal según	
Cuestionario MBI.....	85

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	104
ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	108
ANEXO 3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	109
ANEXO 4. PLAN DE MEJORAMIENTO.....	110



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD DE LA LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021.

Investigadores: Bibiana Aponte Andrade, Angelica María Moncaleano Tamayo, Ferneida Ortega Bravo, Laura Vanessa Patiño Pinillo, Marielly Velásquez Carrejo

Línea de Investigación: Administración en Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto: Administración de la Salud

Ciudad: **Cali**

Departamento: **Valle del Cauca**

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2 periodos

2. RESUMEN

2.1. Resumen

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés crónico catalogado en la actualidad como un factor de riesgo laboral por sus repercusiones sobre la salud mental y física de los trabajadores, además de su gran impacto en los procesos de seguridad del paciente y experiencia del usuario. Por lo anterior el objetivo de esta investigación fue establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Red de Salud de Ladera E.S.E del distrito de Cali, Valle del Cauca en el año 2021 a través de una investigación descriptiva, cuantitativa y de corte transversal con la participación de 174 trabajadores asistenciales a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach asistencial (MBI) junto con un instrumento para evaluar variables sociodemográficas.

La investigación encontró que el 3% del personal asistencial de la ESE Red de Salud Ladera en el momento de la aplicación de la encuesta puntuó con síntomas de Burnout. Igualmente, la investigación definió una prevalencia de riesgo de Burnout del 54%, es decir que dicho porcentaje de personas se encuentra con riesgo potencial de desarrollar síndrome de Burnout, mientras que a el 43% de los profesionales asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021 no puntuaron con riesgo.

Además, se analizó la disgregación por cada una de las tres dimensiones correspondientes al síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional con resultado

alto para el 12% y moderado para el 9% de los participantes. En la subescala de despersonalización se encontró un resultado para nivel alto del 9% y nivel medio en el 17% de los participantes. Y finalmente en la subescala de realización personal se obtuvo un resultado de nivel bajo para el 17% y nivel medio para el 22% de los participantes.

Adicionalmente, se realizó un análisis de algunas variables sociodemográficas como los son: edad, género, estado civil, número de hijos, nivel educativo, situación laboral y la antigüedad en la empresa de los participantes.

Según esta investigación se conoce que en la Red de Salud Ladera la prevalencia del Síndrome Burnout es baja, sin embargo, el riesgo de presentar la patología es bastante alto. Lo anterior permite saber que los colaboradores asistenciales de esta institución presentan factores que predisponen la prevalencia de dicha enfermedad laboral.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, Prevalencia, Síndrome de Burnout, Trabajador de la salud, Asistencial, Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización Personal, Cali (Valle del Cauca), Red de Salud Ladera E.S.E. Prevalencia.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a type of chronic stress currently catalogued as an occupational risk factor due to its repercussions on the mental and physical health of workers, in addition to its great impact on patient safety processes and user experience. Therefore, the objective of this research was to establish the prevalence of Burnout syndrome in the healthcare personnel of the Red de Salud de Ladera E.S.E of the district of Cali, Valle del Cauca in the year 2021 through a descriptive, quantitative and cross-sectional research with the participation of 174 healthcare workers to whom the Maslach healthcare questionnaire (MBI) was applied together with an instrument to evaluate sociodemographic variables.

The research found that 3% of the nursing staff of the ESE Red de Salud Ladera at the time of the survey application scored with Burnout symptoms. Likewise, the research defined a prevalence of Burnout risk of 54%, that is to say that this percentage of people is at potential risk of developing Burnout syndrome, while 43% of the healthcare professionals of the Red de Salud Ladera E.S.E. in 2021 did not score with risk.

In addition, the breakdown was analyzed for each of the three dimensions corresponding to Burnout syndrome: Emotional Exhaustion with a high result for 12% and moderate for 9% of the participants. In the depersonalization subscale, a result for high level was found for 9% and medium level for 17% of the participants. And finally, in the subscale of self-fulfillment, a result of low level

was obtained for 17% and medium level for 22% of the participants.

In addition, an analysis was made of some sociodemographic variables such as age, gender, marital status, number of children, educational level, employment status and length of service in the company of the participants.

According to this research it is known that in the Ladera Health Network the prevalence of Burnout Syndrome is low, however, the risk of presenting the pathology is quite high. The above allows knowing that the health care collaborators of this institution present factors that predispose the prevalence of this occupational disease.

KEY WORDS: Mental Health, Prevalence, Burnout Syndrome, Health Care Worker, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Accomplishment, Cali (Valle del Cauca), Red de Salud Ladera E.S.E. Prevalence.

2.2 INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral,

debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (1).

Un individuo con síndrome de Burnout posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas (2).

Actualmente el síndrome de Burnout se encuentra dentro de los diagnósticos de CIE-10 y para Colombia, el Decreto 1477 de 2014 (3) expedido por el Ministerio del Trabajo define la tabla de enfermedades laborales y codifica el síndrome de agotamiento profesional. Su estudio es de vital importancia, teniendo presente la afectación de la calidad de vida de los profesionales y técnicos de la salud, además del gran impacto que tiene en los procesos de seguridad del paciente (primordialmente en la deficiente actuación del personal generada por falta de motivación, siendo este un factor contributivo del individuo, que puede predisponer la ocurrencia de fallas activas o acciones inseguras) y experiencia del usuario (bajo rendimiento del personal, problemas de salud, incremento de la rotación, ambiente laboral inestable y deterioro de habilidades y competencias relacionales).

Por lo anterior esta investigación identificó la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial la Red De Salud Ladera E.S.E del Distrito de

Santiago de Cali, Valle del Cauca en el año 2021, a través de una investigación descriptiva, cuantitativa y de corte transversal con la participación de una muestra de los trabajadores asistenciales definida por los criterios metodológicos de rigor, a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach asistencial (MBI) junto con una encuesta de medición de variables sociodemográficas.

De esta manera, se analizó la presencia en algún grado de síndrome de Burnout para los trabajadores asistenciales de la Red De Salud Ladera E.S.E del Distrito de Santiago de Cali, además de la disgregación por cada una de sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Igualmente se realizó un análisis de algunas variables sociodemográficas de los participantes, para establecer su correlación con la prevalencia del síndrome en el personal asistencial y posteriormente se realizó la formulación de un plan de acción institucional en relación con los resultados obtenidos.

2.3 Planteamiento del problema

El Psicólogo especialista (Jonathan García-Allen) dijo en el artículo “El Burnout o Síndrome del quemado” que el síndrome de Burnout es una alteración psicológica que afecta a los trabajadores y está ligada al contexto del trabajo.

Además, puede constituir un trastorno debido a sus efectos dañinos en la calidad de vida". (4)

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés crónico y fue descrito en 1974 por el psiquiatra Freudenberg quién observó que, al año de estar laborando, la mayoría de las personas sufría una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento y depresión, así como desmotivación en su trabajo. Este síndrome no se encontraba dentro de los diagnósticos de CIE-10, es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 declaró el síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral dada la capacidad que tiene para afectar la calidad de vida de las personas, además de su salud mental e incluso en el peor de los casos poner en riesgo la vida. (5)

Una vez reconocido por la Organización Mundial de la Salud, la República de Colombia en su Decreto 1477 de 2014 expedido por el Ministerio del Trabajo orienta y regula los derechos laborales de los trabajadores, define la tabla de enfermedades laborales y codifica el síndrome de agotamiento profesional (Síndrome Burnout) con Código CIE -10 de Z73. (3)

Así mismo desde la Política Nacional de Seguridad del Paciente, se plantea la importancia de adoptar programas para prevenir el síndrome de Burnout,

detectar, y reducir el cansancio en el personal de salud, debido a que es uno de los principales factores predisponentes de diversos fenómenos, entre los cuales se encuentran: agotamiento o cansancio, irritabilidad, descontento en el trabajo, depresión, tensión emocional, ganas de abandonar el trabajo, problemas para dormir, ausentismo laboral, errores en el diagnóstico y errores en el tratamiento.(6)

Desde los Programas de Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud se viene trabajando en identificar diferentes riesgos como son los tecnológicos, de procesos o humanos. Cuando estos riesgos se materializan pueden generar un evento adverso entendiéndose este como “Suceso ocurrido durante la atención en salud que de manera no intencional genera daño a un paciente” (6). Las apariciones de estos eventos pueden atribuirse primordialmente a la deficiente actuación del personal generada por falta de motivación, siendo este un factor contributivo del individuo que puede predisponer la ocurrencia de fallas activas o acciones inseguras.

De acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, cuando el individuo está sometido a estrés laboral, puede: incrementar su estado de irritabilidad y angustia, ser incapaz de relajarse o concentrarse, tener dificultad para pensar con lógica y tomar decisiones, disminuir su compromiso

con el trabajo y su elaboración. (6)

El autor MsC. Elías Alberto Bedoya Marrugo, en el artículo de Prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores de un hospital público Colombiano en 2017, de la revista MEDISAN; documenta que se realizó un estudio descriptivo con 57 trabajadores asistenciales pertenecientes al Hospital Municipal de Bolívar, en Colombia, para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en ellos. Se detectó la afectación en 6 trabajadores (10,5 %), quienes presentaron niveles altos de agotamiento emocional, con predominio en el sexo femenino (83,3 %) y en las auxiliares de enfermería, en igual proporción. En el servicio médico se confirmó la existencia de riesgos psicolaborales que pueden generar efectos negativos en el trabajador. (7)

En otro estudio de los autores Raúl Olvera-Islas, Carolina Téllez-Villagra, Alberto González Pedraza Avilés en su estudio titulado “Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud de la revista atención familiar”, incluyó 53 trabajadores donde el 22.5% presentó un nivel de Burnout alto y muy alto para “cinismo”; en el 20.6% en las mismas categorías para “ineficiencia personal” y el 24.4% para “agotamiento”. (8)

Para la Red de Salud de la Ladera E.S.E. fue importante identificar la

prevalencia del Burnout del personal asistencial, dado a que además de representar un riesgo laboral por sí mismo dentro del quehacer diario de la institución de salud, este síndrome impacta la salud mental de los profesionales-colaboradores.

Por consiguiente, la investigación analizó las variables dependientes correspondientes a la temática como lo son la presencia del síndrome de Burnout, con sus tres dimensiones, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal; así como las variables independientes que corresponden a la caracterización de la población objeto de estudio como lo son edad, género, estado civil, número de hijos, nivel educativo, situación laboral, antigüedad en la empresa y en el ejercicio profesional.

2.4 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) ha procedido al reconocimiento oficial del Burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el 1 de enero de 2022.

El término "Burnout" fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert

Freudenberger (9), en su libro "Burnout: The High Cost of High Achievement"

Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.

De acuerdo con un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (10), en Colombia se estima que uno de cada cinco empleados padece estrés y fatiga, lo cual puede ocasionar la salida del empleado por bajo rendimiento o problemas de salud, incrementando la rotación sin atacar el problema de raíz, así como ocasionar un mal ambiente laboral, deterioro de habilidades y competencias, entre otras.

Es un tema que deberá ser atendido de forma más seria por las empresas de salud, toda vez que sus empleados representan un capital humano clave para su gestión. En ese sentido, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Red de

Salud de Ladera incluyendo su talento humano dentro de las prioridades institucionales y aludiendo al principal enunciado empresarial que corresponde a “unidos por la vida”.

De acuerdo a los hallazgos que se encontraron, se logró generar estrategias que promueven el desarrollo humano y profesional de los funcionarios; lo cual se verá reflejado de manera positiva en una relación más humana entre el trabajador de la salud y el paciente; además de generar un impacto directo sobre la productividad y el cumplimiento de objetivos institucionales.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Red De Salud de Ladera E.S.E del Distrito de Santiago de Cali año 2021.

3.2. Objetivos específicos

1. Analizar los resultados de la aplicación del instrumento Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) al personal asistencial de la Red De Salud Ladera E.S.E del Distrito de Santiago de Cali año 2021.
2. Examinar las principales variables sociodemográficas contenidas en la

encuesta previa.

3. Diseñar un plan de acción para las variables críticas identificadas según los resultados obtenidos.

4. MARCO TEORICO

4.1. Antecedentes

Múltiples y recientes estudios a nivel internacional han realizado mediciones asociadas al síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional involucrando a trabajadores de salud como personal médico y de enfermería, así como otros profesionales relacionados con la atención en salud como por ejemplo trabajadores sociales que laboran en el sector salud.

Para comenzar documentamos el estudio titulado “Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19” (Venezuela A. 2020), el cual es un estudio de tipo observacional y corte transversal en el cual participaron 224 médicos/as y enfermeros/as de establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana, de los cuales 151 fueron médicos (67.41%) y 73 enfermeros/as (32.59%). Este estudio arrojó que la mayor parte del personal médico y de enfermería presentó agotamiento emocional severo y moderado (78.15% vs.

63.02%, respectivamente), al igual que despersonalización severa y moderada (72.61% vs. 65.63%, respectivamente). La frecuencia de realización personal en el trabajo baja y moderada también fue alta entre personal médico y de enfermería (85.41 vs. 78.09, respectivamente). Llama la atención que el 95.36% del personal médico muestra Síndrome de Burnout moderado y severo, al igual que el 95.89% del personal de enfermería. Los resultados de este estudio evidencian un muy alto porcentaje de incidencia del síndrome siendo este mayor entre el personal médico (11). La investigación presenta una fuerte relación con la presente debido a que se busca medir la prevalencia del síndrome entre el personal sanitario asistencial.

Así mismo en el año 2019 en Galicia España, González R, López A, Pastor E, López A, Pastor E y Verde E; llevaron a cabo la investigación llamada "Síndrome de Burnout en el Sistema de Salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias"; el cual se enfoca en la medición de la prevalencia del Síndrome de Burnout en el colectivo de trabajadoras sociales sanitarias colegiadas en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia. La muestra la conforman 58 profesionales del Trabajo Social, de los cuales 50 eran mujeres (86,2%) y 8 hombres (13,8%). Entre sus resultados más relevantes se encuentra que en la dimensión Agotamiento Emocional la puntuación media para la población objeto de estudio fue de 27,5. Atendiendo al punto de corte, esta puntuación global de la dimensión se sitúa en un grado alto. La dimensión Despersonalización alcanza una puntuación global media

de 8,3, dato que sitúa esta dimensión como grado moderado. Esto mismo sucede con la dimensión Realización Personal, que alcanza una puntuación global media de 34,2 lo cual se interpreta en un grado moderado. Los datos de prevalencia del estudio arrojan unos resultados elevados, especialmente en la dimensión de Agotamiento Emocional donde más de la mitad de la población objeto de estudio presenta una puntuación considerada alta. Igualmente, en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal, las puntuaciones (prevalencia del 41,4% y 44,8%, respectivamente) sitúan a la población estudiada en unas cifras consideradas de riesgo elevado. Estos resultados demuestran que al igual que otros colectivos profesionales que ejercen su actividad laboral en el sistema de salud, como es el caso de Enfermería y Medicina, las trabajadoras sociales sanitarias presentan índices elevados de Burnout, siendo el Agotamiento Emocional la dimensión más afectada (12). La investigación concluye que no solo el personal de medicina y enfermería padecen de este síndrome, sino que profesionales de otras disciplinas relacionadas con la atención integral de la salud también deben tenerse en cuenta a la hora de realizar la medición de la prevalencia.

En el ámbito nacional, el grupo de estudiantes de posgrado en Gerencia de la Calidad y Auditoría en salud de la Universidad Cooperativa de Colombia en Medellín en el año 2020; Edwin Alexander López Osorio, Carolina Cano y Viviana Salazar Ospina llevaron a cabo la investigación titulada “Caracterización del Síndrome de

Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES”, durante el desarrollo de la cual 403 profesionales participaron del estudio y dentro de sus resultados en variables sociodemográficas se puede destacar que con relación a la variable de sexo, 270 profesionales (67%), correspondieron al sexo femenino y 133 fueron (33%) de sexo masculino. La distribución por ocupación fue la siguiente: Medicina 397 (98,5%), Enfermería 1 (0,2%), Auxiliar de enfermería 4 (1%), Psicología 1 (0,2%) y Odontología 0 (0%). En cuanto a horario laboral, 379 profesionales (94%) trabajaban tiempo completo y 24 profesionales (6%) lo hacían medio tiempo. El tiempo de vinculación tuvo una media de 16.81 meses. Se indagó también por los factores percibidos como relacionados con el Burnout de acuerdo con la experiencia profesional y si se consideraba a la Telemedicina y a la pandemia del COVID 19 como un factor que mejoró o empeoró la situación laboral al punto de ser un posible agravante del Burnout. A continuación, se relacionan los resultados de los factores en orden de frecuencia: Dificultades del sistema de salud: 278 sujetos (69,0%), sobrecarga laboral: 252 sujetos (62,5%), dificultades en la relación personal de salud – paciente: 129 sujetos (32%), pérdida de importancia de la labor: 100 sujetos (24,8%), la baja remuneración fue considerada por 64 sujetos (15,9%). En lo que respecta a la prestación de servicios por la pandemia del COVID 19, 215 sujetos (53,3%) perciben que se ha empeorado en cuanto a la forma de hacerlo. La modalidad de telemedicina también fue percibida como un factor que empeoró la

prestación del servicio por 212 sujetos (52,6%).

Esclarecido lo anterior De los 403 participantes que cumplieron criterios de inclusión, 60 profesionales cumplieron también criterios de Burnout completo con una prevalencia puntual estimada de 14,9%. El personal de salud con riesgo de desarrollar Burnout fue de 165 para una prevalencia puntual estimada de 40,9%. Los 178 sujetos restantes no cumplieron criterios para ninguna de las formas de Burnout mencionadas. Este estudio arrojó como factores de riesgo para padecer el síndrome, el sexo femenino, la edad promedio de 29,5 años, mayor número de horas laborales, al igual que un tiempo de vinculación mayor, una experiencia laboral menor, la profesión médica y ser personal de primera línea de atención durante la pandemia por Covid-19 (13).

Este estudio se relaciona con la presente investigación considerando temáticas a tener en cuenta como lo son la pandemia por Covid-19 y la modalidad de prestación de los servicios crecientes en el país: Telemedicina, Telemedicina interactiva, Teleorientación, Teleasistencia, Teleeducación o Teleexperticia.

De igual forma en Colombia en el año 2019, otro grupo de estudiantes de posgrado en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia de la sede Pereira (Liseth Andrea Muñoz Samboni y María Camila

Montaño Moreno) llevaron a cabo la investigación llamada Síndrome de Burnout en Trabajadores de Salud de dos Clínicas de Assbasalud E.S.E de del Distrito de Manizales; en la cual el total de la muestra fueron 66 trabajadores de salud que laboran en la Clínica La Enea y San Cayetano de Assbasalud en el área asistencial, como médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, auxiliares de farmacia y tecnólogos en atención prehospitalaria de los cuales la mayoría fueron mujeres (71,21 %) y hombres en menor proporción (28,79%); en relación con la profesión, se encontró que la mayoría de trabajadores de salud encuestados fueron auxiliares de enfermería (43,94%), seguido de médicos (25,76%), auxiliares de farmacia (12,12%), enfermero/a profesional (10,61%) y finalmente, tecnólogos Atención Prehospitalaria (7,58%). Es posible apreciar que del 100% (66 casos) de trabajadores de salud encuestados el 65,15% (43 casos) presenta un nivel bajo de Agotamiento Emocional, el 24,24% (16 casos) presenta un nivel medio y el 10,61% (7 casos) un nivel alto. En relación con la subescala Despersonalización el 65,15% (43 casos) presenta un nivel bajo, el 19,70% (13 casos) nivel medio y sin embargo el 15,15% (10 casos) presenta un nivel alto. En relación con la Realización Personal el 60,61% (40 casos) presentan un nivel alto, el 21,21% (14 casos) presentan un nivel medio y el 18,18% (12 casos) presenta un nivel bajo. En términos prevalencia del síndrome el 62, 12% (41 casos) presentan un nivel de Burnout moderado, la prevalencia del nivel alto del síndrome de Burnout en los trabajadores de salud de La Clínica La Enea y San Cayetano fue de 1,52% (1 caso), sin embargo, el 98,48%

(65 casos) se encuentran incluidos en el nivel de riesgo moderado y bajo.

Teniendo en cuenta que los trabajadores de salud de las dos Clínicas presentaron un nivel de Burnout moderado y de acuerdo a los datos obtenidos es importante mencionar que la profesión más propensa a padecer el síndrome son los técnicos auxiliares de enfermería (48,78) y en lo referente a los grupos de edades y nivel de Burnout, se puede apreciar que el nivel de riesgo moderado se presenta en mayor proporción entre el rango de edades de 31 a 40 años (36,59%) (14).

Esta investigación se hace relevante para la presente investigación toda vez que refuerza la evidencia relacionada con que se hace necesaria la medición de la presencia del síndrome no solo en profesionales de la salud sino también en personal del nivel técnico y tecnológico que está involucrado directamente con la prestación de los servicios en salud.

En cuanto al nivel regional, los especialistas Ana Erika Bolaños Mulcúe, Jhon Cristian Herrera Cadena y Lucy Aracelly Melo Martínez, optando por el título de Administradores de la Salud en el año 2019 realizaron un estudio llamado “Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la E.S.E hospital San Luis el tambo Nariño 2019” en el cual se estudió un número de muestra de 54 trabajadores de los cuales el 81,4% (n=44) corresponde a mujeres. El promedio de edad para la población objeto del estudio es de 35.2 años con una desviación estándar de 9,7 años. Según sexo, la edad promedio en mujeres es de 35,9 años y la media de edad es de los hombres es de 35,2. Respecto al estrato socio

económico el 80% corresponde al estrato 2 y el 20% al estrato tres. El evaluado con mayor edad tenía 59 años y el de menor edad 22. Respecto al estado civil el 62,9% (n=34) fueron solteros, los trabajadores que viven en pareja representan cerca del 38,8% (n=21), correspondiendo a personas casadas y en unión libre. En cuanto al nivel educativo, la mayor frecuencia está representada por técnicos y tecnólogos, que configuran el 62,9% (n=34) del total de trabajadores, seguido de profesionales 28% (n=15). Con respecto a la antigüedad en el cargo era de 8,4 años (DS 8,43). El promedio de personas a cargo es de 2,7 (DS 1,5) personas.

Según los resultados del estudio los factores de riesgo por cada una de las dimensiones del trabajador que presenta Agotamiento Emocional fueron: ser hombre, mayor de 30 años, con hijos, casado, con título técnico-tecnólogo, con contratación por nómina y llevar una antigüedad de 4 o más años en la empresa. En cuanto al trabajador que presenta dDespersonalización: ser hombre, menor de 30 años, sin hijos, casado, con título profesional, con un contrato por nómina y que lleve menos de cuatro años trabajando en la empresa. Con respecto al trabajador que presenta baja Realización Personal: ser hombre, mayor de 30 años, con hijos, soltero, con título profesional, con contratación por nómina y que lleve más de cuatro años laborando en la empresa.

Dentro de los hallazgos no se evidencian resultados de síndrome de Burnout completo en la muestra, pero se observa la prevalencia en el personal en la dimensión de Agotamiento Emocional 8%, en Despersonalización 9% y baja

Realización Personal 11 % de la muestra en estudio. Cabe resaltar que el personal asistencial presenta un 61% de altos niveles de Realización Personal, como también un bajo Agotamiento Emocional representado en el 70% de la muestra y un bajo nivel de despersonalización con un resultado del 69% de los encuestados; contando la entidad así, con un talento humano asistencial realizando un trabajo que está siendo beneficiario no solo a la comunidad sino a la salud del propio trabajador (15). Este estudio es relevante para referenciar desde la presente investigación debido a que toma en cuenta variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico, número de personas a cargo y el estado civil, las cuales son importantes para establecer factores protectores y factores de riesgo para padecer síndrome de Burnout entre los trabajadores de salud en Colombia.

De igual manera en el ámbito regional Leidy Johana Pérez Coy, Erika Andrea Cabrera Borrero y Angela Liliana Motta Motta optando por el título de Administradores de la Salud entre el año 2018 y el 2019, llevaron a cabo una investigación titulada “Prevalencia Síndrome de Burnout en personal asistencial de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito” en el cual se incluyó una muestra de 200 personas entre médicos generales, especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería. Las características generales del personal que respondió la encuesta correspondió al 69.5% (139) pertenecen al sexo femenino, 30.5% (61) al sexo masculino. Laboran en el servicio de cirugía 15,5%, hospitalización 34,5%,

urgencias 50%. La edad mínima fue de 19 años, máxima de 58, mediana de 29 años y moda de 26 años. De acuerdo a la profesión el 60% corresponde a auxiliares de enfermería, 19% médicos generales, 15,5 % enfermeras, 5,5% especialistas. La mayoría tenía más de 5 años de tiempo laboral con un 33,5%, menos de 1 año 29,5%, de 2 a 5 años 27 %, entre 1 a 2 años 10%. Con respecto al estado civil el 53% eran solteros, 25,5% unión libre, 17,5% divorciado, 3,5% estaba casado y 0,5% viudo.

La presencia de las tres dimensiones de alta afectación personal, alta despersonalización y baja realización personal en la población estudiada se consideró que presentaba el síndrome de Burnout y la presencia de una de estas dimensiones se consideró indicio para Burnout. Teniendo en cuenta que la muestra fue de 200 personas de las cuales 12 presentaron las tres dimensiones, mediante la herramienta de análisis se encontró que el personal asistencial de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito mostró una prevalencia de síndrome de Burnout del 6%, según el área de trabajo se evidencio el 8,33% en urgencias, 91,67% en hospitalización. Un caso en hombres y 11 en mujeres. Del personal asistencial que presentó síndrome de Burnout el 41,67% corresponde a la profesión de médico, 25% enfermería, 25% auxiliar de enfermería, 8,33% especialista. Se presentó con mayor porcentaje en edades entre 25 a 35 años con un 66.66%, seguido de un 25% en edades de 36-45 años y mayores de 45 años con un 8,33%. Se relacionó con estado civil soltero con un 58,33%, seguido de unión libre 25%,

casado 8,33%, divorciado 8,33%. La relación de Burnout con el tiempo laboral fue más frecuente en personas que tenían más de un año, con mayor porcentaje en personas con más de 5 años con un 41,67%, de 2 a 5 años 33.33%, menores de 1 año 16.67%, 1-2 años 8.33%.

En cuanto a las tres dimensiones del síndrome de Burnout con respecto al servicio laboral, se presentó en mayor porcentaje el Agotamiento Emocional en el servicio de hospitalización 60%, en el servicio de urgencias las tres dimensiones se presentaron con un porcentaje de 40% (Agotamiento Emocional alto, alta Despersonalización 36.23% y baja realización personal 39.18%), en el servicio de cirugía no estuvo presente el Agotamiento Emocional pero si la Alta Despersonalización con un 31.88% y baja Realización Personal 27.84% (16).

Este estudio cobra relevancia para debido a que permite tener un referente de estudio realizado en la alta complejidad, que toma en cuenta dentro de las variables el servicio en el que labora el colaborador lo cual permite establecer la prevalencia y nivel del síndrome por servicios.

4.2 Marco Contextual

La Red de Salud Ladera ESE fue creada en el año 2003, mediante acuerdo 106 del Concejo Municipal, con el propósito de responder a la necesidad de organizar la

atención en salud a la población pobre y vulnerable del municipio de Santiago de Cali. Es una institución de baja complejidad, que tiene como territorios de influencia las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20 y todos los corregimientos de la zona rural del municipio, con la escisión del corregimiento Navarro.

Desde su creación, ha tenido como propósito garantizar la oferta de servicios de salud, comprometida con los usuarios en brindar servicios con calidad, oportunidad, accesibilidad y pertinencia, además ha dado continuidad a la estrategia de impactar positivamente en la condición de salud de la población.

Cuenta con 37 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de baja complejidad, distribuidas en el territorio de zona urbana y rural del distrito de Santiago de Cali (17).

Tabla 1. Directorio de I.P.S Red de Salud de la ladera E.S.E

Ubicación	IPS	Dirección
Comuna 3	Hospital Cañaveralejo	Calle 3 oeste No. 12A-20
	I.P.S. San Pascual	Calle 13A No. 13A-49
Comuna 20	I.P.S Siloé	Calle 1 No. 50-51
	I.P.S. Belén	Carrera 39 oeste No. 2B-25
	I.P.S. Brisas de Mayo	Calle 54 oeste No. 10-00
	I.P.S. La Estrella	Carrera 44A oeste No. 6G-12
	I.P.S. La Sirena	Barrio La Sirena, Sector Andes

		I.P.S. La Sultana	Carrera 22 oeste No. 47-31
	Comuna 17	I.P.S Primero de Mayo	Carrera 56 No. 13G-10
	Comuna 1	I.P.S Terrón Colorado	Avenida 4 oeste No. 19-00
		I.P.S. La Paz	Avenida 8 oeste No. 19-103
		I.P.S. Vista Hermosa	Calle 42 oeste No. 4A-60
		I.P.S. Bellavista	Carrera 3 oeste No. 13-00
	Comuna 18	I.P.S Meléndez	Carrera 94 No. 4C-65
		I.P.S. Alto Polvorines	Calle 4 oeste No. 91-83
		I.P.S. Nápoles	Carrera 76B No. 2C-16
		I.P.S. Lourdes	Carrera 73 No. 1B-13
		I.P.S. Alto Nápoles	Calle 2B oeste A No. 82D-11
		I.P.S. Polvorines	Carrera 94A oeste No. 1 2A-00
	Zona rural	I.P.S La Buitrera	Corregimiento La Buitrera
		I.P.S. Cascajal	Vereda cascajal
		I.P.S. La Vorágine	Corregimiento La Vorágine
		I.P.S. Villa Carmelo	Corregimiento Villa Carmelo
		I.P.S. Pance	Corregimiento Pance
		I.P.S. Hormiguero	Corregimiento Hormiguero
	Zona rural	I.P.S Saladito	Kilómetro 12 Vía al mar
		I.P.S. Felidia	Corregimiento de Felidia
		I.P.S. La Leonera	Corregimiento La Leonera
		I.P.S. Pichindé	Corregimiento Pichindé
		I.P.S. Peñas Blancas	Vereda Peñas Blancas

		I.P.S. Los Andes	Corregimiento Los Andes
Zona rural		I.P.S Montebello	Avenida 4 oeste No. 11-18
		I.P.S. Golondrinas	Corregimiento Golondrinas
		I.P.S. La Castilla	Corregimiento La Castilla
		I.P.S. La Paz	Vereda La Paz
		I.P.S Alto Aguacatal	Vereda Alto Aguacatal
		I.P.S. La Elvira	Corregimiento La Elvira

Fuente: Plan de Gestión Gerencial 2020-2023 “Ladera, Unidos por la Vida”

La producción de servicios de la ESE, corresponde a las actividades de baja complejidad y complementarias que se prestan en el marco de los contratos suscritos con las EAPB y ente territorial.

Servicios Habilitados: Actividades de la Baja Complejidad y Complementarias

Tabla 2. Listado de servicios habilitados por la Red de Salud de la ladera E.S.E.

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO
PROTECCION ESPECIFICA	Atención del parto
	Atención al recién
	Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)
	Alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)
	Alteraciones del embarazo
	Alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)
	Cáncer de cuello uterino
	Cáncer seno

	Alteraciones de la agudeza
	Vacunación
	Atención preventiva en salud
	Atención en planificación familiar hombres y mujeres
CONSULTA EXTERNA:	Anestesia
	Dermatología
	Endodoncia
	Enfermería
	Ginecobstetricia
	Medicina física y rehabilitación
	Medicina general
	Medicina interna
	Nutrición y dietética
	Odontología general
	Oftalmología
	Optometría
	Ortodoncia
	Pediatría
	Periodoncia
	Psicología
	Psiquiatría
	Odontopediatría
	Medicinas alternativas
Medicinas alternativas - medicina tradicional china	
Medicinas alternativas – neural terapia	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	Diagnóstico cardiovascular
	Laboratorio clínico
	Radiología e imágenes diagnosticas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Servicio farmacéutico
	Ultrasonido
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas
	Terapia ocupacional
	Terapia respiratoria
	Fisioterapia
	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje
	Tamización de cáncer de cuello uterino.

URGENCIAS	Servicio de urgencias
QUIRÚRGICOS:	Cirugía general
	Cirugía ginecológica
	Cirugía ortopédica
	Cirugía oftalmológica
	Cirugía otorrinolaringología

Fuente: Plan de Gestión Gerencial 2020-2023 “Ladera, Unidos por la Vida”

4.3 Marco Legal Colombiano

La enfermedad profesional nace en Colombia en 1950 cuando en los Artículos 200 y 201 del Código Sustantivo de Trabajo, el cual estableció inicialmente una tabla con 18 patologías de origen profesional (18). El Código Sustantivo del Trabajo, en su Artículo 200 realiza la definición de la enfermedad Profesional así:

a) Todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos; b) Las enfermedades endémicas y epidémicas de la región sólo se consideran como profesionales cuando se adquieren por los encargados de combatirlas por razón de su oficio.

Así mismo; el Código Sustantivo del Trabajo en su Artículo 201 establece la tabla de enfermedades profesionales donde se adoptan las enfermedades profesionales para efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, en cuanto a estrés se encuentra: Patologías causadas por estrés en el trabajo, trabajos con sobrecarga

cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo, trabajos con técnicas de producciones en masa, repetitivas o monótonas o combinadas con ritmo o control impuesto por la máquina, trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica severa o colon irritable. Las patologías de estrés laboral están denunciadas desde 1994 y cubiertas por nuestro sistema de seguridad social.

El síndrome de Burnout en Colombia se sustentan inicialmente en la Ley de la Seguridad Social Integral /Ley 100 de 1993 (19) "mediante la cual se regula el cumplimiento de los planes de salud mental y física de los trabajadores, adicional a la retribución monetaria, se regula el entorno y el grado de perjuicio que podría generar la labor que esté realizando"; esta ley de Seguridad Social Integral disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En el estudio del síndrome de Burnout esta ley es significativa en cuanto a las

repercusiones que conllevaría su ejecución o su omisión, frente a la emocionalidad de los empleados de la IPS, ya que el entorno debe de estar en unas buenas condiciones para la óptima realización de su labor; frente a los principios de seguridad social integral, como lo son la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, con el fin de amparar su bienestar laboral y su óptimo desempeño, que permitan disminuir los efectos que podrían causar el síndrome en los colaboradores de la IPS.

La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227” establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud”. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La legislación Colombiana, si bien ha contemplado esta patología como enfermedad profesional, las normas específicas sobre el tema son cortas y más aún, su aplicación.

A continuación, se exponen algunas normas que tienen relación directa con las patologías asociadas, como el Decreto 778 de 1987 el cual modificó la tabla de las enfermedades profesionales y pasaron de 18 diagnósticos a 40 (20). El Decreto 1832 del 03 de agosto de 1994 (24) adoptó la tabla de enfermedades profesionales y en donde las patologías asociadas, como ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica severa o colon irritable, podrían ser catalogadas como profesionales

siempre y cuando se establezca la relación de causalidad.

El síndrome de Burnout en el año 2000 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad de afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (23). La Resolución 2646 de 2008 definió ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales (21); el Decreto 2566 de 2009 (22) en su momento modificó la tabla de las enfermedades profesionales.

Actualmente se encuentra vigente el Decreto 1477 de 2014 en relación a la tabla de enfermedades profesionales. (3) donde se adopta la tabla de enfermedades laborales y señala como agentes psicosociales productores de agotamiento psicosocial: la gestión organizacional, las características de la organización del trabajo, las características del grupo social de trabajo, las condiciones de la tarea, la carga física, las condiciones del medio ambiente de trabajo, la interface persona-tarea (pidiendo evaluar la pertinencia del conocimiento y habilidades que tiene la persona con relación a las demandas de la tarea), las jornadas de trabajos y específicamente la ausencia de pausas activas y cuyas consecuencias pueden ser los trastornos de ansiedad generalizada y reacciones de estrés grave, alteraciones que deben ser revisadas mediante la evaluación médica ocupacional periódica e implementación de programas de estilos de vida y trabajo saludable.

De acuerdo con lo establecido en el artículo, el Gobierno Nacional, previo concepto

del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, debe determinar en forma periódica las enfermedades que se consideran como laborales, para lo cual los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo, deben realizar una actualización de la tabla de enfermedades laborales, por lo menos cada tres 3 años, atendiendo los estudios técnicos financiados por el Fondo Nacional de Riesgos Laborales. Promoviendo el óptimo trato y la definición de una enfermedad laboral como aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

A través de las leyes se ha buscado la mejora de la calidad de vida para los trabajadores colombianos, lo cual ha logrado que se dicten distintas disposiciones para la identificación de las condiciones tanto intralaborales como extra laborales a las que son expuestos los trabajadores por parte de las organizaciones, buscando así facilitar la prevención de enfermedades en las actividades laborales y grupos de enfermedades para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados.

4.4 Marco Conceptual

4.4.1 Definición

El Síndrome de Burnout también llamado síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional es definido por diferentes autores así:

Schwartz y Mill en 1953, tras un estudio en hospitales psiquiátricos definieron el síndrome como un sentimiento de baja moral y distanciamiento hacia los pacientes.

(25). Pines y Kafry lo definen como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente (26).

Dale es uno de los que inician la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral indicando que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo (27). Cherniss menciona que son cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas (28).

Más adelante Freudenberger en 1974, conceptualizó el Síndrome de Burnout como: Conjunto de síntomas caracterizados por decepción, sensación de agotamiento y pérdida de interés por la actividad laboral que inicialmente se adjudicaba a personas que desempeñan sus actividades laborales con trato directo a la comunidad. Freudenberger sitúa las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral (29).

La definición más aceptada es la que expone Maslach y Jackson en 1986 quienes lo definían como un síndrome que consta de tres Dimensiones las cuales son:

- 1) Cansancio emocional o Agotamiento: donde los profesionales lo describían como una sensación de no poder dar más de sí mismo hacia los usuarios.
- 2) Despersonalización: donde los profesionales desarrollaban sentimientos y actitudes negativas y distantes hacia las personas que atendían.
- 3) Pérdida total de una visión positiva a futuro: donde los profesionales sentían que no alcanzarían logros y referían desilusión y no encontraban sentido a la vida sintiéndose fracasados y con baja autoestima (30).

Una interpretación más reciente, según el Dr. Pedro R. Gil-Monte, “el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece con frecuencia en los profesionales cuya actividad laboral se desarrolla hacia personas. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, y se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas, y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización” (31).

4.4.2 Etiología del Síndrome de Burnout

Existen diferentes causas o factores de riesgo que podrían llevar a un trabajador a padecer síndrome de Burnout, las cuales se podrían agrupar en variables

individuales (la edad, el sexo, el estado civil e incluso rasgos de personalidad), sociales (entorno familiar, hijos, amigos, entre otros) y organizacionales (el tipo de trabajo, sus horarios, remuneración, entorno laboral), encontrarse con una baja remuneración económica, no sentirse apoyado por parte de sus superiores o de la empresa e incluso tener muchas expectativas frente a lo que realmente ofrece su actividad laboral, se ha observado que las personas jóvenes son más propensas al síndrome de Burnout debido no solo a lo anteriormente mencionado sino a su poca experiencia en el campo laboral (28).

En el aspecto laboral existen situaciones que llevan al empleado a ser más vulnerable, entre las que se encuentran el rendimiento laboral, demandado por parte de sus empleadores. El tipo de área de desempeño, siendo en el caso del área de la salud los servicios de urgencias (puestos de trabajo en contacto directo con la atención de público) los más desencadenantes de Burnout, acompañado a su vez del entorno físico (sitios ruidosos, fríos, congestionados), demandantes de gran esfuerzo físico (largas jornadas laborales, horarios nocturnos) y mental.

Se observa inestabilidad laboral que algunas instituciones ofrecen (plantas temporales o prestaciones de servicios).

4.4.3 Clasificación

En el ICD-10 (International Classification of Diseases 10th) encontramos una clasificación relacionada con las variables organizacionales:

Z561 Problemas relacionados con el cambio de empleo

Z562 Problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo

Z563 Problemas relacionados con horario estresante de trabajo

Z564 Problemas relacionados con desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo

Z565 Problemas relacionados con el trabajo incompatible

Z567 Otros problemas y los no especificados relacionados con el empleo

Z596 Problemas relacionados con bajos ingresos

Z597 Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar.

4.4.4 Sintomatología: Los síntomas del Burnout en su gran mayoría son de carácter emocional; sin embargo, estos se acompañan a su vez de síntomas físicos.

En lo relacionado con la salud mental, encontramos la falta de ánimo o motivación por el trabajo, desgaste mental, bajo rendimiento laboral, ausentismo, sentimientos de fracaso y descontento. Los síntomas físicos pueden ser el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, desgaste físico que no mejora con el descanso, síntomas respiratorios, dermatológicos, entre otros (32).

4.4.5 Conceptualización Del Burnout

Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc.; en estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997). Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías, etc. (Moreno & cols. 1999). Así, por ejemplo, Freudenberger (1974), empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos 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. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997).

Al concepto de "estar quemado" se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral;

también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (Mingote, 1998).

Pero la extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica, ya iniciada en el mismo momento en que Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización. Así pues, Maslach y Jackson (1981, 1982) 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), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última de las cuales se han introducido al fin las "profesiones no asistenciales" y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo". (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

En el mismo sentido, Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios,

concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999). A ello hay que sumar otros factores, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, 1996). Más recientemente, Hombrados (1997; 217) propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo.

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones; y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados cada día más por interés de las empresas, la sensación de que el rendimiento es bajo y conduce al deterioro en la calidad del servicio, ausentismo

laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo (26).

El síndrome de Burnout es una patología diferente a la depresión o un cuadro de estrés, pues no mejora con solo unos días de descanso ni con solo apoyo psicológico, va mucho más allá, puesto que en él influyen problemas físicos y psicológicos, al igual que su entorno social, familiar y laboral.

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

4.4.6 Diagnóstico Diferencial: Este síndrome se diferencia del Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Alienación, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral, Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida y Síndrome de Fatiga Crónica; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares.

Estas son las diferencias:

a. Estrés General: Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos

negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

b. Estrés laboral: En relación al estrés laboral, Schaufeli y Buunk (20) diferencian al síndrome de Burnout en función al proceso de desarrollo explicando que este último es la ruptura en la adaptación que va acompañado por un mal funcionamiento crónico en el trabajo. La persona va deteriorándose, colapsa y acaba en un nivel de mal funcionamiento en el trabajo.

El estrés laboral es un proceso de adaptación temporal más breve que va acompañado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento. Por lo tanto, el síndrome de Burnout se lo podría considerar como un estado de estrés laboral prolongado, que tiene la cualidad de inadaptación al estrés.

c. Fatiga Física: Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a

veces de éxito. (20)

d. Depresión: Ya Oswin (1978) y Maher (1983) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout, que fue objeto de estudio en adelante. McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo.

e. Alienación: Ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea, mientras que el síndrome de Burnout, se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que le es imposible o muy difícil de realizar (29)

f. Tedio o Aburrimiento: Los términos tedio o aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Una importante diferenciación es la que hacen Pines y Cols, (33) cuando limitan al síndrome de Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a otros tipos de trabajo que no tienen características humanitarias y consideran que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o

aburrimento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto. Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

g. Insatisfacción laboral: Según Maslach y Jackson, la insatisfacción en el trabajo no necesariamente coexiste con el síndrome de Burnout; es decir que los niveles de Burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no padecer síndrome de Burnout puntuando bajos niveles de despersonalización y de agotamiento emocional (34).

Es importante resaltar que las investigaciones demuestran que la insatisfacción laboral está positivamente correlacionada con el agotamiento emocional y la Despersonalización, pero tiene una débil relación con la Realización Personal. Firth y Britton (35) defienden que la Despersonalización y el agotamiento emocional son componentes característicos del síndrome de Burnout y en la insatisfacción laboral no se produce.

h. Acontecimientos Vitales y Crisis en la Edad Media de la Vida: Se afirma que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del síndrome de Burnout, porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un

balance negativo de su posición y desarrollo laboral. Sin embargo, el síndrome de Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en su nuevo empleo, porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior como plantea Broufenbrenner (36).

i. **Síndrome de Fatiga Crónica:** También llamado en el pasado encefalomiélitis miálgica, es una enfermedad clasificada por la Organización Mundial de la Salud con el número G 933 en el CIE-10, dentro de enfermedades neurológicas y lo considera como una enfermedad neurológica grave y aparece en la lista americana de enfermedades infecciosas nuevas, recurrentes y resistentes a los medicamentos. Puede afectar de manera progresiva al sistema inmunitario, neurológico, cardiovascular y el endocrino, y se caracteriza por causar una fatiga severa, fiebre, sueño no reparador, intolerancia a la luz, al sonido, a los cambios de temperatura, dolor muscular y articular, sensibilidades químicas múltiples, sensibilidad electromagnética y a otros factores ambientales, sensación de estado gripal permanente, faringitis crónica, pérdida sustancial de concentración y memoria, desorientación espacial, intolerancia al estrés emocional y a la actividad física, entre otras manifestaciones (37).

4.4.7 Síntomas: Pueden ser muy variados. Se manifiestan con problemas importantes de pérdida de capacidad de concentración, atención, escucha,

aprendizaje, habilidades matemáticas, pueden perder sus capacidades hasta presentar cifras en pruebas psicotécnicas y de coeficiente de inteligencia muy inferiores a las que tenían antes de enfermar. Emocionalmente pueden mostrarse muy diferentes, deprimidos, angustiados, incomprensidos, con gran ansiedad y crisis de angustia. La mayoría suele sentir que se sienten deprimidos como consecuencia de la enfermedad.

Tabla 3. Consecuencias del síndrome de Burnout en la salud mental

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía Desilusión Pesimismo Hostilidad Falta de tolerancia Acusaciones a los pacientes Supresión de sentimientos	Pérdida de significado Pérdida de valores Desaparición de expectativas Modificación del Autoconcepto (percepción sobre sí mismo) Desorientación cognitiva Pérdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Evasión de responsabilidades Absentismo Conductas inadaptables Desorganización Sobre implicación Evitación de decisiones Aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	Evasión de contacto Conflictos interpersonales Disfuncionalidad familiar Formación grupos críticos Evitación profesional

Fuente: *El Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión*, pág. (20,21) (33).

Otros autores clasifican el Burnout de la siguiente forma:

- **Leve:** Quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana.
 - **Moderado:** Cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.
- Grave:** Enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol o drogas.
- **Extremo:** aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y/o suicidios (33).

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque y Diseño

5.1.1 Tipo de Investigación

El diseño determinado para esta investigación es de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo y de corte transversal. Como es propio de los estudios descriptivos, se indagó sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento para la población en estudio y se realizó una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio. (38)

Igualmente es de corte transversal ya que en el estudio se estima la magnitud y distribución del Síndrome de Burnout en un momento temporal; es decir, identifica las personas con dicho evento en un periodo de tiempo corto y un punto en el tiempo. (38)

5.1.2 Enfoque de estudio.

Se realizó un enfoque de tipo cuantitativo ya que se informaron los resultados en términos de números y porcentajes. El enfoque cuantitativo fundamentado en el método hipotético–deductivo, es el abordaje más adecuado porque permite medir con precisión la realidad objetiva de los individuos con Síndrome de Burnout. La investigación cuantitativa cuantifica relaciones entre variables - la variable independiente o predictiva y la variable dependiente o resultado. (39)

5.2 Población y Muestra

5.2.1 Población Objeto de estudio:

La población objeto de estudio fue el personal asistencial vinculado a la Red de Salud Ladera E.S.E del Distrito de Santiago Cali 2021.

Tabla 4. Numero de colaboradores por cargo vinculados a la Red de Salud de la Ladera E.S.E 2021.

CARGO	TOTAL POR CARGO
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa	1
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa	61
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa (Metadona)	1
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa (Programa Covid)	1
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa (Pyp)	1
Auxiliar De Enfermería Consulta Externa Extramural	8
Auxiliar De Enfermería Hospitalización	10

Auxiliar De Enfermería Partos	4
Auxiliar De Enfermería Urgencias	47
Auxiliar De Enfermería- Vacunación	1
Auxiliar De Farmacia	5
Auxiliar De Fisioterapia	1
Auxiliar De Laboratorio	15
Auxiliar De Odontología	13
Bacterióloga	1
Bacteriólogo	4
Coordinadora Psicosocial	1
Enfermera	4
Enfermera (Partos)	1
Enfermera (Pyp)	1
Enfermera Fomento	3
Enfermera jefa	5
Enfermera jefe - Seguridad Del Paciente	1
Enfermera Jefe Urgencias	1
Enfermera Referente Urgencias	1
Enfermero (Pyp)	1
Fisioterapeuta	9
Fonoaudióloga	1
Fonoaudiólogo	1
Ginecólogo (A)	6
Higienista Oral	9
Medico (Internista X Hora)120 Mil	1
Medico Alternativo	1
Medico Cons Externa	1
Medico Cons Externa 8 Hrs (Rural)	2
Medico Consulta Externa	39
Medico Consulta Externa Extramural	3
Medico Hospitalización	2
Médico Internista	1
Medico Partos	3
Médico Pediatra	2
Medico Prioritaria	1
Médico Urgencias	23

Médico Urgencias	2
Nutricionista	1
Nutricionista	1
Odontólogo	30
Odontólogo Endodoncista Rx	1
Profesional Especializado Laboratorio	1
Profesional Proyecto Asistencial	1
Psicólogo	14
Psicólogo jefe De Línea	1
Psiquiatra	1
Referente Urgencias	1
Regente De Farmacia	1
Responsable De Zona	1
Responsable Esterilización	1
Técnico De Vacunación	1
Técnico En Salud	1
Técnico Rayos X	3
Tecnólogo De Convenios	1
Tecnólogo Psicosocial	1
Tecnólogo Subgerencia Científica	1
Terapeuta Ocupacional	3
Trabajadora Social	6
Trabajadora Social	1
Total general	373

Fuente: Base de datos de colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

5.2.2 Muestreo

Para obtener el tamaño de la muestra se tomó como universo la totalidad de los funcionarios asistenciales equivalentes a 373 colaboradores, para lo cual se usó una ecuación estadística con un intervalo de confianza del 95%, margen de error de 5% la cual arrojó un tamaño de muestra de 190 colaboradores los cuales fueron posteriormente seleccionados por medio de un muestreo aleatorio simple.

La ecuación estadística contempla los siguientes parámetros:

Ecuación 1. Ecuación estadística utilizada para cálculo de muestra en RED DE SALUD LADERA E.S.E Distrito Santiago de Cali (N) 2021 (40)

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N: Es el número total de posibles encuestados (tamaño de la población o universo).

k: Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de la investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%. Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son (40):

Tabla 5. Valores k y sus niveles de confianza

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

Fuente: Calculadora muestral Feedback Networks Technologies

e: Es el error muestral previsto.

p: Es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: Es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: Es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer). (40).

Para la selección de la muestra se utilizó desde un documento Excel la herramienta de muestreo aleatorio simple, que permitió identificar desde el Universo de 373 colaboradores a los 190 participantes del estudio. De estos 190 participantes solo 174 aceptaron ser parte voluntariamente del estudio, realizando el diligenciamiento del consentimiento informado. Encontramos 16 instrumentos MBI para los cuales no se gestionó el consentimiento informado para aceptar se parte del estudio de forma voluntaria, por lo tanto, sus resultados no fue posible incluirlos en el análisis de datos.

5.2.3 Criterios de Selección

5.2.3.1 Criterios de inclusión

La población sobre la que se realizó el estudio, contó con las siguientes características o criterios de inclusión:

- Empleados que realizaron la aceptación voluntaria para participar de la investigación (Diligenciamiento del Consentimiento Informado).
- Personal asistencial que laboraba en la Red de Salud Ladera E.S.E en el Distrito de Santiago de Cali en el 2021

5.2.3.2 Criterios de exclusión

La población que no fue tomada en cuenta en el estudio, contó con las siguientes

características o criterios de exclusión:

- Empleados que decidieron no participar voluntariamente en el estudio
- Colaboradores que se encontraban laborando en la E.S.E con menos de 6 meses de labores.
- Personal que no se encuentra en la institución por permiso, vacaciones, permiso temporal, viajes empresariales y quienes estaban realizando actividades de pasantía.

5.3 Plan de recolección de información

Para la aplicación del instrumento se solicitó la base de datos completa del personal asistencial de la Red de Salud Ladera E.S.E del Distrito Santiago de Cali 2021, la cual fue suministrada mediante correo electrónico por la coordinación de talento humano de la institución doctor Jhon Jairo Ruiz, posteriormente se realizó socialización del proyecto, objetivos y metodología a utilizar frente al Comité de Ética hospitalaria de la Red de Salud Ladera E.S.E convocado el día 22 de septiembre del 2021 en cual se obtuvo el aval para el desarrollo de la investigación.

Se realizó convocatoria para el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los colaboradores definidos desde el muestreo, mediante estrategias comunicativas enviadas por correo electrónico, chat telefónico institucional y mensajes de difusión por la aplicación whatsapp, la comunicación tuvo el objetivo de

motivar a la decisión de hacer parte del estudio.

Seguidamente se realizó contacto por canales virtuales (correo electrónico organizacional) a cada uno de los colaboradores para que diligenciaran el consentimiento informado por medio del cual aceptaron hacer parte del estudio, con el objetivo de realizar la aplicación del Instrumento de Maslach Burnout Inventory y el instrumento para la caracterización sociodemográfica.

La recolección de los datos se realizó de manera virtual a través de correo electrónico utilizando formularios en línea de Google, previo consentimiento informado a través de esta misma herramienta; siendo esta un medio que permitió disminuir inversión en tiempo de aplicación física de los instrumentos, hacer aprovechamiento del tiempo de los encuestados, de los investigadores, y por ende costos del estudio.

Sin embargo, debido a la baja participación de los participantes a través de los formularios en línea de Google, se presentó ante el comité de ética hospitalaria el día 30 de noviembre del 2021 la autorización y acompañamiento en la aplicación de los instrumentos de manera presencial en las sedes I.P.S Cañaveralejo, I.P.S Siglo XXI, I.P.S Meléndez para completar la muestra.

5.4 Instrumentos

5.4.1 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (41)

Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y el instrumento Burnout Maslach Inventory validado en Colombia en el 2004, por Chávez y Castrillón quienes obtuvieron una consistencia interna de 0,62 para agotamiento emocional, 0,72 para despersonalización y 0,76 para realización personal. Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Ver ANEXO 1. Instrumento Burnout Maslach Inventory (41).

5.4.2 Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles (41)

5.4.3 Valores de referencia Burnout Maslach Inventory (MBI)

Se refiere al rango de valores que se consideró para la medición, en relación con las dimensiones del instrumento.

Tabla 6. Valores referencia Burnout Maslach Inventory (MBI)

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) - VALORES DE REFERENCIA			
DIMENSIÓN	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	8 a 18	19 a 26	27 a 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 a 5	6 a 9	10 a 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 a 33	34 a 39	40 a 56

Fuente: Cuestionario De Maslach Burnout Inventory (MBI)

5.4.4 Valores del estudio

Se refiere a los valores que se le asignó al estudio, en relación con las dimensiones del instrumento.

Tabla 7. Valores del Estudio

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) - VALORES DEL ESTUDIO			
DIMENSIÓN	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	37	12	4
DESPERSONALIZACIÓN	37	13	5
REALIZACIÓN PERSONAL	6	15	33

Fuente: Cuestionario De Maslach Burnout Inventory (MBI)

5.4.5 Variables de Estudio

Se estudiaron dos tipos de variables:

5.4.6 Variables dependientes: Es la presencia del Síndrome de Burnout, con sus tres dimensiones, Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal.

5.4.7 Variables independientes: Edad, género, estado civil, número de hijos, nivel

educativo, situación laboral, antigüedad en la empresa, ejercicio profesional, servicio.

A continuación, se describen las variables utilizadas:

Tabla 8. Variables de Estudio

VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLES CLINICAS						
SINDROME DE BURNOUT	Relación porcentual	(1) si (2) no	Presencia del síndrome de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Maslach Burnout Inventory	cualitativa	nominal	Maslach Burnout Inventory
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Relación porcentual	(1) bajo (2) medio (3) alto	No poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo	cualitativa	ordinal	Maslach burnout inventory
DESPERSONALIZACIÓN	Relación porcentual	(1) bajo (2) medio (3) alto	Desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo	cualitativa	ordinal	Maslach burnout inventory
REALIZACION PERSONAL	Relación porcentual	(1)Bajo (2) Moderado (3) Alto	Se refiere a la calificación que otorga al aspecto de su satisfacción y realización personal	cualitativa	ordinal	Maslach burnout inventory

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS						
EDAD	Relación porcentual	(1) entre 18 y 29 años (2) entre 30 y 49 años (3) entre 50 y 69 años	Se refiere a la cantidad de tiempo en meses o años que lleva de existir	cuantitativa	nominal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
GENERO	Relación porcentual	(1) femenino (2) masculino (3) otro	Se refiere a la preferencia y sentir sexual de cada uno	cualitativa	discreta	Encuesta de caracterización sociodemográfica
ESTADO CIVIL	Relación porcentual	(1) soltero (2) casado (3) union libre (4) divorciado (5) viudo	Condicion de cada individuo en relacion con sus derechos y obligaciones civiles	cualitativa	nominal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
NIVEL EDUCATIVO	Relación porcentual	(1) tecnico (2) tecnologo (3) profesional (4) especializacion (5) maestria	Grado de educacion cursado y/o especializacion realizada	cualitativa	ordinal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
NUMERO DE HIJOS	Relación porcentual	(1) ninguno (2) entre 1 y 2 hijos (3) entre 3 y 4 hijos (4) 5 o mas hijos	Cantidad de hijos vivos	cuantitativa	discreta	Encuesta de caracterización sociodemográfica
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION	Relación porcentual	(1) entre 6 meses y 1 año (2) entre 2 y 4 años (3) entre 5 y 9 años (4) entre 10 y 14 años (5) mas de 15 años	Se refiere a la cantidad de tiempo en meses o años que ha trabajado para la organización	cuantitativa	nominal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
TIEMPO EN EL EJERCICIO PROFESIONAL	Relación porcentual	(1) un año o menos (2) entre 2 y 4 años (3) entre 5 y 9 años (4) entre 10 y 14 años (5) mas de 15 años	Se refiere a la cantidad de tiempo en meses o años que ha ejercido su profesion	cuantitativa	nominal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
CALIDAD DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN EL TRABAJO	Relación porcentual	(1) mala (2) regular (3) buena (4) muy buena	Se refiere a la calificacion que otorga a la calidad del trato con sus compañeros de trabajo	cualitativa	ordinal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE	Relación porcentual	Número de personas	Cantidad de personas con las que comparte la vivienda	cuantitativa	discreta	Encuesta de caracterización sociodemográfica
TIPO DE CONTRATACION	Relación porcentual	(1) OPS (2)Termino Indefinido (3)Termino Fijo	Se refiere al tipo de contrato por el cual ingresó	cualitativa	nominal	Encuesta de caracterización sociodemográfica
SATISFACCION SALARIAL	Relación porcentual	(1) Buena (2) Regular (3) Mala	Calificación que otorga según el salario devengado.	cualitativa	ordinal	Encuesta de caracterización sociodemográfica

Fuente: Cuadro operacionalización de variables-creación propia

5.5 Plan de análisis de información

Para la investigación fue correspondiente la elección de una muestra total de 190 colaboradores del área asistencial de la Red de Salud Ladera E.S.E del Distrito de Santiago de Cali, sin embargo, se obtuvo un máximo de 174 participantes.

La metodología de recolección de información se basó en la aplicación de un cuestionario validado en Colombia para Síndrome de Burnout (Maslach Burnout Inventory); mediante el cual se puede detectó la presencia del síndrome y sus Categorías: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, así como su intensidad Alta, Media y Baja; y en una encuesta de caracterización sociodemográfica de los participantes.

Para realizar la interpretación de los datos recolectados en el instrumento Maslach Burnout Inventory se tomaron como referencia los siguientes valores:

- Agotamiento Emocional (AE): bajo ≤ 18 , medio: 19-26 y alto ≥ 27 .
- Despersonalización (DP): baja ≤ 5 , media: 6-9 y alta ≥ 10 .
- Realización personal (RP): baja ≤ 33 , media: 34-39 y alta ≥ 40 .

Cabe señalar que las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. En caso de obtener un bajo AE, una baja DP y una alta RP en el trabajo, no existe Burnout o el riesgo es leve o bajo. En el resto de los casos se considera existencia de Burnout (alto o grave en el caso de obtener un alto AE, alta DP y baja RP; y moderado en el resto de las situaciones) (42)

Finalmente, la información se manejó bajo la premisa de confidencialidad. No se realizaron pagos, ni se hizo entrega de ningún tipo de estímulo a los participantes de

la investigación.

Después de realizada la etapa de recolección de la información, se realizó el análisis de los datos obtenidos con el fin de identificar valores extremos, datos faltantes o duplicados.

Una vez organizadas las variables sociodemográficas y las variables establecidas en el cuestionario de valoración para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout se pasó a realizar la tabulación de datos con la herramienta Microsoft Excel versión office 2016; a partir del cual se realizó un cálculo de frecuencias relativas y absolutas mediante la técnicas estadística descriptiva, obteniendo los porcentajes de síndrome de Burnout por Nivel de severidad, porcentaje por subescala, porcentajes por cada una de las variables sociodemográficas contenidas en la encuesta, cruce entre los niveles de Burnout y las variables sociodemográficas con el fin de establecer factores de riesgo que predisponen al desarrollo del síndrome Burnout y se construyeron gráficas y tablas que permitieran establecer conclusiones y recomendaciones.

5.6 Componente ético

El grupo de investigación se comprometió a cumplir con lo establecido en el tratado de Helsinki además de la normatividad nacional vigente relacionada con las normas éticas para realizar investigación en el territorio colombiano.

Se les otorgo la confidencialidad a los participantes, para lo cual se firmó un consentimiento informado de manera electrónica mediante la marcación de la opción acepto, para lo cual se tomaron en cuenta las consideraciones éticas basadas los principios científicos, técnicos y administrativos establecidos para la investigación con seres humanos de acuerdo la Resolución 8430 de 1993 y demás que modifiquen, sustituyan o adicionen, en cuanto a la Protección de personas y animales el grupo investigador declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Por lo tanto y según la normatividad anteriormente mencionada esta investigación está clasificada como sin riesgo; de igual manera se dio cumplimiento al principio de la confidencialidad de los datos por lo cual se declara que se siguieron los protocolos sobre la no publicación de datos personales de participantes; además de que no se contó con ningún tipo de financiación económica de entidades públicas o privadas y que ningún miembro del equipo investigador declara tener conflictos de intereses. (15)

5.7 Consentimiento informado

El documento se redactó conforme a los lineamientos normativos correspondientes, dando cumplimiento a los artículos 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, por lo cual es de vital importancia obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque este cuestionario no implica riesgo alguno.

El participante en el consentimiento diligenció su nombre completo, cédula de ciudadanía, cargo y correo electrónico. Además de expresar su aceptación o no aceptación para su participación en el estudio. (ver anexo: 2)

6. RESULTADOS Y DISCUSION

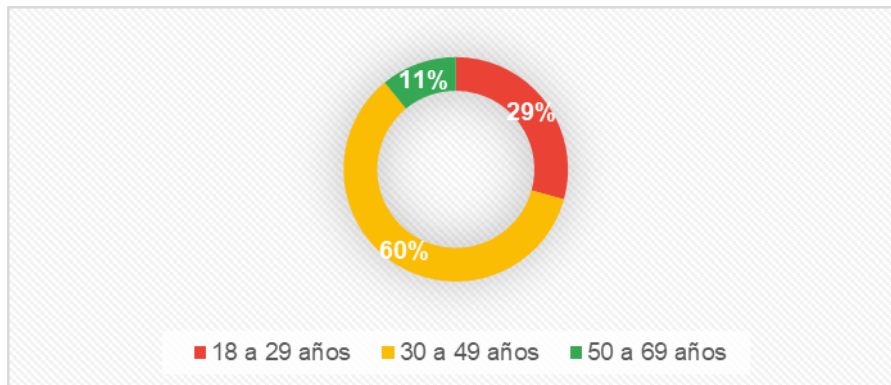
6.1 Resultados

Los resultados de la investigación se presentan teniendo en cuenta los dos instrumentos utilizados para la recolección de la información, los cuales fueron:

1. Encuesta de caracterización sociodemográfica con la cual consideró la siguiente variable: Edad, género, estado civil, número de hijos, nivel educativo, situación laboral, antigüedad en la empresa, ejercicio profesional, servicio al que pertenece.
2. El Maslach Burnout Inventory con el cual se definió: a. Prevalencia del síndrome de Burnout y b. Categorías del síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

A continuación, se describen los resultados obtenidos.

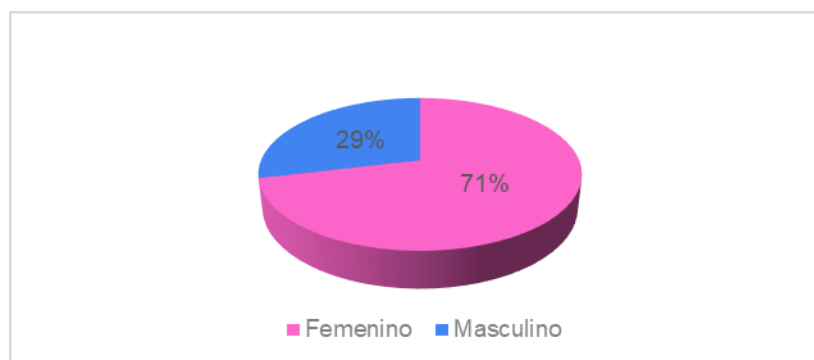
Gráfico 1. Porcentaje de participantes por grupos de edad.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes encuestados, el 60% (104 participantes) se encuentran dentro de un rango de edad de 30 a 49 años, seguido del 29% (51 participantes) que se encuentran dentro del rango los 18 a 29 años. Se puede evidenciar que el mayor porcentaje se encuentra en una etapa del ciclo vital de adultez.

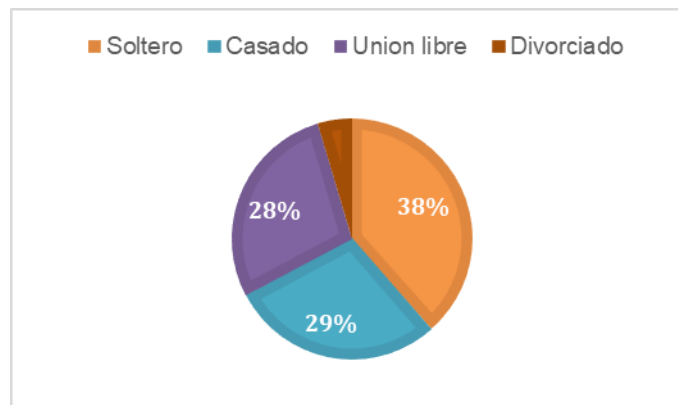
Gráfico 2. Porcentaje de participantes por género.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes encuestados, el 71% (124 participantes) corresponden a mujeres y el 29% (50 participantes) a hombres lo que demuestra el predominio de participantes de género femenino.

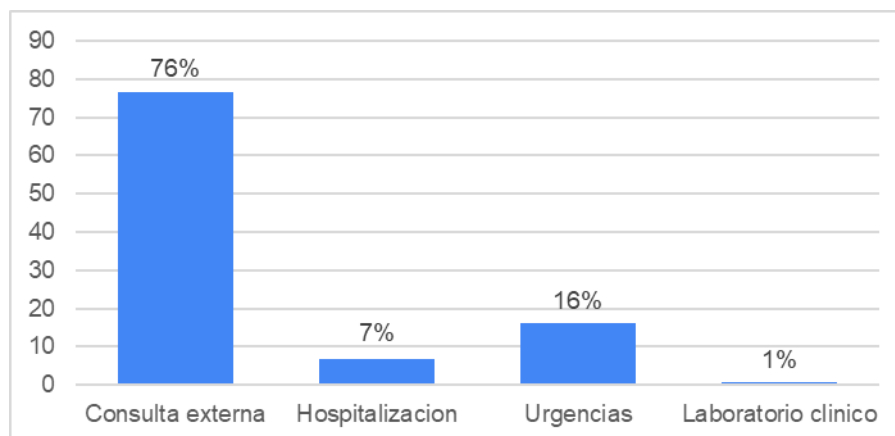
Gráfico 3. Proporción de participantes según su estado civil.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes encuestados, el 38% (67 participantes) tienen un estado civil soltero, el 29% (50 participantes) estado civil casado, el 28% (49 participantes) unión libre y en una menor proporción el 5% divorciados. Por lo tanto, los participantes del estudio en mayoría fueron las personas con estado civil soltero.

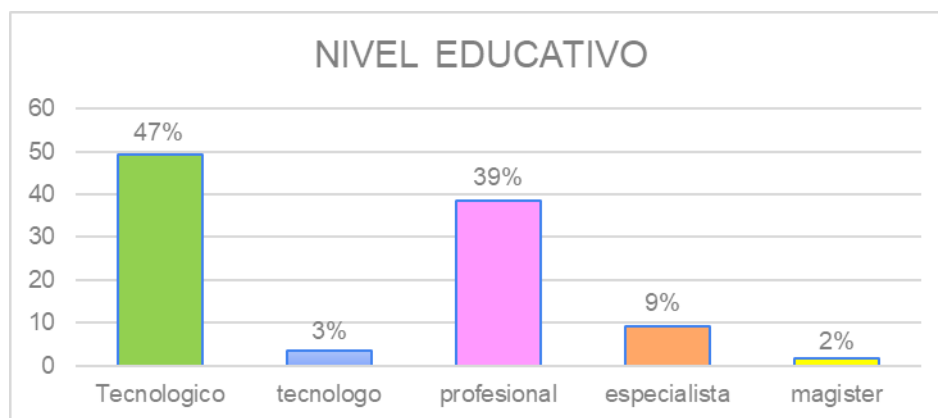
Gráfico 4. Proporción de participantes según el servicio en que el labora



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes, el 76 % (133 participantes) hacen parte del servicio de consulta externa, seguido el 16% (28 participantes) que hacen parte del servicio de urgencia, el 7% (12 participantes) hace parte del servicio de hospitalización (7%), y finalmente, laboratorio clínico (1%) (1 participante). En este orden, comprendemos la mayor parte de los trabajadores asistenciales que participaron del estudio corresponden al área de consulta externa.

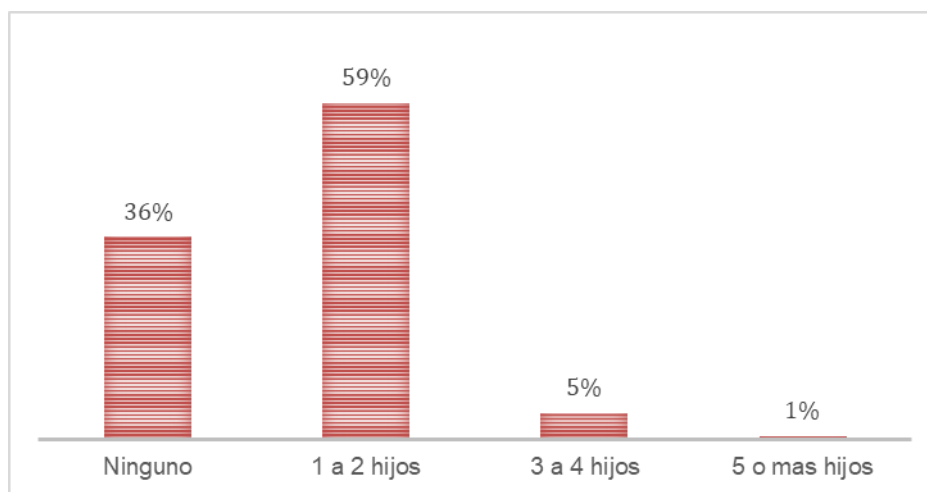
Gráfico 5. Proporción de participantes según el Nivel Educativo.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

Como presenta la gráfica se encontró que del 100% (174 casos) de trabajadores de salud encuestados en la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021, el 47% (86 participantes) tienen formación tecnológica, el 3% (6 participantes) son tecnólogos, el 39% (67 participantes) profesionales, el 9% especialistas (16 participantes) y son magister el 2% (3 participantes). Así las cosas, la mayor participación de los trabajadores asistenciales para el objeto del estudio correspondió a auxiliares de la salud con formación tecnológica.

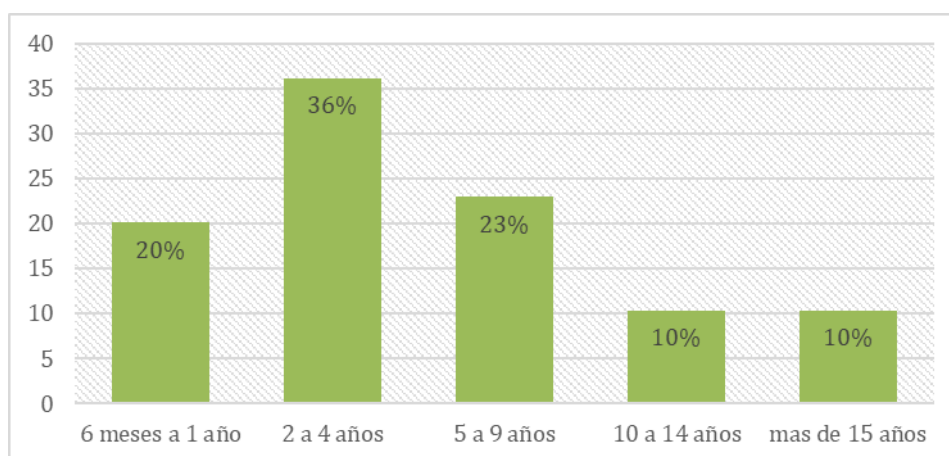
Gráfico 6. Porcentaje de participantes según el Número de hijos.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

En relación al número de hijos de los participantes, la gráfica presenta se encontró que del 100% (174 casos) de trabajadores de salud encuestados en la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021, el 36% (62 personas) no tienen hijos, el 59% (103 personas) tienen entre 1 y 2 hijos, el 5% (8 personas) tienen entre 3 a 4 hijos y solo el 1% (1 persona) tiene 5 hijos o más. La mayor parte de los trabajadores asistenciales que participaron del estudio, tienen en su estructura familiar entre 1 y 2 hijos.

Gráfico 7. Porcentaje de participantes según su antigüedad en la institución.

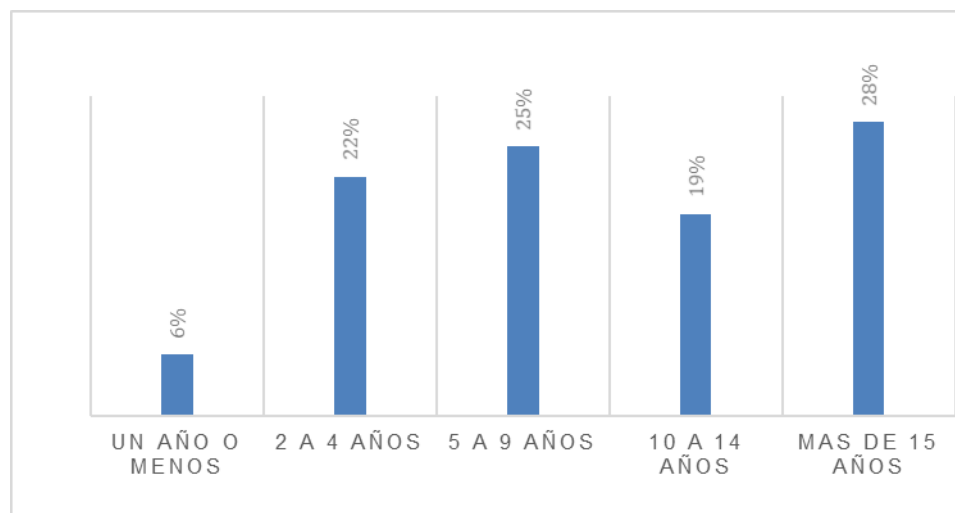


Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

Según los datos definidos en la gráfica, se encontró que del 100% (174 casos) de trabajadores de salud encuestados en la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021, se identifica el siguiente comportamiento:

El 20% (35 personas) laboran desde hace 6 meses hasta 1 año en la organización, El 36% (63 personas) trabajan en la institución con una antigüedad entre los 2 y 4 años, el 23% (40 personas) se encuentran desarrollando sus funciones entre 5 a 9 años de antigüedad, el 10% (18 personas) ejecutan sus labores con una antigüedad de 10 a 14 años, al igual que el 10% de personas encuestadas (18) quienes tienen una antigüedad en la institución de más de 15 años. Los participantes del estudio principalmente tienen una antigüedad en la organización desarrollando sus funciones entre 2 y 4 años.

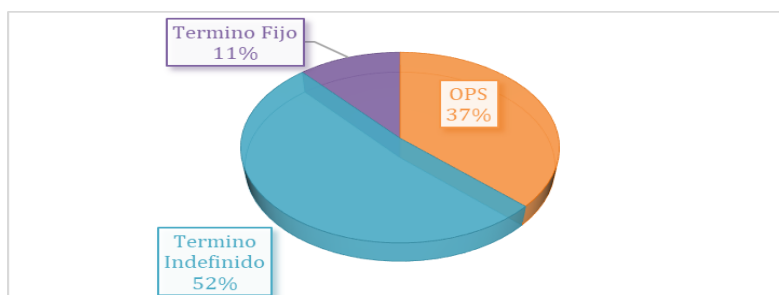
Gráfico 8. Porcentaje de participantes según su tiempo de ejercicio profesional.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes el 28% (48 participantes) tiene un tiempo de ejercicio profesional de más de 15 años, seguida por participantes que tienen entre 5 a 9 años de ejercicio profesional con un porcentaje de 25% (44 participantes), y con una proporción del 6% (10 participantes) tienen un año o menos de ejercicio profesional. La anterior grafica nos indica que un porcentaje significativo de participantes tiene una amplia experiencia en el ejercicio de su profesión.

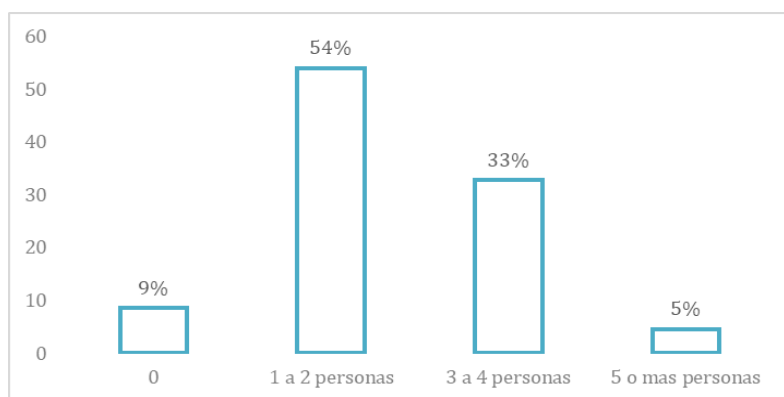
Gráfico 9. Porcentaje de participantes según tipo de contratación.



Fuente: encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes, el 52% (37 participantes) tiene una contratación a término indefinido, seguido por contratación por Orden de Prestación de Servicios con un porcentaje de 37% (64 participantes) y en menor porcentaje participantes con contratación a término fijo con el 11% (20 participantes). Lo anterior nos indica que el porcentaje de movilidad del personal se da en menor proporción, dado que el tipo de contratación favorece la estabilidad laboral.

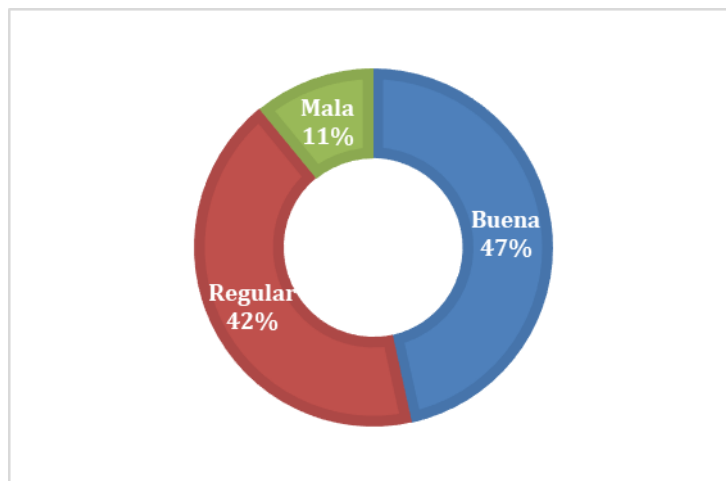
Gráfico 10. Porcentaje de participantes según el número de personas con las que convive.



Fuente: encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De los 174 participantes el 54% (94 participantes) convive con entre 1 a 2 personas, seguido por un porcentaje del 33% (57 participantes) participantes que conviven con entre 3 a 4 personas, el 9% (15 participantes) de los participantes convive solo(a) y el 5% (8 participantes) convive con 5 o más personas. Lo anterior no establece el parentesco entre los convivientes, por lo tanto, no permite hacer una tipificación a nivel familiar.

Gráfico 11. Porcentaje de participantes según su nivel de satisfacción salarial.

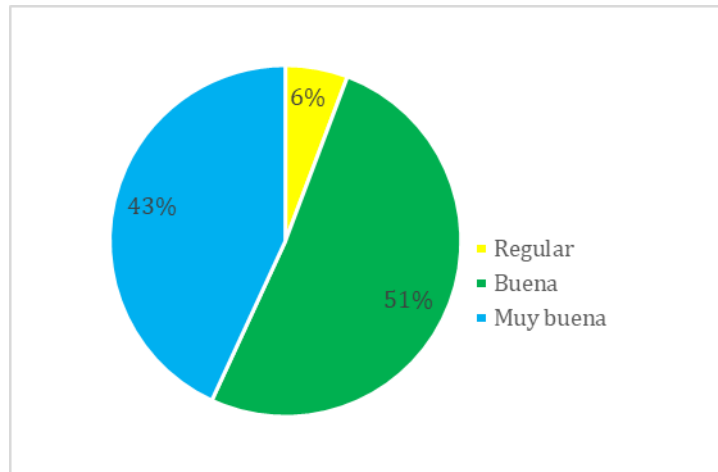


Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De los 174 participantes el 47% (81 participantes) percibe su nivel de satisfacción salarial bueno, seguido por un 42% (74 participantes) con un nivel de satisfacción salarial regular y por último el 11% (19 participantes) de participantes percibe su nivel de satisfacción salarial malo. Lo anterior, podría ser uno de los factores que

influyen dentro de la satisfacción laboral general dentro de una empresa, así entonces, el resultado podría ser aceptable.

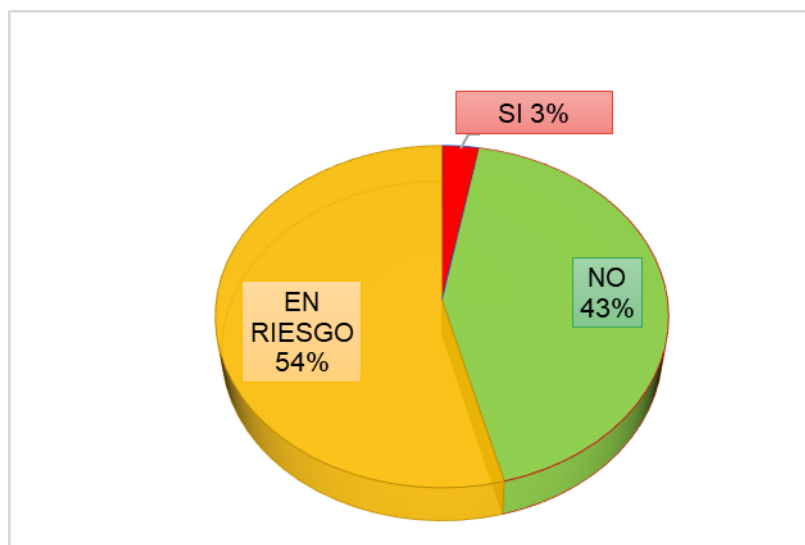
Gráfico 12. Porcentaje de participantes según la calidad de sus relaciones interpersonales en el trabajo.



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De 174 participantes, el 51% (89 participantes) percibe como de buena la calidad las relaciones interpersonales en el trabajo, seguido por un 43% (75 participantes) de participantes con una percepción muy buena en la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo y finalmente con una percepción de regular calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo el 6% (10 participantes) de los participantes. Lo anterior podría indicar una favorabilidad para el clima laboral, así como un elemento fundamental para el desempeño individual dentro de la empresa

Gráfico 13. Prevalencia de síndrome de Burnout en personal asistencial de la Red de Salud de la Ladera 2021.



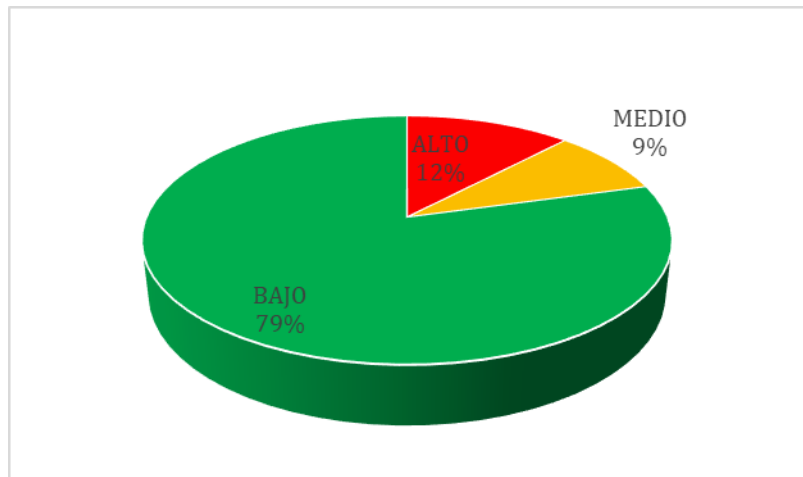
Fuente: Cuestionario MBI aplicado a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

La prevalencia de Síndrome de Burnout hace referencia a la presencia de las tres subescalas que evalúa el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Las gráficas 15, 16 y 17 presentan la distribución de frecuencias de las variables tales como: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Se tiene en cuenta el nivel bajo, moderado o alto de acuerdo a los resultados obtenidos en cada subescala del cuestionario. En general se halló una prevalencia de riesgo de Burnout del 54%. Significa que dicho porcentaje de personas se encuentra con riesgo potencial de desarrollar síndrome de Burnout, mientras que a el 43% de los profesionales asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el

año 2021 no se les define riesgo. Igualmente se encontró un resultado del 3% que en el momento de la aplicación de la encuesta puntuó con síntomas de Burnout.

Gráfico 14. Resultados de subescala de agotamiento emocional según Cuestionario MBI



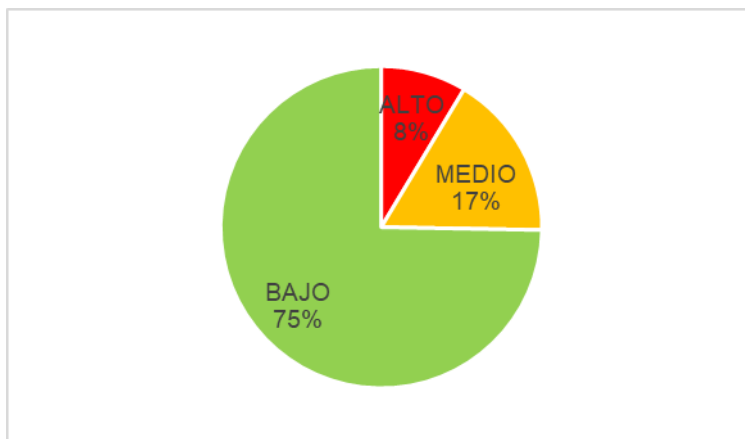
Fuente: Cuestionario MBI aplicado a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

De un total de 174 participantes, el 79 % (138 participantes) presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 9% (15 participantes) presenta un nivel medio y el 12% (21 participantes) un nivel alto que refieren sentirse emocionalmente agotados.

En este sentido, podemos definir que el personal asistencial de la ESE Red de Salud Ladera no presenta un riesgo potencial en la dimensión de Agotamiento Emocional, teniendo en cuenta que solo el 21% de los participantes puntuó en nivel medio o alto. En este orden podemos encontrar que en general los trabajadores no están encontrando dificultad para asumir conflictos, responsabilidades o estímulos

adversos de tipo emocional o cognitivo.

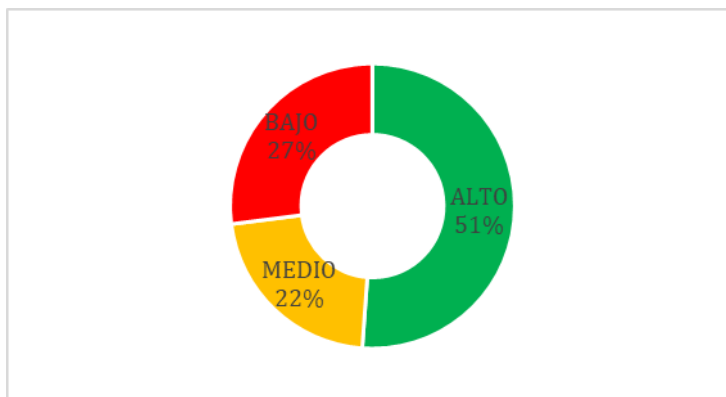
Gráfico 15. Resultados de subescala de despersonalización según Cuestionario MBI.



Fuente: Cuestionario MBI aplicado a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

Como se observa en gráfica se encontró que del 100% (174 casos) de trabajadores de salud encuestados en la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021, el 75% (56 casos) presenta un nivel bajo en despersonalización, el 17% (77 casos) nivel medio y el 8% (41 casos) presenta un nivel alto. Siendo la despersonalización uno de los principales indicadores del Burnout, Este hace referencia al ámbito de práctica, específicamente cuando esta no es asertiva y lo profesionales carecen de los recursos psicológicos y emocionales para afrontar las dificultades que se presenten en su contexto. Así entonces, resulta un punto favorable para los profesionales que registran puntuación baja.

Gráfico 16. Resultados de subescala de Realización Personal según Cuestionario MBI.



Fuente: Cuestionario MBI aplicado a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

En la sub escala de realización personal según cuestionario MBI, de los 174 participantes el 51% reporta un nivel de realización personal alta, seguido por un porcentaje del 27% con un nivel de realización personal bajo y el 22% reporta un nivel de realización personal medio. En esta sub escala a menor puntuación más afectado el sujeto en lo que se relaciona con pérdida de ideales, alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas es lo que constituye la realización personal, en ese sentido, resultando una puntuación alta indica un factor protector para riesgo de Burnout.

A continuación, se realiza el cruce de las variables sociodemográficas con los resultados del cuestionario MBI, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 9. Cruce entre variables sociodemográficas y nivel de síndrome de Burnout.

Variable sociodemográfica		Alto		Medio	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EDAD	18 a 29 años	2	2.0%	30	30.3%
	30 a 49 años	3	3.0%	56	56.6%
	50 a 69 años	0	0.0%	8	8.1%
GENERO	Femenino	4	4.0%	65	65.7%
	Masculino	1	1.0%	29	29.3%
ESTADO CIVIL	Soltero	3	3.0%	35	35.4%
	Casado	2	2.0%	25	25.3%
	Unión libre	0	0	28	28.3%
	Divorciado	0	0	6	6.1%
	Viudo	0	0	0	0
SERVICIO EN EL QUE LABORA	Consulta externa	4	4.0%	74	74.7%
	Hospitalización	0	0.0%	6	6.1%
	Urgencias	1	1.0%	14	14.1%
	Laboratorio clínico	0	0.0%	0	0.0%
NIVEL EDUCATIVO	Tecnológico	0	0.0%	3	3.0%
	tecnólogo	1	1.0%	45	45.5%
	profesional	4	4.0%	34	34.3%
	especialista	0	0.0%	11	11.1%
	magister	0	0.0%	1	1.0%
NUMERO DE HIJOS	Ninguno	4	4.0%	27	27.3%
	1 a 2 hijos	1	1.0%	62	62.6%
	3 a 4 hijos	0	0.0%	4	4.0%
	5 o más hijos	0	0.0%	1	1.0%
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION	6 meses a 1 años	0	0.0%	20	20.2%
	2 a 4 años	5	5.1%	37	37.4%
	5 a 9 años	0	0.0%	21	21.2%
	10 a 14 años	0	0.0%	9	9.1%
	más de 15 años	0	0.0%	7	7.1%
TIEMPO EN EL EJERCICIO PROFESIONAL	un año o menos	0	0.0%	6	6.1%
	2 a 4 años	4	4.0%	23	23.2%
	5 a 9 años	1	1.0%	23	23.2%
	10 a 14 años	0	0.0%	17	17.2%
	más de 15 años	0	0.0%	25	25.3%
NUMERO DE	0	2	2.0%	8	8.1%

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN	1 a 2 personas	3	3.0%	54	54.5%
	3 a 4 personas	0	0.0%	29	29.3%
	5 o más personas	0	0.0%	3	3.0%
TIPO DE CONTRATACION	OPS	5	5.1%	39	39.4%
	Término Indefinido	0	0.0%	47	47.5%
	Termino Fijo	0	0.0%	8	8.1%
SATISFACCION SALARIAL	Buena	0	0.0%	38	38.4%
	Regular	2	2.0%	45	45.5%
	Mala	3	3.0%	11	11.1%
CALIDAD DE RELACIONES INTERPERSONALES	mala	0	0.0%	0	0.0%
	Regular	1	1.0%	8	8.1%
	Buena	4	4.0%	48	48.5%
	Muy buena	0	0.0%	38	38.4%

Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a los colaboradores asistenciales de la Red de Salud Ladera E.S.E en el año 2021.

6.1.2 Análisis Variables Sociodemográficas en Relación con Resultados De

MBI:

Se realizó la encuesta de factores de riesgo sociodemográficos, en la cual se realizaron preguntas que ayudan al conocimiento de las características personales de los participantes que aceptaron ser encuestados y así poder determinar los factores que hacen que haya mayor predisposición a desarrollar síndrome de Burnout.

Al finalizar la recolección de los datos, se concluyó que, del total de la población con respecto a la edad, la más prevalente es la de 30 a 49 años, con una frecuencia de 56%; seguido de la población con edad de 18 a 29 años cuya frecuencia es de 30.3%. Se observó que al tener mayor edad se es menos tolerante a las exigencias

de los usuarios.

En cuanto al género se observó que prevalece el femenino con un 65.7%, a diferencia del género masculino que presentó una frecuencia del 29.3%. Se identificó que las mujeres al tener responsabilidades tanto laborales como familiares presentan un mayor nivel de estrés a diferencia de los hombres; por lo cual hay mayor predisposición a tener síntomas emocionales y conductuales como irritabilidad, fatiga, cambios bruscos de humor o aislamiento.

En relación al estado civil se evidenció que el 35.4% de la población de la muestra se encuentran solteros, seguido de unión libre con una frecuencia de 28.3%. Se observa que la población de solteros presenta mayor riesgo probablemente por no tener un apoyo emocional.

Con respecto al servicio en que labora, se observó que la frecuencia más alta se encuentra en consulta externa con un 74.7%, seguido del servicio de urgencias con un 14.1% del total de la muestra. Se identificó que la mayoría de los encuestados están expuestos a altos niveles de estrés y predisposición a generar el Síndrome de Burnout, por el contacto directo y constante con los usuarios que buscan ser atendidos.

En cuanto al nivel educativo los participantes con nivel de formación técnico presentan una frecuencia de 45.3% seguido por los participantes con nivel

de formación profesional que representan el 34.3%. El nivel educativo puede ser un indicativo de los ingresos económicos que las personas obtienen.

En cuanto al número de hijos los participantes con entre 1 y 2 hijos representan la frecuencia más alta con el 62.6%.

El tiempo de antigüedad en la institución más representativa es la que se ubica en el rango de entre 2 a 4 años con una frecuencia del 37.4% de la muestra total. El tiempo de ejercicio profesional determinada por los participantes que tiene más de 15 años representa la frecuencia más alta con 25.3% de la muestra. Puede ser indicativo de mayor confianza a la hora de tomar decisiones en el puesto de trabajo, aunque también podría representar un factor de riesgo asociado a que un exceso de confianza puede provocar un “menosprecio” de la valoración del riesgo, que reduce el respeto hacia las situaciones que conllevan un riesgo y lo asumen sin “pensar”, ya que son situaciones similares a otras ya vividas y no han sido peligrosas.

Igualmente, según la interpretación de datos de la investigación en relación al Número de personas con las que conviven los participantes, se encontró que quienes tuvieron puntaje Alto en la escala de Burnout conviven con entre 0 hasta 2 personas y que los asistenciales que se encuentran en Riesgo de tener síntomas de Síndrome de Burnout, el 54% conviven con entre 1 y 2 personas (54%) o con 3 a 4 personas el 29,3%. Este dato nos permite correlacionar la posible afectación que las relaciones familiares o de convivencia predisponen, para la aparición de síntomas

de Burnout; en la hipótesis de que a un mayor número de personas conviviendo pueden generar para cada una de ellas mayor requerimiento de habilidades interpersonales para el relacionamiento y negociación de conflictos.

En cuanto al tipo de contratación se encontró que los participantes que obtuvieron riesgo alto en la escala de Burnout se encuentran con contratación por OPS (prestación de servicios) y que los asistenciales que se encuentran en Riesgo de tener síntomas de síndrome de Burnout están contratados mayoritariamente con término indefinido (47,5%) y o por OPS (prestación de servicios) el 39,4%. Este dato nos permite correlacionar la posible afectación que el tipo de contratación posibilita para la aparición de síntomas de Burnout, teniendo presente la percepción de seguridad y estabilidad laboral del participante.

Pasando a lo correspondiente a la variable sociodemográfica Satisfacción laboral, la recolección de datos permitió identificar que quienes tuvieron puntaje Alto en la escala de Burnout responden que su satisfacción laboral es regular o mala, mientras que los asistenciales que se encuentran en Riesgo de tener síntomas de Síndrome de Burnout, se ubican el 45,5% en una regular satisfacción laboral y el 38,4% en una buena satisfacción laboral. Este dato nos permite correlacionar la posible afectación que la satisfacción laboral predispone para la aparición de síntomas de Burnout en lo correspondiente a la relación con su trabajo y la complacencia de los diversos factores psicosociales que intervienen en dicho aspecto.

Y finalmente, en cuanto a la variable Calidad de las relaciones interpersonales, los valores obtenidos de los instrumentos permitieron inferir que quienes tuvieron puntaje Alto en la escala de Burnout responden tener una buena calidad de las relaciones interpersonales, mientras que de los asistenciales que se encuentran en Riesgo de tener síntomas de Síndrome de Burnout el 48,5% perciben mantener buena calidad de las relaciones interpersonales y el 38,4% una muy buena calidad de las relaciones interpersonales. Esta variable nos permite indagar sobre la intervención que la calidad de relaciones interpersonales del entorno del trabajador, con el fin de identificar factores de riesgo para la manifestación de síntomas de Burnout.

6.2 Discusión

En relación con los resultados obtenidos en la presente investigación en cuanto a la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial en este caso un 3% del total de la población estudiada es inferior en comparación con los resultados obtenidos por López-Osorio EA, Cano C, Salazar-Ospina V. en su investigación titulada “Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES” (6) el cual obtuvo una prevalencia puntual estimada de 14,9%, lo que permite establecer que la Institución Red de Salud Ladera E.S.E presenta un porcentaje medio de prevalencia de síndrome de Burnout sin llegar a ser tan bajo como el 1,52% obtenido por Muñoz Samboni L.A y Montaña Moreno MC en su estudio de

Síndrome de Burnout en Trabajadores de Salud de dos Clínicas de Assbasalud E.S.E (7) o nulo como el caso de Bolaños-Mulcue AE, Herrera-Cadena JC, Melo-Martínez L.A, en su estudio de prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la E.S.E Hospital San Luis el Tambo Nariño 2019 (8); lo cual nos permite evidenciar que dentro del territorio nacional se han obtenidos diferentes resultados de prevalencia del síndrome de Burnout que varían en función de las características propias de las regiones, la naturaleza de las instituciones y las condiciones laborales en las cuales son contratados los trabajadores de la salud.

En este estudio la presencia del síndrome de Burnout se relacionó en mayor porcentaje con el sexo femenino, en concordancia con estudios como el de Bedoya-Marrugo EA (9) llamado “Prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores de un hospital público colombiano” el cual obtuvo un porcentaje de 83,3% de mujeres afectadas por el síndrome, al igual que Vinueza-Veloz AF (10) y sus colaboradores los cuales encontraron que el género masculino presento un 4.71% menos síndrome de Burnout en comparación con el género femenino, sin embargo se evidencia que el mayor porcentaje de participantes en los estudios de prevalencia para síndrome de Burnout fueron del género femenino, por lo cual se hace necesario la realización de un estudio con igual número de participantes por genero para establecer más claramente la correlación entre estas variables.

Uno de los resultados obtenidos por la presente investigación es que el síndrome de

Burnout se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores entre 30 y 49 años concordando con los resultados obtenidos por Pérez-Coy LJ, Cabrera-Borrero EA, Motta-Motta AL en su estudio de prevalencia del síndrome de Burnout en personal asistencial de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (11) el cual evidencio que el mayor porcentaje de prevalencia se encontró en el personal de más de 28 años de edad. Sin embargo los rangos de edades establecidos para esta variable difieren entre una investigación y otra; por lo tanto solo permiten establecer unos promedios estimados sin llegar a ser equivalentes.

7. CONCLUSIONES

Según esta investigación se conoce que en la Red de Salud Ladera la prevalencia del Síndrome Burnout es baja, sin embargo, el riesgo de presentar la patología es bastante alto. Lo anterior permite saber que los colaboradores asistenciales de esta institución presentan factores que predisponen la prevalencia de dicha enfermedad laboral.

El nivel de respuesta de los participantes frente a la medición de la dimensión de agotamiento emocional fue baja lo cual permite anticipar que existe calidad para las relaciones interpersonales y que en general los trabajadores no están encontrando dificultad para asumir conflictos, responsabilidades o estímulos adversos de tipo emocional o cognitivo.

Para la dimensión de despersonalización, el nivel de la medición fue baja. Esto resulta un punto favorable para los profesionales debido a que evidencia la capacidad de tener habilidades y disposición para la atención y mejoramiento de la satisfacción a partir de la excelencia en la calidad del servicio.

El presentar un nivel de realización personal alto, permite la construcción de un proyecto de vida para cada colaborador que a su vez logra generar un impacto favorable tanto a nivel personal, social y laboral; desarrollando de manera comprometida sus actividades e impactando de manera positiva los objetivos y metas de la organización.

8. RECOMENDACIONES

Los elementos claves para el buen funcionamiento de las entidades sanitarias son los profesionales de la salud, por lo tanto, su cuidado es crucial para mantener un sistema que dé respuesta a las necesidades de los pacientes. Es importante que la institución valore y reconozca el trabajo, invierta e incentive el desarrollo profesional y /o laboral de sus colaboradores.

Teniendo en cuenta los resultados que se obtuvieron en la aplicación de los instrumentos, se realizan las siguientes recomendaciones para implementar con los colaboradores de la salud, de tal manera que desde el área gerencial se pueda dar

manejo a la prevalencia del síndrome de Burnout en la Red de Salud Ladera E.S.E.; las cuales apuntan a evitar y/o evitar el estrés laboral y con ello la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

1. Crear un ambiente laboral apropiado el cual se convierta en un factor protector para dicho síndrome, buscando que reconozcan la importancia de fortalecer las relaciones interpersonales y creación de grupos de apoyo y de trabajo, entrenamiento en habilidades sociales, en manejo de situaciones conflictivas y habilidades comunicativas.

2. Sensibilizar mediante campañas o capacitaciones preventivas a todo el personal asistencial de la Red de Salud Ladera E.S.E. sobre las implicaciones y repercusiones que pueda llegar a tener la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores asistenciales.

3. Realizar programas educativos donde se informe al personal de la salud sobre la existencia de este síndrome y educar a los colaboradores para la identificación de posibles factores que desarrollan el síndrome de Burnout y de esta manera realizar una intervención oportuna para prevenir la enfermedad.

4. Ubicar personas líderes con un amplio conocimiento del síndrome de Burnout, quienes se encarguen de realizar una identificación anticipada de los factores de riesgo teniendo en cuenta el ambiente laboral, situaciones de estrés, conflictos interpersonales, deficiente relación con el paciente y sobrecarga laboral; y con base

en ello, implementar las pausas activas dentro de la jornada laboral, socializar espacios para las relaciones interpersonales y el descanso.

5. Promover espacios donde se fortalezca el trabajo en equipo, el compañerismo, se libere el estrés. El trabajo en equipo es un elemento protector razón por la cual es necesario estimularlo, teniendo en cuenta la relación entre los compañeros de trabajo y el soporte mutuo.

6. Realizar intervenciones enfocadas al incremento de habilidades de afrontamiento, de autocontrol y de comunicación asertiva, las cuales van dirigidas a potenciar una personalidad resistente, lo que permite optimizar el manejo de las situaciones de estrés inherentes a la profesión y realizar una prevención temprana.

7. Permitir que los trabajadores expresen sus pensamientos y emociones durante la realización de su trabajo. También tener en cuenta políticas de promoción y prevención cuyo objetivo sea evaluar el estado de salud físico y mental de los colaboradores, lo que permita indagar sobre una posible manifestación del síndrome de Burnout.

8. Con personal idóneo formar equipo, para que sean parte activa en los procesos de la organización y de esta manera se logre un ambiente propicio para la comunicación, donde puedan expresar sus vivencias y emociones para lograr disminuir tensiones y angustias en el personal asistencial.

9. Fomentar espacios para la recreación a través del deporte, la relajación, actividades plásticas, musicales y culturales, y la ejecución de capacitaciones dentro o fuera del sitio de trabajo como herramientas que mejoran la comunicación de los empleados propendiendo por la satisfacción laboral y/o profesional.

10. Diseñar herramientas para realizar adecuadamente la asignación de horas en la jornada laboral. Además, hacer reconocimiento por la labor desempeñada, lo que aumenta el nivel de compromiso del trabajador de la salud con la institución. Esto se ve reflejado en una mayor productividad y una mejor calidad en la prestación de los servicios.

11. Mantener un contacto frecuente con la familia, amigos cercanos e incluso adecuar un lugar para cambiar de ambiente después de la jornada laboral.

12. Realizar en cada unidad integrada de servicio de salud conferencias a cargo de salud ocupacional, para brindar la información respectiva a los participantes sobre los riesgos a los que están expuestos para desarrollar el síndrome de Burnout.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Saborío Morales Lachiner, Hidalgo Murillo Luis Fernando. Síndrome de Burnout. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2015 Mar [Consultado 2021 abril 29]; 32(1): 119-124. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en.
2. Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado.

Enfermería en Costa Rica, [Internet]. 2010 [Consultado 2021 abril 27] 31, 2-7. Disponible en: [//www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2011/11/Programa-Integral-de-Autocuidado-Enfermeria.pdf](http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2011/11/Programa-Integral-de-Autocuidado-Enfermeria.pdf)

3. Ministerio del Trabajo. Decreto 1477 de 2014. Adopta la tabla de enfermedades laborales [internet]. 2014 [consultado 2021 abril 29]. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500.
4. García-Allen J. Psicología y Mente. Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas [Internet]. [Consultado 2021 abril 29]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/organizaciones/Burnout-sindrome-del-quemado>.
5. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. [internet].; 2004 [consultado 2021 abril 29]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquete instruccional para prevenir el cansancio en el personal de salud versión 2.0. [internet].2015 [consultado 2021 abril 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prev-enir-el-cansancio-personal-salud.pdf>.
7. Bedoya-Marrugo EA. Prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. MEDISAN [Internet]. 2017 Nov [consultado 2021 abril 29]; 21 (11): 3172-3179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100005&lng=es.
8. Olvera-Islas R, Téllez-Villagra C, González-Pedraza Avilés A. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. Aten Fam. 2015;22(2):46-49 [Internet]. 2015 [consultado 2021 Abril 29] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475>.
9. González YE, Valencia KM. Plan de intervención para disminuir la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos del servicio de urgencias en clínica Los Rosales de Pereira durante la pandemia Covid-19

[Internet]. 2021 [consultado 2021 Noviembre 28] Disponible en: <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/1802/Trabajo%20de%20gado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

10. Diario la Republica. Uno de cada cinco trabajadores en Colombia sufre del síndrome de 'Burnout'. [Internet]. 2019 [consultado 2021 Abril 28] Disponible en: <https://www.larepublica.co/alta-gerencia/uno-de-cada-cinco-trabajadores-en-colombia-sufre-del-sindrome-de-Burnout-2896073>.
11. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera Segovia CM, Pino-Vaca PP, Tapia-Veloz EC, Vinueza-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. [Internet]. 2020 [consultado 2021 abril 25]; 1-7. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708/958>.
12. González-Rodríguez R, López-Castedo A, Pastor-Seller E, Verde-Diego C. Síndrome de Burnout en el Sistema de Salud: el caso de las trabajadoras sociales sanitarias. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [consultado 2021 abril 26]; 19 (58): 141-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200005&lng=es.
13. López-Osorio EA, Cano C, Salazar-Ospina V. Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES [Internet]. 2020 [consultado 2021 abril 26]; 1-64. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20449/1/2020-LopezCanoSalazar-caracterizacion_sindrome_Burnout%20.pdf
14. Muñoz-Samboni LA, Montaña-Moreno MC. Síndrome de Burnout en Trabajadores de Salud de Dos Clínicas de Assbasalud E.S.E [Internet]. 2019 [consultado 2021 abril 27]; 1-71. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15954/1/2019_s%3%a%20ndrome_Burnout_trabajadores.pdf
15. Bolaños-Mulcue AE, Herrera-Cadena JC, Melo-Martinez LA. prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de la E.S.E hospital San Luis el tambo Nariño 2019 [Internet]. 2019 [consultado 2021 Abril 29] ; 1-60. Disponible en:

<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2713/Ana%20Erika%20Bola%20c3%b1os%20Mulcue.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Pérez-Coy LJ, Cabrera-Borrero EA, Motta-Motta AL. prevalencia síndrome de Burnout en personal asistencial de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito [Internet]. 2018 - 2019 [consultado 2021 Abril 29] ; 1-36. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2716/Leidy%20Johana%20P%20c3%a9rez%20Coy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Plan de Gestión Gerencial Ladera Unidos Por La Vida. 2020-2023. Alcaldía de Santiago de Cali. [Internet]. [consultado 2021 septiembre 01]. <https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/154365/plan-de-desarrollo/>
18. Ministerio de Justicia. Código Sustantivo del Trabajo. [internet]. 2011 [consultado 2021 mayo 22]. Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1539/CodigoSustantivodelTrabajoColombia.pdf>
19. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social en Salud. [internet]. 1993. [Consultado 2021 mayo 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
20. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 778 de 1987. Modifica la tabla de enfermedades profesionales. [internet] 1987 [consultado 2021 Mayo 19] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/decreto-778-de-1987.pdf>
21. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2646 de 2008. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo y determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional [internet] 2008. [consultado 2021 mayo 19]. Disponible en: <https://servicecompany.com.co/noticia/resolucion-2646-de-2008-ministerio-de-trabajo-julio-22/>
22. Presidencia de la Republica. Decreto 2566 de 2009. Adopta la tabla de enfermedades profesionales [internet] 2009. [consultado 2021 Mayo 19]

Disponible en:
https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_2566_2009.pdf

23. Organización Mundial de la Salud. ICD-10 Versión: 2010 [Internet]. 2010 [consultado 2021 abril 28]. Disponible en:
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

24. Presidencia de la República. Función Pública. Decreto 1832 de 1994. [Internet] [consultado 2021 Mayo 19] Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=8802#:~:text=Se%C3%B1ala%20que%20en%20los%20casos,ser%C3%A1%20reconocida%20como%20enfermedad%20profesio>.

25. Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. Polis [internet]. 2011, vol.10, n.30 [consultado 2021 mayo 21], pp.431-446. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682011000300020&lng=es&nrm=iso

26. Martínez-Pérez A. El Síndrome de Burnout, Evolución Conceptual Y Estado Actual de la Cuestión. Vivat Academia, núm. 112, septiembre, 2010, pp. 42-80 Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. [Internet]. 2010. [Internet]. [consultado 2021 mayo 21]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>

27. Garcés de los Fayos-Ruiz E. Canton-Chirivella E. El Cese de la motivación: Síndrome de Burnout en Deportistas. 2003. [Internet]. 2003 [consultado 2021 mayo 21]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/13296565.pdf>

28. Moreno – Jiménez B, Arcenillas – Fernández-MV, Morante- Benadero, ME, Garrosa – Hernández E. Burnout en Profesores de Primaria: Personalidad y Sintomatología. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol. 21, núm. 1-2, 2005, pp. 71-87. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España. [Internet]. [consultado 2021 mayo 21]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317039005.pdf>

29. Peña J, Montenegro J, Osorio D, Caicedo C; Prevalencia y Factores asociados a Burnout en médicos especialistas docentes de la universidad

tecnológica de Pereira. Revista médica de Risaralda; 14,1. [Internet]. 2008 [consultado 2021 mayo 21]. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/611>

30. Atance-Martínez JC. Aspectos Epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario [Internet]. 1997. [consultado 2021 abril 19]. Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v71n3/Burnout.pdf

31. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. Revista facultad nacional de salud pública Vol34. 1:19-33. [Internet]. 2016. [consultado 2021 abril 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a09.pdf>.

32. Rodríguez-Paipilla MG, Rodríguez-Gómez R, Riveros-Gutiérrez AE, Rodríguez-D´luyz ML, Pinzón-Salamanca JY. Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010 [Internet]. 2010. [Consultado 2021 abril 29]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2389>

33. Schaufeli WB; Salanova M; Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del Burnout y del engagement. Ansiedad y Estrés, 11(2-3), 215-231 [Internet]. 2005 [consultado 2021 Mayo 21]. Disponible en: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/243.pdf>

34. Gutiérrez-Aceves G, Celis-López MA, Moreno-Jiménez SF, Farias Serratos J, Suárez-Campos J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocién (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006. [Internet]. [consultado 2021 Mayo 21]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

35. Olivares V; Maslach Laudatio: Dra Christina maslach, Comprendiendo el Burnout. Ciencia & Trabajo. [Internet]. 2019 [consultado 2021 Mayo 21]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf>

36. Bronfenbrenner W. 1979. The Ecology of Human Development. Harvard University Press. En versión castellana (1986). Ecología del desarrollo humano. Barcelona. Paidós. [Internet]. 1986 [consultado 2021 Mayo 20]. Disponible en:

http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_ase_soria_familiar/familia_contemporanea/modulo1/la-ecologia-del-desarrollo-humano-bronfenbrenner-copia.pdf

37. Gonçalves E, Aizpiri-Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Rodríguez Sendín JJ. Síndrome de Burnout en el médico general. Habilidades en Salud Mental, medicina general; 43: 278-283 [Internet]. 2002 [consultado 2021 Mayo 21]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/vdc/Burn%20Out%20en%20Medicos.pdf>
38. JG Salinero. Nure Investigación, nº7, junio 2004. Estudios descriptivos. [internet] 2014 [citado 2021 abril 24]; Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>
39. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Rev. Latino-am Enfermagem 2007. [internet] 2007 [citado 2021 abril 24] Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf Feedback networks. Calcular la muestra correcta. Reg. Merc. Nav., Tomo 898, Folio 92, Hoja NA 18199 [internet] 2001-2013 [citado 2021 abril 24] Disponible en: <https://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calcul.html>
40. Feedback networks. Calcular la muestra correcta. Reg. Merc. Nav., Tomo 898, Folio 92, Hoja NA 18199 [internet] 2001-2013 [citado 2021 abril 24] Disponible en: <https://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calcul.html>.
41. J. M. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicológico. [internet] [citado 2021 Abril 24]; disponible en: <https://www.fpsomc.es/sites/default/files/maslach.pdf>
42. Jiménez, Llanes & Blanco, Factores de Riesgo en los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria de Ávila. [Internet]. 2011 [citado 11 de enero de 2022]. p.15) Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view>

[w/60/47](#)

ANEXOS:

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN.

Acta de Aprobación No. 11-CEH/092021

Proyecto: Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal Asistencia de la Red de Salud Ladera de la Ciudad de Cali año 2021

Presentado por: Universidad Católica

Bibiana Aponte Andrade
Angélica María Moncaleano Tamayo
Fernanda Ortega Bravo
Laura Vanessa Patiño Pinillo
Marielly Velasquez Carrejo

Fecha en que fue presentado: 24 Septiembre del 2021

Duración: 6 meses

La Red de Salud Ladera ESE ha establecido el Comité Institucional de Ética Hospitalaria, creado por la Resolución No.085A-08 del 24 de octubre de 2008, el cual esta regido por la Resoluciones 13437 de 1991, la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 y el artículo 15 del decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002.

Universidad Católica de Manizales informe de participación de la ESE en el proyecto de investigación.

Este Comité de Ética Hospitalaria certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto*
 - b. Protocolo de investigación*
 - c. Formato de consentimiento informado*
 - d. Instrumento de recolección de datos*



**COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD LADERA**

2. El presente proyecto fue evaluado, aprobado y avalado por los siguientes miembros del comité de Ética Hospitalaria:

LUZ KARIME GAVIRIA	Subgerente Científico Asistencial y Hospitalario
LUZ ELENA MUÑOZ	Representante Enfermera
KAREN LEON NARVAEZ	Responsable Seguridad al Paciente
SINDY JOHANA ORTIZ	Coordinadora Urgencias
MAURY SINISTERRA	Representante convenios
AMANDA OROZCO	Representante de usuarios

3. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informa que el presente estudio tiene una clasificación de riesgo bajo según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

4. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.
- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.

9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 6 meses a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

10. El investigador principal deberá informar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera:

- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán

Sede Administrativa
Calle 5c# 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"





**COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD LADERA**

iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.

- b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
- c. Cualquier "evento adverso" serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (**Anexo 1**).
- d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
- e. Informar cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
- f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
- g. El investigador principal deberá presentar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, avances en tiempo prudencial según resultados relevantes y el informe al final del proyecto. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

11. Sugerencias:

El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, recomienda que en cuanto sea posible, sea solicitado y firmado el consentimiento de ambos padres, compañero(a) o acudiente, si el sujeto de investigación es menor de edad.

El formato de consentimiento informado deberá incluir el número de identificación de los testigos y de los participantes (o del representante legal en caso de participantes menores de 18 años).
La presente Acta se firma en Cali, a los Veinticuatro (24) días del mes de Septiembre del año dos mil Veintiuno (2021)

LUZ KARIME GAVIRIA PRIETO

Subgerente Científico Asistencial y Hospitalario.

Presidente

Comité de Ética Hospitalaria

Red de Salud de Ladera ESE

IMPRESO EN PAPER SUSTAINABLE

Sede Administrativa
Calle 5c# 39-51 Barrio Tequendama PBX 608 0124
Web: www.saludladera.gov.co Nit. 805.027.289-9
"Inteligente por la Vida"



ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado para la participación en el estudio de prevalencia del síndrome de Burnout en la Red de Salud de Ladera E.S.E año 2021

Es de aclarar que por cuestiones de validación de la pertenencia del participante a la Red de Salud de Ladera E.S.E y dar por sentado su consentimiento para la participación en este estudio el colaborador debe aportar sus datos de identificación personal en este formato; sin embargo de igual manera es de aclarar que de acuerdo al principio de confidencialidad en el que se basa esta investigación el desarrollo del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) no requerirá el ingreso de datos personales.

Nombre: _____
Documento de Identidad: _____
Correo electrónico: _____
Cargo: _____

Dando cumplimiento a los artículos 15 y 16 de la Resolución No. 008430 de 1993, por la cual, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, consideramos es vital importancia obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque este cuestionario no implica riesgo alguno. A continuación, aparece una información que usted deberá tener en cuenta para aceptar su participación mediante el presente consentimiento: El objetivo de la investigación es "establecer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de la Red de Salud de Ladera E.S.E de la ciudad de Cali en el año 2021". Las preguntas contenidas en el cuestionario han sido diseñadas ética y responsablemente, para no causar ningún tipo de molestia o riesgo al participante: Se garantiza la privacidad y confidencialidad sobre las respuestas de los participantes de la investigación; la información obtenida de esta se analizará a la luz de los objetivos del estudio; de igual manera se informa que la participación en este estudio, no implica retribución económica, ni de ningún otro tipo y el participante puede revocar su consentimiento de participación del estudio cuando así lo desee. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a no responder el cuestionario sin que esto afecte mi relación y derechos como personal asistencial de la Red de Salud de Ladera E.S.E

1. Acepto: _____
2. No Acepto: _____

Firma: _____

ANEXO 3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso, accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

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

	0	1	2	3	4	5	6
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 enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

ANEXO 4. PLAN DE MEJORAMIENTO

En el plan de mejora se definen actividades a realizar por parte del equipo administrativo con su respectiva oportunidad de mejora, resultado esperado, responsable, indicador y meta, con lo cual se pretende contribuir a la disminución del riesgo de Prevalencia del síndrome de Burnout.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA PARA REDUCIR RIESGO DE PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021									
No.	OPORTUNIDAD DE MEJORA/ HALAZGO	RESULTADO ESPERADO	RESPONSABLE DEL RESULTADO	INDICADOR	META	PRINCIPALES ACTIVIDADES A REALIZAR	FECHAS		RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
							INICIO	FIN	
1	Desarrollar actividades de prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y la protección y promoción de la salud de los trabajadores.	Revisión del Plan de trabajo anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Gerente/Coordinador de gestión de talento humano/Coordinador del área de SST	Plan de trabajo anual Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado	1	Revisión de la Política del Sistema de Gestión de SST de acuerdo a la normatividad vigente Elaborar Plan Anual de Trabajo Socialización de la política de SST a todos los funcionarios Evaluación: Verificar el cumplimiento del cronograma del plan anual de trabajo	1/02/22	31/02/2022	Coordinador de gestión de talento humano/Coordinador del área de SST
2	Generar una estrategia para definir los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo conocer las políticas inmediatas de respuesta ante ellos.	Revisión y actualización del mapa de riesgos laborales institucional	Gerente/ Coordinador del área de SST/ líder del comité de COPASST	Cumplimiento de actividades programadas	100%	Identificar y reconocer las áreas productivas y puestos de trabajo Evaluar y valorar los riesgos: Establecer actividades prioritarias, intervención y control Generar plan de acción para intervención de riesgos laborales institucionales Realizar la identificación del síndrome del quemado mediante la evaluación de riesgos psicosociales de la investigación DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021 Desarrollo del plan de acción para intervención de riesgos laborales institucionales Intervenciones cognitivas de atención y conductuales para disminuir la ansiedad y ayudar a identificar y modificar creencias disfuncionales que influyen en la respuesta a estímulos y subsecuente estrés psicológico y fisiológico del personal asistencial con síndrome de Burnout o riesgo de padecerlo según la investigación DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021 Psicoterapia orientada a modificar la conducta disfuncional y promover la educación en comportamientos adecuados para manejar el estrés y las situaciones emergentes. Evaluación: Verificar el cumplimiento del plan de acción para intervención de riesgos laborales institucionales	1/02/22	31/02/2022	Coordinador del área de SST/ líder del comité de COPASST
3	Prevenir el acoso laboral y proteger a los empleados de los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo.	Operatividad de comités de convivencia laboral- COPASST	Gerente/ Coordinador del área de SST/ líder del comité de COPASST	Cumplimiento de reuniones programadas de comités convivencia laboral- COPASST	12	Convocar a trabajadores para selección de comité de convivencia laboral y COPASST Realizar cronograma de reuniones de comité de convivencia y Elaborar Plan Anual de Trabajo Desarrollar Plan Anual de Trabajo Seguimiento al cumplimiento de cronograma de reuniones y ejecución de plan anual de trabajo	1/02/22	31/02/2022	Coordinador de Gestión del Talento Humano
4	Contrastar los requerimientos de personal con la disponibilidad interna que se tenga del mismo, a fin de adoptar las medidas necesarias para atender dichos requerimientos.	Desarrollo del plan de previsión del talento humano	Coordinador de gestión de talento humano	Cumplimiento del plan de previsión del talento humano	1	Diseño del cálculo de los empleados necesarios para atender las necesidades. Identificación de cubrimiento de formas cuantitativas y cualitativas del personal para el periodo anual Estimación del costo del personal de acuerdo al presupuesto asignado y necesidades requeridas Expedición de la resolución interna por la cual se adopta el Plan de previsión de talento humano	1/02/22	1/05/22	Coordinador de Gestión del Talento Humano
5	Desarrollar procesos en la empresa para atraer, gestionar, desarrollar, motivar y retener a los trabajadores.	Fortalecer el proceso de ingreso (evaluación de ingreso e inducción) permanencia (capacitación, evaluación de desempeño) y retiro (evaluación de retiro)	Gerente/ Coordinador de gestión de Talento Humano	Porcentaje de implementación de actividades contenidas en el programa de ingreso, permanencia y retiro de personal	100%	Diseño del proceso institucional de inducción y reintroducción del personal y del programa de ingreso, permanencia y retiro de personal Análisis de egresos por servicio, personal por servicio y número de pacientes asignados por persona Estimación de personal requerido por servicio, turno y cargo. Formulación de programa de inducción y reintroducción al personal-2022 Implementación del programa de ingreso, permanencia y retiro del personal Establecimiento de cronograma de inducción y reintroducción al personal Evaluación de la apropiación del conocimiento de los colaboradores Monitoreo y evaluación del programa de ingreso, permanencia y retiro del personal y de la de la apropiación del conocimiento de los colaboradores	1/02/22	1/03/22	Gerente/ Coordinador de Gestión del Talento Humano

6	Implementar acciones formativas encaminadas a brindar y fortalecer las competencias y habilidades necesarias para mejorar el desempeño, desarrollar innovación y creatividad y generar un clima de trabajo agradable y armónico.	Revisar el plan de capacitación y formación del talento humano	Gerente/ Coordinador de gestión de talento humano	Cumplimiento del Plan de capacitación y formación del talento humano	1	<p>Evaluar el nivel de formación del personal actual de la institución para la detección de necesidades de capacitación y formación</p> <p>Implementar el plan de capacitación y formación del talento humano</p> <p>Promoción del cuidado personal de los funcionarios con capacitaciones enfocadas en el crecimiento</p> <p>Desarrollar programas de recurso humano institucionales enfocados a la prevención de los factores desencadenantes de cansancio y el estrés.</p> <p>Evaluar la eficacia del plan de capacitación en el cumplimiento de actividades propuestas</p>	1/02/22	1/03/22	Gerente/ Coordinador de gestión de Talento Humano
7	Conocer el estado del clima de la organización con el fin de detectar el nivel de afectación existente en cada uno de los procesos evaluados y promover los cambios que sean necesarios para mejorar la efectividad de la empresa.	Implementar mediciones periódicas del clima laboral	Gerente/Coordinador área de gestión de talento humano	Índice de medición del clima laboral	100%	<p>Diseñar la metodología para medición de clima laboral conforme lineamientos normativos e institucionales</p> <p>Socialización de resultados con la alta gerencia de la organización de la investigación DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021 y realización de acciones de mejora según lo requiera</p> <p>Socializar con el personal los resultados de la investigación DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA RED DE SALUD LADERA E.S.E DEL DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI AÑO 2021 y la metodología para medición periódica de clima laboral</p> <p>Implementar la metodología para medición del clima laboral</p> <p>Realizar seguimiento y monitoreo a la medición del clima laboral</p>	1/02/22	1/03/22	Coordinador de gestión de Talento Humano
8	Determinar las responsabilidades y las funciones de los empleados y definir las funciones y de cada área de la empresa.	Actualizar el manual de funciones	Gerente/Coordinador área de gestión de talento humano	Elaboración y socialización del manual de funciones	1	<p>Revisión y rediseño del manual de funciones por cargo</p> <p>Socialización del manual de funciones por cargo</p> <p>Seguimiento y control de cumplimiento de funciones</p>	1/02/22	1/03/22	Coordinador de gestión de Talento Humano
9	Definir una herramienta táctica que facilite la descripción del cómo funcionan los procesos de la organización a través de la identificación de elementos esenciales que permiten la gestión y control.	Realización de caracterización de los procesos	Gerente/Coordinador área de gestión de talento humano	Porcentaje de procesos con caracterización	100%	<p>Convocar mesa de trabajo con el área de calidad para diseño y elaboración de los diagramas de flujo para los procesos.</p> <p>Elaboración de listado de la totalidad de los procesos de la organización</p> <p>Identificación de los objetivos y responsables de cada uno de los procesos de la organización</p> <p>Establecimiento de elementos, actividades, personas que intervienen y controles de los procesos</p> <p>Implementación de procesos y procedimientos establecidos para cada una de las áreas funcionales de la institución</p> <p>Formulación de indicadores de seguimiento a los procesos</p> <p>Evaluación por control interno para verificación de cumplimiento de caracterización de procesos</p>	1/02/22	1/03/22	Coordinador de gestión de Talento Humano/ Coordinador de calidad
10	Realizar actividades y procesos que fortalezcan el intercambio de información y experiencia dentro de la organización, con el fin de mejorar el rendimiento o los resultados.	Formulación y consolidación del Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación	Gerencia/ Planeación institucional	Porcentaje de la implementación del Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación	80%	<p>Realizar acto administrativo a través del cual se adopte el Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación</p> <p>Definir un líder ante el comité institucional de gestión y desempeño</p> <p>Recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias y consultar las necesidades y expectativas de sus colaboradores</p> <p>Implementar en su Plan Institucional de Capacitación de acuerdo al Plan Nacional de formación y Capacitación de Gestión Estratégica del Talento Humano</p> <p>Establecer convenios y acuerdos de intercambio de información para fomentar la investigación, la innovación y desarrollo</p> <p>Realizar ejercicios de colaboración innovación abierta para la solución de problemas</p> <p>Evaluar el Sistema de Gestión del Conocimiento y la Innovación</p>	1/02/22	1/03/22	Coordinador de Planeación Institucional
11	Gestionar la comunicación interna dentro de la organización con el fin de pronosticar el comportamiento colectivo de los empleados dentro de la institución.	Establecer canales de comunicación para cliente interno, Implementación de nuevos canales de información y de comunicación, el diseño de Intranet institucional, lo que permita la integración con el software empresarial	Gerente/ Coordinación TICS	Número de canales de comunicación establecidos	8	<p>Identificar y evaluar los canales de comunicación de mayor impacto de cara al cliente interno y revisar que los nuevos canales de información y de comunicación se encuentren actualizados al igual que el software empresarial</p> <p>Garantizar la ejecución presupuestal para el desarrollo de los canales comunicativos, Crear intranet institucional por medio del cual los empleados tendrán acceso confiable y verídico de la información.</p> <p>Implementar los diferentes canales de comunicación y capacitar a los líderes de procesos en la utilización y buen manejo de las TICS</p> <p>Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.</p> <p>Seguimiento y control de los canales de comunicación</p>	1/02/22	1/03/22	Coordinación TICS
12	Realizar un proceso sistemático y periódico de estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia de una persona en su puesto de trabajo.	Implementar el proceso de evaluaciones de desempeño para la totalidad de los cargos	Junta Directiva/Gerente	Proceso de evaluación formulado e implementado	1	<p>Implementar un sistema para realizar la evaluación de desempeño de los colaboradores</p> <p>Diseñar modelos de evaluación teniendo en cuenta el cargo al cual pertenece</p> <p>Aplicar evaluación de desempeño anual a los colaboradores</p> <p>Elaborar planes de mejora teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones</p>	1/02/22	1/06/22	Gerente/Jefe de talento humano/Coordinadores de servicios
13	Gestionar la comunicación interna dentro de la organización con el fin de pronosticar el comportamiento colectivo de los empleados dentro de la institución, en línea con los recursos actuales institucionales.	Implementación de estrategias para la articulación en los sistemas de información	Gerente/Coordinación TICS	Porcentaje de migración de datos	100%	<p>Solicitar al proveedor la inclusión de información anterior al sistema actual</p> <p>Unificación de los sistemas de información (anterior y actual)</p> <p>Implementación de sistemas de información y tecnología que faciliten el trabajo.</p> <p>Evaluar el cumplimiento del proveedor frente al proceso solicitado</p>	1/02/22	1/06/22	Coordinación TICS