



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE UNA CLÍNICA PRIVADA QUE PRESTA SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MANIZALES

DIANA MILENA ALONSO SALINAS

YOLIMA CORDOBA RENTERÍA

GINA ALEJANDRA MORALES

JENNIFFER PAOLA QUIMBAYO DIAZ

LINA MARCELA VALENCIA MEDINA



**Universidad[®]
Católica
de Manizales**

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



*Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen*

VEREDICTO MINEUCACIÓN

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO DE UNA CLÍNICA PRIVADA QUE PRESTA SERVICIOS DE
SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MANIZALES**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Administrador de la Salud.

Modalidad Proyecto de investigación

Asesor Mabel Ibarra Luna
Magister en Gestión del Talento Humano

Diana Milena Alonso Salinas
Yolima Córdoba Rentería
Gina Alejandra Morales
Jenniffer Paola Quimbayo Díaz
Lina Marcela Valencia Medina

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ADMINISTRACION DE LA SALUD
MANIZALES, CALDAS

2023

¹ <https://orcid.org/0000-0002-1234-7680>

Resumen

El Agotamiento Profesional, también conocido como fatiga laboral, o síndrome del trabajador quemado está empezando a ser un tema de gran importancia en la actualidad. Este problema afecta directamente la calidad de vida de los profesionales de la salud que mantienen una interacción constante, directa e indirectamente con pacientes. Su origen radica en cómo los colaboradores interpretan y manejan sus propias etapas profesionales frente a situaciones de crisis. Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial y administrativo de una clínica privada que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales, diagnosticar si la institución cuenta o no con burnout. Se buscó así obtener un acercamiento al perfil de riesgo de los empleados que ofrecen servicios en el ámbito de la salud. El propósito es sugerir una estrategia de intervención para el manejo preventivo de este síndrome. El instrumento que se utilizó, para determinar el grado de síndrome de burnout es el cuestionario Maslach Burnout Inventory, es un inventario de 22 ítems, en los que se planteó al sujeto, un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción continua en su trabajo y su desempeño habitual. En esta investigación se utilizó, el cuestionario MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). Esta prueba buscó medir la frecuencia y la intensidad con la que sufre burnout logrando medir el agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización del personal asistencial y administrativo.

La investigación fue de un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental con una muestra de 58 colaboradores de una institución de salud mental.

La recolección de datos en la investigación se hizo inicialmente por medio del formulario Google forms, datos que se extrajeron a Microsoft Excel, se ajustó el instrumento para obtener las variables necesarias para el análisis, para verificar porcentajes y frecuencias en las respuestas dadas por los colaboradores. Se realizó la agrupación de ítems relacionados a cada dimensión (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), de acuerdo con cada respuesta correspondiente a la dimensión se clasifico en alto, medio y bajo, para realizar la comparación correspondiente de datos.

Los resultados del estudio revelan patrones alentadores, ya que la mayoría de los participantes muestran puntuaciones bajas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Estos hallazgos sugieren que, en general, los trabajadores no experimentan un agotamiento emocional significativo ni muestran actitudes distantes o despersonalizadas hacia su trabajo.

Es notable el hecho de que se observen niveles altos en la dimensión de realización personal. Estos resultados indican que los participantes se sienten satisfechos y logran un sentido de realización en su trabajo. Este aspecto positivo sugiere que, a pesar de las presiones laborales, muchos trabajadores encuentran significado y satisfacción en sus roles profesionales, Aunque estos resultados son prometedores, es esencial no pasar por alto otros hallazgos que apuntan hacia indicadores de burnout en algunos participantes. A pesar de que la mayoría se encuentra en el rango bajo en agotamiento emocional y despersonalización, existen casos que muestran signos de agotamiento en estas dimensiones. Estos resultados sugieren que, aunque la tendencia general sea

positiva, no se puede descartar la presencia de experiencias de burnout en ciertos trabajadores.

Palabras Claves: Burnout: Agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, cansancio, trabajo.

ABSTRACT

Professional Burnout, also known as occupational fatigue or burnout syndrome, is becoming a topic of great importance today. This issue directly impacts the quality of life of healthcare professionals who maintain constant, direct, and indirect interactions with patients. Its origin lies in how employees interpret and manage their own professional stages in the face of crisis situations. This study aims to determine the prevalence of burnout syndrome among both healthcare and administrative staff in a private clinic providing mental health services in the city of Manizales. The goal is to diagnose whether the institution exhibits signs of burnout and to approach the risk profile of employees working in the healthcare field. The purpose is to suggest an intervention strategy for the preventive management of this syndrome.

The instrument used to assess the degree of burnout syndrome is the Maslach Burnout Inventory questionnaire, consisting of 22 items that present statements about the subject's feelings and thoughts related to various aspects of their continuous interaction in the workplace and their usual performance. In this research, the MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire was employed to measure the frequency and intensity of burnout, assessing emotional exhaustion, lack of personal accomplishment, and depersonalization in both healthcare and administrative personnel.

The research employed a quantitative, descriptive, cross-sectional, non-experimental approach with a sample of 58 employees from a mental health institution. Data

collection was initially conducted through a Google Forms survey, and the extracted data were transferred to Microsoft Excel. The instrument was adjusted to obtain the necessary variables for analysis, verifying percentages and frequencies in the responses given by employees. Item grouping related to each dimension (emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment) was carried out, and responses were classified as high, medium, or low. This classification allowed for the corresponding data comparison.

The study results reveal encouraging patterns, with the majority of participants showing low scores in the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization. These findings suggest that, overall, workers do not experience significant emotional exhaustion or adopt distant or depersonalized attitudes toward their work.

It is noteworthy that high levels are observed in the dimension of personal accomplishment. These results indicate that participants feel satisfied and achieve a sense of accomplishment in their work. This positive aspect suggests that, despite work pressures, many workers find meaning and satisfaction in their professional roles. While these results are promising, it is essential not to overlook other findings indicating burnout indicators in some participants. Despite the majority falling into the low range in emotional exhaustion and depersonalization, there are cases showing signs of burnout in these dimensions. These results suggest that, although the overall trend is positive, the presence of burnout experiences in certain workers cannot be ruled out.

Keywords: Burnout: Emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment, fatigue, work.

Tabla de Contenido

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 Pregunta de investigación	16
1.2 Justificación	17
1.3 Objetivo General	18
1.4 Objetivos Específicos	19
2. ANTECEDENTES.....	20
3. MARCO TEORICO	30
3.1 Definición del Burnout	30
3.2 Síndrome de Burnout como respuesta al estrés laboral.....	31
3.3 Dimensiones del Síndrome de Burnout	32
3.3.1 Agotamiento Emocional	33
3.3.2 Despersonalización.....	33
3.3.3 Baja realización personal:.....	34
3.4 Desencadenantes	34
3.4.1 Variables organizacionales.....	35
3.4.2 Variables por desempeño de rol:.....	35
3.4.3 Variables dadas por las nuevas tecnologías y demás aspectos de la organización:.....	36
3.4.4 Variables personales:	36
3.5 Instrumentos Del Síndrome De Burnout.....	36
4. MARCO NORMATIVO.....	37
4.1 Ley 1616 de 2013 Artículo 9. Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral	37
4.2 Resolución 2646 de 2008	38
4.3 Decreto 1072 de 2015	39
4.4 Plan de Acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025 de la OMS	41
4.5 Ley 1010 de 2006	44
4.6 Ley 1562 de 2012	44
5. DISEÑO METODOLOGICO	45
5.1 Tipo de estudio	45
5.2 Población y muestra	47
5.2.1 Población	47
5.2.2 Muestra	47
5.3 Criterios de inclusión	47
5.4 Criterios de exclusión	47
5.5 Instrumentos	48
5.6 Plan de recolección de la información	51
5.7 Aspectos bioéticos.....	51
5.7.1 Resolución 8430 de 1993	52

5.7.2 Ley 1581 de 2012	52
5.8 Consentimiento informado	53
5.9 Operacionalización de las variables	55
5.10 Plan de análisis de la información	57
6. RESULTADOS.....	58
6.1 Aspectos Sociodemográficos.....	58
6.1.1 Género	58
6.1.1.2 Edad	58
6.1.1.3 Estado Civil.....	59
6.1.1.4 Tipo de Contrato Laboral	60
6.1.1.5 Estrato Socio Económico	60
6.1.1.6 Profesión u Oficio	61
6.1.1.7 Horas Laboradas a la Semana.....	62
6.1.1.8 Área de Trabajo	62
6.1.1.9 Años de antigüedad en la empresa	63
6.2 Análisis Dimensiones.....	64
6.2.1 Agotamiento Emocional	64
6.2.2 Despersonalización.....	65
6.2.3 Realización personal.....	65
6.3 Análisis Dimensiones de SB con variables sociodemográficas y laborales.....	66
6.4 ANALISIS Y DISCUSIÓN	88
6.5 CONCLUSIONES	91
6.6 RECOMENDACIONES.....	93
7. REFERENCIAS.....	107

Listado de Tablas

Tabla 1. Antecedentes	24
Tabla 2. Plan de Acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025 de la OMS.....	42
Tabla 3. Operacionalización de Variables	55
Tabla 4. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Edad	66
Tabla 5. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Estado Civil.....	68
Tabla 6. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Género.....	69
Tabla 7. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Tipo de Contrato	70
Tabla 8. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional- Horas Laborales.....	71
Tabla 9. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional- Área de Trabajo	72
Tabla 10. Interpretación Dimensión despersionalización-Variable Edad.....	73
Tabla 11. . Interpretación Dimensión de despersionalización-Variable Estado Civil.....	75
Tabla 12. Interpretación Dimensión despersionalización-Variable Género	76
Tabla 13. . Interpretación Dimensión despersionalización-Variable Tipo de Contrato...	77
Tabla 14. Interpretación Dimensión Despersionalización- Horas Laborales	78
Tabla 15. Interpretación Dimensión Despersionalización- Área de Trabajo	79
Tabla 16. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Edad.....	80
Tabla 17. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Estado Civil.....	82
Tabla 18. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Género	83
Tabla 19. Interpretación Dimensión Realización Personal-Área de Trabajo	84
Tabla 20. Interpretación Dimensión Realización Personal-Tipo de Contrato	85
Tabla 21. Interpretación Dimensión Realización Personal-Horas Laboral.....	86

Listado de Figura

Figura 1. Dimensiones del Síndrome de Burnout	34
Figura 2. Metodología	45
Figura 3. Cuestionario de MBI-HSS.....	49
Figura 4. Subescala MBI.....	50
Figura 5. Valoración Subescala MBI	50
Figura 6. Variable Género	58
Figura 7. Variable Edad.....	58
Figura 8. Variable Estado Civil.....	59
Figura 9. Variable Tipo de Contrato Laboral	60
Figura 10. Variable Estrato Socio Económico	60
Figura 11. Variable Profesión u Oficio	61
Figura 12. Variable Horas Laboradas.....	62
Figura 13. Variable Área de Trabajo.....	63
Figura 14. Variable Años de antigüedad en la empresa	63
Figura 15. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional.....	64
Figura 16 Interpretación Dimensión Despersonalización	65
Figura 17. Interpretación Dimensión Realización Personal	66

Lista de anexos

Anexo 1. Carta Universidad	98
Anexo 2. Respuesta Funpaz.....	94
Anexo 3. Consentimiento Informado	96
Anexo 4. Certificación Socialización del proyecto de investigación.....	107

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Luego de la pandemia ocasionada a causa del COVID-19 en el 2020, se logró identificar y hacer visible algunas problemáticas asociadas al personal de la salud, como la falta de políticas de gobierno específicas para el manejo de la salud mental, los modelos de contratación del personal de salud, bajos salarios, horas extensas de trabajo, la falta de empatía del gobierno para construir un sistema de seguridad adecuado a los profesionales de salud y la corrupción que ha llevado a desmejorar el sistema, no solo afectando a los pacientes, si no al personal de salud en general.

Esto conllevó a la realización de algunos estudios entre los que se encuentran; desarrollar políticas de gobierno específicas para la salud mental de la población, apoyo para los equipos de salud que cumplen el rol de cuidador y se plantea como un eje fundamental para proteger al personal de salud. Bajo esta premisa se hace necesario detectar de forma temprana el malestar psicológico, los síntomas de ansiedad y depresivos, o cualquier otro problema de salud mental, así como prestar apoyo e intervenir dentro y fuera de los espacios laborales que sean específicos para los equipos de salud. En la actualidad, persisten brechas de acceso que, considerando la existencia de un grupo del personal de salud con síntomas de depresión severos e ideación suicida, es urgente reducir no solo mediante la disponibilidad de servicios de salud mental para este grupo, sino actuando sobre las barreras de acceso efectivo a estos cuidados.” (1)

Por otro lado, como consecuencia de las exigencias de la vida cotidiana y en el ambiente laboral la presión por el cumplimiento de metas, indicadores y el nivel de productividad exigido por las instituciones de la salud, con el propósito de ser entidades rentables y sostenibles en el tiempo, hacen que las personas experimenten diferentes niveles de estrés que pueden perjudicar su rendimiento en el trabajo y la motivación hacia el alcance de unos objetivos personales e institucionales. Dicho nivel de presión puede tornarse en forma negativa, desmotivante y debilitante. “el síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la (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”. (2)

El Síndrome de Burnout se define, además, como respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales. El síndrome de burnout es un tipo de estrés y fue descrito en 1973, por la psiquiatra Freudenberg, quien 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. Posteriormente otra psicóloga, la Doctora Cristina Maslach estudió las respuestas emocionales de los profesionales y los calificó de “sobre carga emocional” dándole el nombre como se conoce hoy día el Síndrome de Burnout. (3)

En otros estudios, la asociación española de psicología clínica y psicopatología, indica que el burnout en profesionales y equipos que trabajan en servicios de salud mental, generan costos que se traducen en los modos de atención a los usuarios, conllevando a que el personal que brinda atención con patologías en salud mental requiera de una actitud de compromisos e implicación relacional no invasiva y contenedora. (4)

Por su parte, Leiter y Maslach consideraron que los sujetos con síndrome de burnout desarrollan un sentimiento de agotamiento emocional, lo que da lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Además, de las consecuencias laborales negativas el síndrome de burnout también genera respuestas fisiológicas que pueden afectar el sistema inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular". (5)

En coherencia con lo mencionado, surge la necesidad de medir la prevalencia del síndrome de burnout en una institución que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales, lo cual nos permitió identificar y analizar las tres dimensiones del SB: agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización del servicio y su relación con múltiples variables demográficas, sociales, laborales y personales del talento humano del sector.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial y administrativo de una clínica privada que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales?

1.2 Justificación

El síndrome de Burnout se presenta cada vez más en trabajadores que se desempeñan en área de salud, debido a las extensas jornadas laborales, a la poca retribución salarial, y al poco tiempo libre para compartir en familia y amigos, cada vez exigen más tareas y más resultados, lo que hace que se genere más estrés emocional.

(6)

Según el estudios realizados en médicos residentes del Hospital Nacional Guillermo Almenara en el año 2018 se planteó que el personal de salud es vulnerable para el desarrollo del síndrome de burnout, debido a que el ambiente laboral al que se enfrentan en muchas ocasiones es hostil, difícil y necesita de una concentración mayor porque está en juego la vida de una persona, estas presiones pueden llevar a desarrollar cuadros de agotamiento crónico y desinterés por la prestación de un servicio oportuno y de calidad a los pacientes. (7)

Sin embargo, en el contexto de la salud mental se encontraron con marcos inestables y poco contenedores, para aquellos profesionales que trabajan en la ayuda a otros seres humanos en unos cometidos que reclaman altos niveles de implicación personal, y además lo hacen en contacto con una población que sufre. Así, los elementos de incertidumbre vividos por los profesionales en su ejercicio de atención en los servicios de salud mental a personas con sufrimiento psíquico configuran un escenario que contiene riesgos con dimensiones identificables del burnout. No obstante, para un adecuado afrontamiento y manejo de los riesgos que conllevo este ejercicio profesional, es preciso avistar lo individual, el equipo y la organización (4)

De acuerdo con lo citado en los párrafos anteriores podemos aducir que el desbalance de factores sociales, laborales, demográficos y la tolerancia individual al estrés son factores decisivos para el desarrollo del burnout, por este motivo es importante la investigación planteada ya que contribuyo a entender éste importante aspecto en la vida de los médicos y del personal que laboran en el ámbito de la salud mental. Por otro lado, los resultados de este estudio respecto a la prevalencia del síndrome de burnout en el personal que presta servicios en una clínica de salud mental en la ciudad de Manizales permitió tener conocimientos útiles para los mismos terapeutas, sus pacientes y para las personas encargadas de direccionar las políticas de la institución velando así por la salud mental de sus colaboradores.

Sin embargo, en muchas instituciones de la ciudad no existen estudios para determinar la posible incidencia de este síndrome en el personal de asistencial, tampoco hay medidas de prevención establecidas para combatir la sintomatología que podría causar el síndrome a nivel físico, por lo cual se hace necesario aplicar un instrumento validado que permita conocer este problema y realizar unas recomendaciones a partir del ejercicio.

1.3 Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial y administrativo de una clínica privada que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales

1.4 Objetivos Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas y laborales del personal de la salud vinculado al estudio.
2. Evaluar las dimensiones del SB agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización del servicio.
3. Determinar si la presencia del síndrome en ellos está asociada con condiciones demográficas y laborales.

2. ANTECEDENTES

Se presentan a continuación estudios donde se ha medido el síndrome de burnout: El estudio de Síndrome de Burnout en personal de Salud durante la pandemia COVID-19: un Semáforo Naranja en Salud Mental identificó “en 1257 trabajadores de 34 hospitales en China, encontró que 50,4% de los participantes presentaban síntomas de depresión, 44,6 % de ansiedad, 35 % de insomnio y 71,5 % de distrés. En Francia se reportaron incrementos en las adicciones e intentos de suicidio. Otro estudio chino encontró, que 35,6% de los trabajadores de la salud presentaban ansiedad generalizada y el 23,6% problemas de sueño. En Italia se encontraron prevalencias similares en estos trabajadores, aunque adicionalmente ubicó 49,38% de síntomas altos de estrés postraumático”. (8)

En contraparte a estos hallazgos, otro estudio “en Singapur presentó prevalencias más bajas: 14,5 % para ansiedad, 8,9 % para depresión, 6,6 % para distrés y 7,7 % para estrés postraumático. La explicación de los autores sobre estos niveles más bajos, la atribuyen a la experiencia previa de Singapur en el manejo de salud mental en personal de salud, ganada a partir de la epidemia del síndrome severo respiratorio agudo (SARS). Sin embargo, una variable que no debe desestimarse es la resistencia del personal de salud a expresar su vulnerabilidad ante problemas de salud mental o a recibir apoyo psicológico, lo que ha ocurrido en otros tamizajes durante esta pandemia (8)

En México, algunas encuestas institucionales encontraron que 7 % de los trabajadores de la salud han recibido agresiones en la vía pública 40 % reconoce que

se ha ausentado por estrés y el 35 % ha considerado renunciar durante esta contingencia. Así mismo, hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-19, ha encontrado que a 47 % le gustaría recibir apoyo psicológico, 27.4 % presenta síntomas de ansiedad, 16.9 % de depresión y 44.1 % de estrés, pero la frecuencia más alta se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout con un 47.6 %. Esto es relevante, pues existen pocos estudios que aborden el síndrome de burnout durante esta pandemia a pesar de su rol en el contexto de las afectaciones de la salud mental y su prevención”. (8)

Uno de los principales acontecimientos que tuvo que enfrentar el sistema de salud y su personal en los últimos años, fue la enfermedad por coronavirus (COVID-19), esto hizo que surgieran algunas problemáticas, entre ellas la importancia de la salud mental y su respectivo afectación en el personal de salud, se contó con varios estudios, la colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el equipo del estudio The COVID-19 Health Care workers study (Héroes), en este estudio multicéntrico de cohorte prospectivo, se estableció durante el año 2020, con el objetivo de analizar el estado de la salud mental de los equipos de salud que han realizado su trabajo durante la pandemia de COVID-19, los países que hicieron parte de este estudio son; Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay, utilizando un diseño de estudio y un plan de análisis de datos uniforme y en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante

comprender la existencia de varios factores que influyen directamente en el estado de salud mental de los profesionales.

Los resultados obtenidos destacan que la mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres. Además, entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentó síntomas que permiten sospechar un episodio depresivo y la proporción de participantes en riesgo de sufrir un episodio depresivo grave varió entre 3% en la República Bolivariana de Venezuela y 15% en Chile. Al mismo tiempo, entre 5% y 15% del personal de salud afirmó presentar ideación suicida. En los países representados de la Región, recibieron atención psicológica menos de un tercio de quienes dijeron necesitarla (entre 11% y 25%) (9)

En este estudio se logró identificar la preocupación que sintió el personal de salud, al no tener una red de apoyo sólida, la falta de garantías en su prestación de servicio y sumándole el riesgo al cual se enfrentaron de contagiarse y de poner en riesgo a su familia, fueron factores importantes para el desarrollo de un agotamiento físico y psicológico.

Algunas de las recomendaciones formuladas a partir de los resultados obtenidos fueron la necesidad de contar con políticas de gobierno específicas para la salud mental de la población (y en particular del personal de salud), así como priorizar un enfoque de género para el manejo de las enfermedades laborales. Además, es necesario detectar de forma temprana el malestar psicológico, los síntomas de ansiedad y depresivos, o cualquier otro problema de salud mental, así como prestar

apoyo e intervenir dentro y fuera de los espacios laborales que sean específicos para los equipos de salud. (9) (10)

Tabla 1. Antecedentes

TÍTULO ARTÍCULO – FECHA	PAÍS donde se realizó el estudio	AUTOR(ES)	REVISTA	OBJETIVO	METODOLOGIC O Tipo de estudio, enfoque, Población/muestra.	RESULTADOS
<p>The COVID-19 HEalth care workers Study (HEROES) Informe Regional de las Américas 2022</p>	<p>Argenti na, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay</p>	<p>Ezra Susser, y Rubén Alvarado, Franco Mascayano, Els van der Ven y María Francesca Moro</p>	<p>Organizaci ón Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud</p>	<p>Evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los servicios de salud.</p>	<p>Estudio multicéntrico de cohorte prospectivo. Personal de la salud que trabaja en diferentes instituciones, en su mayoría mujeres Población entre 18 y 50 años.</p>	<p>En el caso de los síntomas depresivos, en la mayoría de los países entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentaba síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo. Ideas suicidas, las cifras fluctuaron entre 5% y 15% de los encuestados. Malestar psicológico, se presentaron dos grupos, algunos con valores relativamente bajos 12%-13,5%. La protección de la salud mental de los equipos de salud debe ser un componente relevante de, las estrategias de los países para enfrentar el período posterior a la pandemia, en que los prestadores de salud seguirán desempeñando un papel clave para hacer frente a las atenciones postergadas y a las necesidades de rehabilitación física y psicosocial (9)</p>
<p>Factores psicosociales y síndrome de burnout</p>	<p>Sao Paulo, Brasil</p>	<p>Amanda Sorce Moreira – Sergio Roberto de</p>	<p>Revista Latinoamericana de enferma gem</p>	<p>Identificar los factores biopsicosociales en el trabajo</p>	<p>Estudio transversal con enfoque cuantitativo de una muestra de 293 trabajadores de servicios</p>	<p>La prevalencia de Síndrome de Burnout fue del 7% con un predominio de profesionales de</p>

<p>entre los profesionales de servicios de salud mental – 19 de abril de 2020.</p>		Lucca		<p>asociados con el síndrome burnout (SB) en profesionales de la salud mental.</p>	<p>de salud mental en la red pública de un municipio del interior del estado de sao paulo, Brasil. Se aplicó un instrumento compuesto por tres cuestionarios auto administrados: un formulario con datos biosociales, el cuestionario de estrés laboral</p> <p>(JSS) y el inventario de Maslach (MBI- HSS)</p>	<p>enfermería, hallándose asociado a factores como el entorno laboral, uso de drogas psicotrópicas, baja satisfacción con el jefe y bajo control sobre la actividad laboral. Entre los profesionales con Síndrome de Burnout, doce (12) desempeñaron funciones consideradas de alto desgaste, seis (6) cumplían tareas pasivas y dos (2) realizaban una actividad de bajo desgaste.</p> <p>Conclusión: el bajo control fue el principal factor psicosocial asociado con el Síndrome de Burnout en el trabajo de los profesionales, por lo que es necesario desarrollar acciones que promuevan la autonomía del trabajador y el mejoramiento en la gestión de los factores psicosociales que desencadenan el estrés. (11)</p> <p>En el análisis aislado de las dimensiones, el 26,6% de los participantes mostraron un alto agotamiento emocional, el 29,0% una elevada despersonalización y el 30% una baja realización profesional. Estos resultados fueron similares a otro estudio que resultaron en una prevalencia de alto agotamiento emocional entre 17,2 y 53,3%; alta despersonalización (DE) entre 17,8 a 93,7% y baja realización personal (RP) de 18,8% a 93,7%. (11)</p>
<p>Síndrome de burnout en</p>		Arturo Juárez	Salud	<p>Conocer el origen del</p>	<p>Estudio</p>	<p>El estudio ya clásico de Lai, et</p>

<p>personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental</p>	<p>Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.</p>	<p>García1</p>	<p>UIS</p>	<p>síndrome de burnout entre el personal sanitario, y su importancia en el contexto de la pandemia COVID 19</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>al.15 en 1257 trabajadores de 34 hospitales en China, encontró que 50,4% de los participantes presentaba síntomas de depresión, 44,6 % de ansiedad, 35 % de insomnio y 71,5 % de distrés. En Francia se reportaron incrementos en las adicciones e intentos de suicidio¹⁶. Otro estudio chino encontró, que 35,6% de los trabajadores de la salud presentaban ansiedad generalizada y el 23,6% problemas de sueño¹⁷. En Italia¹⁸ se encontraron prevalencias similares en estos trabajadores, aunque adicionalmente ubicó 49,38% de síntomas altos de estrés postraumático. En contraparte a estos hallazgos, otro estudio en Singapur¹⁹ presentó prevalencias más bajas: 14,5 % para ansiedad, 8,9 % para depresión, 6,6 % para distrés y 7,7 % para estrés postraumático. La explicación de los autores sobre estos niveles más bajos, la atribuyen a la experiencia previa de Singapur en el manejo de salud mental en personal de salud, ganada a partir de la epidemia del síndrome severo respiratorio agudo (SARS). Sin embargo, una variable que no debe desestimarse es la resistencia del personal de salud a expresar su vulnerabilidad ante problemas de salud mental o a recibir apoyo psicológico, lo que ha ocurrido en otros tamizajes durante esta pandemia. En México, algunas encuestas</p>
---	--	----------------	------------	---	---------------------------	---

						<p>institucionales encontraron que 7 % de los trabajadores de la salud han recibido agresiones en la vía pública, 40 % reconoce que se ha ausentado por estrés y el 35 % ha considerado renunciar durante esta contingencia. Asimismo, hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-1923, ha encontrado que a 47 % le gustaría recibir apoyo psicológico, 27,4 % presenta síntomas de ansiedad, 16,9 % de depresión y 44,1 % de estrés, pero la frecuencia más alta se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout con un 47,6 % (8)</p>
<p>Estrategias de Afrontamiento al Estrés y Burnout en Psicólogos. 2 de Septiembre de 2019</p>	Ecuador	Alba, P. Vargas Espín y María, A. Reyes Silva.		<p>Encontrar si existe una relación entre las variables de Burnout y las estrategias de afrontamiento.</p>	<p>Carácter cuantitativo con un enfoque correlacional, de procedimiento transversal, no experimental. La modalidad es de campo.</p> <p>Población: psicólogos quienes laboran en el sector público y privado, en procesos terapéuticos en la sierra, Ecuador</p> <p>Instrumento de recolección de datos:</p>	<p>En el Inventario de Maslach se encontró: “Cansancio emocional” (18,22) rango de bajo, “Despersonalización” (6,55) rango medio y “Realización personal” (35,83) rango medio. Mediciones del CAE positiva” (15,28) rango medio, en “Expresión emocional abierta” (6,85) rango bajo, “Evitación” (11,09) rango bajo “Búsqueda de apoyo social”, (12,86) rango medio y religión (6,89) rango</p>

				<p>Cuestionario de afrontamiento del stress (CAE) y el Inventario de Maslach Burnout.</p> <p>Procesamiento de datos: Programa Satgraphics Centurión, estadística descriptiva y análisis factorial.</p>	<p>bajo.</p> <p>Mínimas y máximas de las variables de burnout y estrategias de afrontamiento.</p> <p>-Las puntuaciones máximas son: “Cansancio emocional” con una puntuación de 47,00 rango alto; en “Despersonalización” 22,00 rango alto; en “Realización Personal” 48,00 rango alto; en “Focalización en la solución del problema” 24,00 correspondiente a rango alto; en “Auto focalización negativa” 16,00 dentro del rango media; en “Reevaluación positiva” 24,00 rango alto; en “Expresión emocional abierta” 19,00 rango alto; en “Evitación” 21,00 rango alto; en “Búsqueda de apoyo social” 24,00 rango alto y en “Religión” 24,00 en rango alto.</p> <p>Conclusión: la variable de burnout “agotamiento emocional” y la variable de las estrategias de afrontamiento “focalización en la solución del problema” – no están en relación estadísticamente comprobable en el grupo estudiado. Se encuentra relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el Síndrome de Burnout, las cuales han generado 3 factores llamados: Estrategias</p>
--	--	--	--	--	--

						pasivas, estrategias activas y agotamiento profesional.(12)
<p>Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. Publicado 2018-08-08</p>	Chile	<p>Alex Leandro Vélez Burgos, Anita Patricia Dörner Paris, Alexis Gerardo Soto Salcedo, Angélica Arriagada</p>	<p>Acta Universitaria es una revista científica multidisciplinaria arbitrada (peer reviewed)Acta Universitaria Vol. 28 Núm. 3 (2018)</p>	<p>El objetivo del estudio fue determinar el nivel de bienestar psicológico y <i>burnout</i> de 121 profesionales de salud de la Región de Los Lagos, Chile (63% mujeres, M = 30.80 años, DT = 13.03 años). Se aplicó la escala de bienestar psicológico de Ryff y el Inventario de <i>burnout</i> de Maslach.</p>	<p>121 profesionales de la salud de la región de los Lagos, Chile. El análisis de los datos de la escala de Maslach se realiza según metodología propuesta por Jackson & Maslach (1981), la cual definió que puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones (CE y DP) y bajas en la tercera (RP) diagnosticaban a la persona con el síndrome</p>	<p>El 21% presenta un nivel de bienestar bajo, 25.5% presenta síntomas de burnout. Existe relación positiva entre el nivel de realización personal y el bienestar psicológico ($r = 0.53, p < 0.01$). Este estudio refuerza la necesidad de generar y fomentar acciones de autocuidado entre los profesionales de salud.(13)</p>

3. MARCO TEORICO

3.1 Definición del Burnout

Según diferentes autores el síndrome de burnout se define así:

Maslach: La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describió como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

(2)

Freudenberger: Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Freudenberger sitúa las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral. (14)

Pines y Kafry: Lo definió 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. (15)

Dale: Es uno de los que inicio 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. (16)

Cherniss: Cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas. El concepto del burnout estaría vinculado a un triple proceso:

- a. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés)

b. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizadas por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.

c. Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (15)

3.2 Síndrome de Burnout como respuesta al estrés laboral

En ocasiones a causa de las exigencias que se presentó a diario, no solo en el ámbito laboral sino en la vida cotidiana, nos enfrentamos a episodios de estrés y agotamiento físico y mental que no se relaciona o se pueden confundir directamente con SB, “es necesario diferenciar el Burnout de otros conceptos que se pueden solapar con él, como depresión, estrés e insatisfacción laboral, reconociendo que este síndrome puede provocar el suficiente deterioro físico y mental en el personal de salud hasta el punto de poder interferir gravemente en su trabajo cotidiano. El estrés general se diferencia del Síndrome Burnout, ya que el primero se sufre por todos los aspectos de la vida diaria, y no solo se identificó en al ámbito laboral. Respecto a la diferencia entre Depresión y Burnout, ya que serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en un determinado tiempo. es probable que la sintomatología tenga que valorarse para diferenciarlo de un trastorno distímico o una depresión mayor “(17).

Los síntomas depresivos en general pudieron estar asociados a pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, y se asocia durante un largo periodo, mientras que en síndrome burnout se vio reflejado directamente en la actividad laboral que se realizó, las extensas horas laborales, el obtener cargos en

UCGM

donde no se encuentre con la experiencia y el conocimiento necesario, la sobrecarga laboral, los conflictos interpersonales, entre otros, dificultan el logro de los objetivos, disminuyendo los sentimientos de auto eficacia y de esta forma las personas aumentan sus responsabilidades y esto ocasiona la aparición de este síndrome.

Desde enero de 2022, con la inclusión por parte de la OMS del síndrome de **Burnout** en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la afección pasó de ser descrita como un "estado de agotamiento vital (que podría estar relacionado con cuestiones personales o familiares) al desgaste resultante del estrés crónico derivado del trabajo. Desde entonces más personas han buscado ayuda para enfrentar esta problemática. Para la OMS, existen tres signos principales de Burnout: sensación de cansancio o agotamiento de la energía, aumento del desapego mental hacia el propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el mismo y reducción de la eficacia profesional.

3.3 Dimensiones del Síndrome de Burnout

El burnout es un síndrome compuesto por tres dimensiones: actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización personal), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (desgaste emocional). Dichas respuestas son el resultado de los cambios vertiginosos del ambiente laboral, personal y familiar que, sumado a malas prácticas nutricionales, falta de ejercicio, angustias, agotamiento, dolencias físicas y mentales, ponen en riesgo la salud del individuo; llevándolo al aislamiento, a estar a la defensiva, cuadros de estrés, insomnio, depresión, temor, ira y hasta pensamientos suicidas.

Las tres dimensiones que componen el SB son: _____

UGM

3.3.1 Agotamiento Emocional: Se definió como un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y psicológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diaria y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo (18)

Como lo indica García Cardona H. en su guía básica de seguridad ocupacional universidad de Medellín CES 2010; El agotamiento emocional hizo referencia a la sensación de que no hay nada que ofrecer psicológicamente a los demás, ya sean compañeros de trabajo, jefes y en el caso de los cuidadores hace referencia a los pacientes. El sobreesfuerzo y el hastío emocional son características predominantes en esta dimensión, lo cual produce desinterés por las necesidades de los pacientes y falta de empatía con su condición. En esta condición existió un agotamiento de los recursos emocionales y afectivos ocasionados por el contacto diario, la monotonía laboral y el desgaste al atender como objeto de trabajo a pacientes, y familias que pueden en ocasiones ser muy demandantes. (19)

3.3.2 Despersonalización: Aparece como respuesta a los sentimientos de desesperanza personal e impotencia, generado un bloqueo a la persona para expresar sus sentimientos haciendo que genere una fachada de hiperactividad que aumenta la sensación de fatiga, depresión y hostilidad hacia el medio. (20)

Debido al endurecimiento afectivo la persona desarrollo una actitud negativa e insensible con las personas que trabaja y hacia los pacientes. Sentimientos de amargura, falta de empatía, cinismo aparecen en situaciones de acompañamiento familiar y diagnóstico del paciente. La prevalencia del síndrome entre las profesiones catalogadas de riesgo (médicos, enfermeras, profesores, bomberos policías...) va desde un 15% hasta un 50% de profesionales afectados (21)

UCM

3.3.3 Baja realización personal: El sentimiento de ineficacia y carencia de logros personales, en esta hay un retiro progresivo de las actividades extralaborales, pérdida de ideales y un creciente desapego con las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto encierro. (22).

La falta de realización personal en el trabajo se definió como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (familiares y pacientes), percibir que los logros profesionales, laborales y personales no son suficientes para el nivel de esfuerzo que se realiza diariamente, lleva a sentimientos como la frustración, desesperanza, desmotivación y pérdida del interés en la búsqueda de nuevos conocimientos y en el desarrollo de habilidades.

Dimensiones del síndrome de *burnout*



Figura 1. Dimensiones del Síndrome de Burnout

Fuente: Silvero Miramón Marta, Estrés y desmotivación docente

3.4 Desencadenantes

La competitividad y exigencias de las empresas condicionan un ritmo de trabajo acelerado, el cual genera agotamiento físico y emocional, generando factores de riesgo para la salud de las personas.

Según el artículo el Síndrome de Burnout: Un Proceso de Estrés Laboral Crónico de Silvana A Savio, definió la aparición del síndrome de burnout bajo la incidencia de variables del entorno social, del entorno laboral y las variables de personalidad de la persona afectada. Los estudios de las variables sociales que pudieron tener influencia en la aparición del burnout se han centrado, hasta el momento, en las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, etc. Los estudios acerca de las variables laborales e individuales son mucho más amplios y si bien es una tarea imposible determinar todas las circunstancias que pueden llegar a intervenir en la aparición del síndrome, se llegó a identificar una serie de características que desencadenan y facilitan el desarrollo del mismo. (23)

Según Monte, los desencadenantes del burnout fueron aquellos estresores del ambiente laboral que se percibieron como crónicos, e identificaron cuatro tipos de desencadenantes del síndrome:

3.4.1 Variables organizacionales: El autor las definió como todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. Son de considero el nivel de ruidos, las condiciones de higiene, temperatura, oportunidad de utilizar las capacidades que el trabajador poseía, cantidad de tareas asignadas, etc. (23)

3.4.2 Variables por desempeño de rol: Ésta se refiere a relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: aquí se incluye la jerarquía del puesto, la ambigüedad de responsabilidades y tareas, las relaciones con superiores, subordinados y personas a quienes se brinda el servicio, y la seguridad que se siente respecto de la

UCM

continuidad en el trabajo. El rol se pudo definir como demandas y expectativas que pesaron sobre la persona que ocupa un determinado puesto. En este caso, el estrés del rol estaría dado por la ambigüedad del rol y por el conflicto del rol, cuando se presentan demandas contradictorias. (23)

3.4.3 Variables dadas por las nuevas tecnologías y demás aspectos de la organización: La nueva tecnología pudieron resultar tanto un facilitador del trabajo como una fuente de estrés en el caso de que el trabajador sintió que la nueva tecnología requiere aptitudes que superan sus habilidades. Así mismo, el reemplazo de cierto contacto directo con pares y superiores por la comunicación a través de computadoras puede generar una sensación de aislamiento. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo por parte de la supervisión y la falta de autonomía. (23)

3.4.4 Variables personales: Están relacionadas con las características del contexto extra organizacional del trabajador, el ambiente familiar, otras relaciones sociales. (23)

Es importante tener horarios flexibles, un buen clima laboral, y que se vea reflejados en una buena remuneración para los trabajadores, especialmente los que laboran en áreas de la salud, ya que esto motiva al personal de forma positiva, para desempeñar bien las tareas y llevarlas a cabo en un tiempo prudente.

3.5 Instrumento para medir Síndrome De Burnout

Uno de los instrumentos que se utiliza para medir el síndrome de burnout es el cuestionario Maslach Burnout Inventory, es un inventario de 22 ítems, el cual consta de un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción continua en su trabajo y su desempeño habitual.

Este inventario se divide en tres subescalas que se ajustan a tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emocional exhaustion), (9 ítems), despersonalización (Depersonalization), (5 ítems) y realización personal en el trabajo (Personal accomplishment), (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras Maslach y Jackson para cada profesión en específico. (24)

4. MARCO NORMATIVO

4.1 Ley 1616 de 2013 Artículo 9. Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral

Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud generaron estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y garantizaron que sus empresas afiliadas incluyeran dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determino y actualizo los

lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral. (25)

4.2 Resolución 2646 de 2008

Por la cual se establecieron disposiciones y se definieron responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. En esta normatividad se definen los riesgos psicolaborales en el trabajo y sus efectos como:

Artículo 5. Factores Psicosociales; Comprendió los aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales, en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyeron en la salud y en el desempeño de las personas.

Artículo 6. Factores psicosociales intralaborales: Comprendió la identificación de los factores de riesgo como de los factores protectores, donde se establecieron acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población trabajadora.

Los empleadores debieron identificar como mínimo aspectos tales como:

Gestión organizacional, Características de la organización del trabajo Condiciones de la tarea, Carga física, Del medio ambiente de trabajo, Jornada de trabajo, Número de trabajadores, Programas de capacitación y formación, Nivel de ausentismo, ocurrencias de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, rotación del personal, rendimiento laboral y Condiciones de salud; osteomuscular, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, mental, sistema nervioso, endocrino, inmunológico.

The logo for UGM (Universidad del Magdalena) is displayed in the bottom right corner. It consists of the letters 'UGM' in a large, light blue, outlined font.

Con relación a la vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo los empleadores tuvieron que adelantar programas de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial, con el apoyo de expertos y la asesoría de la correspondiente administradora de riesgos profesionales, cuando los trabajadores se encuentren expuestos a factores psicosociales nocivos evaluados como de alto riesgo o que están causando efectos negativos en la salud, en el bienestar o en el trabajo.

Para tal efecto, las administradoras de riesgos profesionales debieron capacitar y prestar asistencia técnica para el diseño y la implementación de los programas de prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo psicosocial prioritarios, por actividad económica o empresa, utilizando criterios de salud ocupacional. (26)

4.3 Decreto 1072 de 2015

ARTÍCULO 1.1.1.1. El Ministerio del Trabajo. El Ministerio del Trabajo en la cabeza del Sector del Trabajo. Fueron objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las

garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales.

El Ministerio de Trabajo fomento políticas y estrategias para la generación de empleo estable, la formalización laboral, la protección a los desempleados, la formación de los trabajadores, la movilidad laboral, las pensiones y otras prestaciones.

The logo for UCM (Universidad Católica del Maipo) is located in the bottom right corner of the page. It consists of the letters 'UCM' in a large, light blue, outlined font.

Consejo Nacional de Riesgos Laborales es un organismo adscrito al Ministerio del Trabajo, de dirección del Sistema General de Riesgos Laborales, de carácter permanente, entre cuyas funciones se encuentre recomendar la formulación de las estrategias y programas para el Sistema General de Riesgos Laborales y aprobar el presupuesto general de gastos del Fondo de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 1.2.3.2. Red Nacional de Formalización laboral. La Red Nacional de Formalización laboral es el conjunto de actores, procesos, recursos, políticas y normas que, para realizar los postulados del trabajo decente y de la seguridad social para todos, ejecuto acciones en los campos de la promoción, la capacitación, la orientación, el acompañamiento, la intervención en la afiliación, el seguimiento y el control de los proyectos, estrategia y actividades orientadas a la formalización laboral de los trabajadores en Colombia incluyendo la vinculación al Sistema de Protección Social.

ARTÍCULO 2.2.1.1.5. Terminación del contrato por incapacidad de origen común superior a 180 días. De acuerdo con el numeral 15) del artículo 7o. del Decreto 2351 de 1965, es justa causa para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo por parte del empleador, la enfermedad contagiosa o crónica del trabajador, que no tenga carácter laboral, así como cualquier otra enfermedad o lesión que lo incapacite para el trabajo, cuya curación no haya sido posible durante ciento ochenta (180) días. El despido por esta causa no podrá efectuarse sino al vencimiento de dicho lapso, sin perjuicio de la obligación prevista en el artículo 16 del Decreto 2351 de 1965, cuando a ello haya lugar, y no exime al empleador de las prestaciones e indemnizaciones legales y convencionales derivadas de la enfermedad. (27)



4.4 Plan de Acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025 de la OMS

El plan tuvo líneas estratégicas de acción, objetivos específicos e indicadores dirigidos a proteger la vida y promover la salud y el bienestar de los trabajadores, con énfasis en quienes están en condiciones de empleo inequitativas y los que están expuestos a condiciones de trabajo peligrosas. Busco disminuir los riesgos del trabajo y las enfermedades no transmisibles, focalizando las acciones en algunos sectores económicos críticos en relación con este tema, al igual que abordar el acceso a la salud y la cobertura universal de salud y los determinantes sociales relacionados con la salud de los trabajadores- La meta de este plan de acción fue fortalecer la respuesta del sector de la salud, en coordinación con los demás sectores involucrados, para brindar atención integral a la salud de los trabajadores, mejorando los entornos de trabajo, aumentando los esfuerzos para promover la salud de los trabajadores y disminuyendo las desigualdades en su salud mediante la ejecución de políticas, planes y normas actualizados.

Para lograrlo, los Estados Miembros fortalecieron sus capacidades técnicas e institucionales, las acciones de prevención y control de las condiciones que ocasionan accidentes, enfermedades y muertes en el trabajo, y la promoción de la salud y el bienestar de la fuerza de trabajo. El liderazgo de las autoridades de salud, en armonía y en colaboración con los ministerios de trabajo y otros sectores económicos, permitieron poner en marcha los fundamentos de la salud en todas las políticas, cerrar las brechas de las desigualdades en la salud de los trabajadores, y mejorar el acceso a la salud y la cobertura universal de salud para todos los trabajadores.

Se buscó poner en marcha actividades de promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores mediante el enfoque de entornos y lugares de trabajo.



saludables y respetuosos, así como la calidad de vida en el trabajo, para contribuir a la atención integral del adulto trabajador; promoviendo los factores protectores frente a las enfermedades no transmisibles, y los programas de apoyo al trabajador y de retorno al trabajo; y ampliar el acceso a los seguros de protección de los riesgos del trabajo y de salud.

Se centraron en la cooperación técnica dirigida a los países y las subregiones, con colaboración de la OMS y la Red de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional, para abogar y promover el plan de acción; facilitando y apoyando los procesos de implementación con guías, protocolos y demás instrumentos que se consideren pertinentes; difundiendo, adaptando y desarrollando cursos, herramientas y programas facilitando el fortalecimiento institucional y las capacidades de los ministerios de salud en los países; y difundiendo los resultados en todos los aspectos que trata el plan a fin de contribuir a traducirlos en instrumentos de política y legislación en los países. (28)

Tabla 2. Plan de Acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025 de la OMS
Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

<p>Carta de Ottawa. 1986</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La salud es un derecho en cuya garantía intervienen otros sectores sociales y económicos. • El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud. • La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. • Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.
----------------------------------	--



<p>Declaración Bangkok. 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establece las medidas y compromisos para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.
<p>Constitución Política de Colombia de 1991</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 79. Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo.
<p>Ley 100 de 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Artículo 153. Principios del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (...) 3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
<p>Ley 1751 de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan (...).
<p>Resolución 1536 de 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

(29)

UCGM

4.5 Ley 1010 de 2006

La presente ley tuvo por objeto definir, prevenir, corregir y sancionar las diversas formas de agresión, maltrato, vejámenes, trato desconsiderado y ofensivo y en general todo ultraje a la dignidad humana que se ejercen sobre quienes realizan sus actividades económicas en el contexto de una relación laboral privada o pública.

Son bienes jurídicos protegidos por la presente ley: el trabajo en condiciones dignas y justas, la libertad, la intimidad, la honra y la salud mental de los trabajadores, empleados, la armonía entre quienes comparten un mismo ambiente laboral y el buen ambiente en la empresa. (30)

4.6 Ley 1562 de 2012

Es la que amplió el marco normativo del Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia e involucra a todos los actores del sistema, como son el Estado, el empleador, las Administradoras de Riesgos Laborales y los trabajadores y afiliados. El sistema de riesgos laborales en Colombia es extenso, por esta razón se debe estructurar con las demás leyes y normas para proteger a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y accidentes que puedan ocurrir por causa u ocasión en el desarrollo de las actividades que ejecutan. (31)



5. DISEÑO METODOLÓGICO

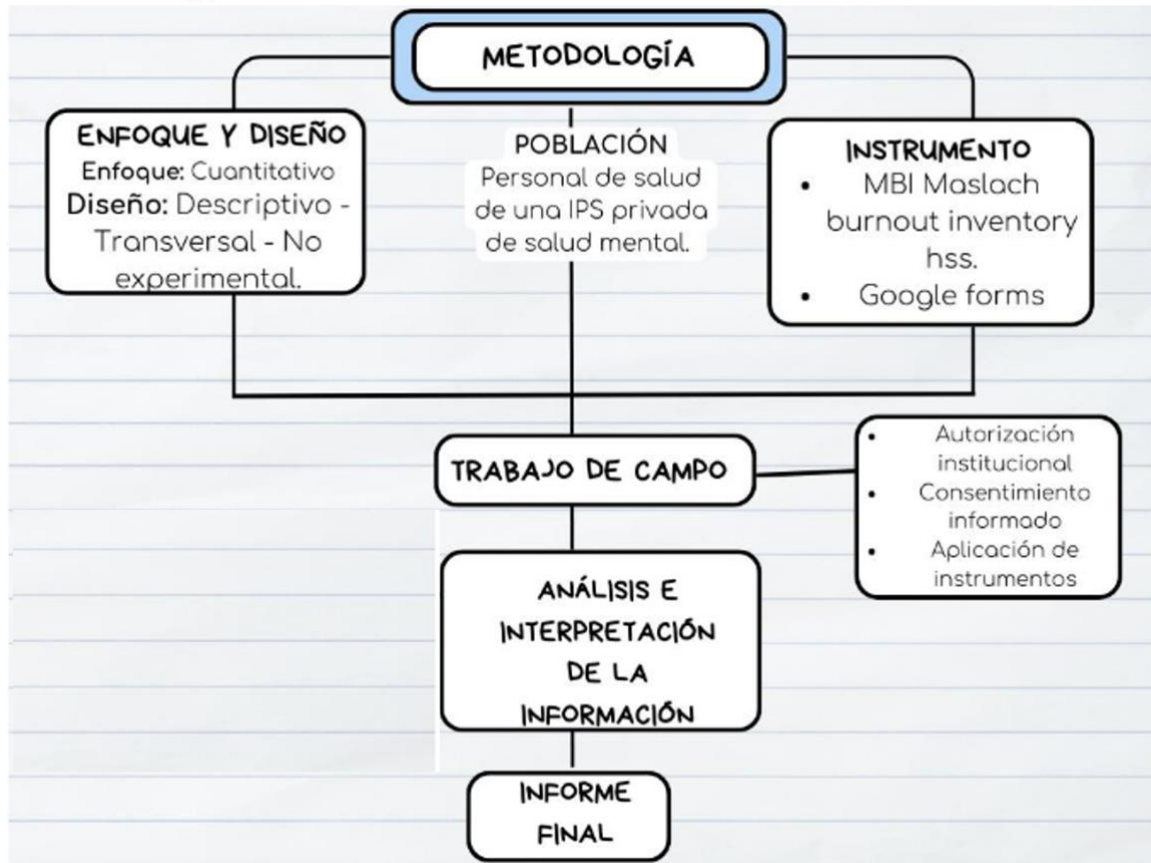


Figura 2. Metodología
Fuente: Elaboración Propia

5.1 Tipo de estudio

La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental. Es cuantitativa ya que requirió para la medición del síndrome de Burnout la recolección y análisis de datos realizar una medición numérica, para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (32)

Fue de alcance descriptivo, porque permitió describir una situación tal como aparece en el contexto; esto nos permitió detallar como son y cómo se manifestaron. Se buscó



especificar las propiedades, las características, y los perfiles del personal, únicamente se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refirieron, esto es, su objetivo no fue indicar como se relacionan éstas. (33)

Además, fue descriptivo, en la medida que permitió sistematizar los datos registrados acerca del comportamiento de las variables que conformaron el síndrome y analizarlas a través de su dimensionamiento, para arribar a un diagnóstico el cual se vio enriquecido con los datos de los inventarios, la observación directa y el cuestionario. (34)

Transversal ya que consistió en un método de obtención de datos que perduro solo en un momento, en un único tiempo. Su objetivo fue describir las variables y sus efectos en las interrelaciones, se realizó el estudio transversal, en el cual se tomó la totalidad del personal conformado por 67 empleados entre asistenciales y administrativos, se utilizó el instrumento de Maslach Burnout, por medio de encuestas. (34)

Finalmente, con un diseño de investigación no experimental, porque es aquella que se realizó sin manipular deliberadamente variables. Es decir, no se realizó variaciones intencionales de las variables independientes. La investigación no experimental permitió observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Es este tipo de estudio no se construyó ninguna situación, sino que se observó situaciones ya existentes y no se puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. (35)



5.2 Población y muestra

5.2.1 Población

La investigación se realizó en una institución de la ciudad de Manizales del sector de la salud enfocada en salud mental,. La población estuvo constituida por los colaboradores del área asistencial: profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos generales, médicos especialistas en psiquiatría, terapeutas ocupacionales y colaboradores del área administrativa.

5.2.2 Muestra

La muestra se define como "el conjunto de operaciones que se realizaron para estudiar la distribución de determinados caracteres en totalidad de una población universo, o colectivo partiendo de la observación de una fracción de la población considerada" (36). Para el presente estudio no se realizó muestreo, se tomó la población total, correspondiente a 67 empleados de la institución, de los cuales 28 pertenecen al área administrativa y 39 al área asistencial.

5.3 Criterios de inclusión

- Ser trabajador activo de la institución
- Que deseara participar voluntariamente del estudio
- Llevar al menos 6 meses laborando en la institución
- Que firmara el consentimiento informado

5.4 Criterios de exclusión

- Personal que se encuentre en la institución en calidad de practica formativa.

UGM

- No haber diligenciado la totalidad del instrumento MBI
- No querer participar de manera voluntaria en la investigación
- Personal que no haya diligenciado el consentimiento informado

5.5 Instrumentos

Para la investigación se utilizó, el cuestionario MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). El inventario MBI Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson ha sido el instrumento más utilizado por la comunidad investigativa para la evaluación de síndrome de burnout en contextos asistenciales y ha sido validado en diferentes contextos culturales y laborales. (37)

También conocido como MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), inicialmente fue utilizado en el ámbito de la salud y evalúa, mediante 22 ítems, las tres variables centrales que caracterizan al burnout en los profesionales de la salud: agotamiento, despersonalización y baja eficacia profesional. El agotamiento hizo referencia a la sensación de no poder dar más de sí mismo; la despersonalización, por su parte, hizo alusión a una actitud fría y a un trato distante hacia los pacientes y, por último, la baja eficacia profesional, se refirió a la sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en la solución de las dificultades del trabajo. (37)

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS)
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)**

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / 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							

Figura 3. Cuestionario de MBI-HSS

Escala con 22 ítems, en los cuales se encuentran enumeradas una serie de pensamientos y sentimientos relacionados con la interacción y desempeño laboral; la escala es tipo Likert de 7 opciones, donde 0 es nunca y 6 diariamente o todos los días. Por otro lado, se dividió en 3 subescalas, las cuales midieron 3 dimensiones: **Agotamiento Emocional** (9 ítems), **Despersonalización** (5 ítems) y **Realización Personal** (8 ítems).

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Figura 4. Subescala MBI

Valoración:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Figura 5. Valoración Subescala MBI

Además, se realizaron unas preguntas adicionales al instrumento MBI HSS, relacionadas a la caracterización de la muestra, con datos sociodemográficos y datos relacionados con la vinculación del participante en la organización objeto de estudio.

- Edad
- Estado civil

- Sexo
- Tipo de contrato
- Estrato socio económico
- Horas trabajadas en la semana
- Área de trabajo: asistencial o administrativa
- Años de antigüedad en el cargo
- Profesión

5.6 Plan de recolección de la información

Se realizó la solicitud del permiso institucional a través de una carta al gerente de la institución, para la ejecución del trabajo de campo (Anexo 1), posterior a recibir la autorización de la institución por escrito (Anexo 2), se procedió a recoger la información.

Para la recolección de datos se aplicó el instrumento a todo el personal de la institución a través de un programa de Google. Antes de ser aplicada, se realizó una sensibilización inicial al personal, explicando que se iba a medir, por medio de que instrumento, se explicó detalladamente el consentimiento informado para la autorización de la aplicación de la encuesta con los colaboradores que quisieron participar.

5.7 Aspectos bioéticos

Para definir los aspectos bioéticos de la presente investigación se tuvo en cuenta que la investigación realizada, no presentó riesgo alguno porque solo se realizó un

trabajo netamente académico y documental, no interfirió en la salud física o mental, porque se aplicó técnicas que no afectaron a la persona, participando en el estudio por medio de entrevistas. En esta investigación se aplicó entrevistas a personal de salud que no tiene ninguna afectación relevante a la cual se le haga ningún tipo de daño. (38)

5.7.1 Resolución 8430 de 1993

En su artículo 11 considero a las investigaciones sin riesgo como aquellas que “emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifico ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta”.

La resolución 8430 de 1993, en su artículo 11 nos indicó que la investigación sin riesgo nos permitió realizar investigaciones netamente documentales, ya que no interfirió en la salud física o mental, porque se aplicaron técnicas que no afectaron a la persona, participando en el estudio por medio de entrevistas. En esta investigación se aplicaron entrevistas a personal de salud que no tiene ninguna afectación relevante a la cual se le hubiera realizado algún tipo de daño, por lo tanto, es una investigación sin riesgo hacia las personas que participaron de ella. (38)

5.7.2 Ley 1581 de 2012

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, considera dentro de su artículo 5 a los datos sensibles, entre otras características, como aquellos relativos a la salud, como lo es en este caso que se trata de datos relacionados a la salud mental. De igual manera esta misma ley, en el artículo 6 se exceptúa la prohibición del tratamiento de datos sensibles, entre otras condiciones, cuando tenga una finalidad científica, para lo cual se tomaron medidas para la supresión de la identidad de los titulares; motivo por el cual la base de datos fue entregada al investigador de manera anónima, sin dato alguno que permitió identificar directamente al trabajador titular de cada dato. (39)

En una investigación sin riesgo, la protección de datos sigue siendo una consideración importante. Aunque no hay un riesgo directo para los participantes o la divulgación de información confidencial, es fundamental mantener los principios básicos de protección de datos para garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos recopilados. Esto va regido por La ley 1581 de 2012, en artículo 5 considera importante la protección de datos en lo que se relaciona con características de salud mental, debido a que es información sensible y se puede relacionar con una finalidad científica, por lo tanto, la identidad debe ser netamente confidencial. (39)

5.8 Consentimiento informado

En Colombia, el consentimiento informado está regulado principalmente por la Ley 8430 de 1993, Artículos 14 y 15 que estableció los principios y normas éticas para la investigación en seres humanos. Esta ley fue complementada por el Decreto 2378 de

2008, la cual regula los comités de ética en investigación y estableciendo los requisitos específicos para el consentimiento informado.

Según la legislación colombiana, el consentimiento informado es un proceso mediante el cual se obtuvieron el acuerdo voluntario, consciente y escrito de una persona para participar en una investigación. (38)

En esta investigación se hizo firmar el consentimiento informado el cual contempló el objetivo de la investigación. Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 de la normatividad colombiana, este estudio no presentó riesgo ético teniendo en cuenta que se evaluó mediante un cuestionario y no se realizó ninguna intervención. Se aplicó un formato de consentimiento informado previo a la recolección de la información y se realizó un cuestionario anónimo con el fin de mantener la reserva absoluta de la misma (Anexo 3).

Algunos aspectos clave de la normativa incluyen:

1. Información completa
2. Libre voluntad
3. Capacidad de comprensión
4. Forma escrita

El principio ético de autonomía se refirió al respeto por los derechos de cada persona a tomar sus propias decisiones. En el campo de la investigación clínica, el principio de autonomía se concretó con la obtención de un consentimiento informado,

comprensivo, competente y voluntario de la persona que participo en una investigación.

El proceso de consentimiento en investigación clínica es un ejercicio de elección inteligente que hace la persona basada en información suficiente y comprensible. (40).

Según consentimiento informado (Anexo 1)

5.9 Operacionalización de las variables

Tabla 3. Operacionalización de Variables
Fuente: Elaboración Propia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	FUENTE DE LA INFORMACIÓN
EDAD	según la OMS es el lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Menor de 20 años	Cuantitativa	Cuestionario
		De 21 a 30 años		
		De 31 a 40 años		
		De 41 a 50 años		
		Mayores de 50 años		
ESTADO CIVIL	condición de una persona, según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero	Cualitativa	Cuestionario
		Casado		
		Divorciado		
		Unión libre		
		Viudo		
SEXO	el sexo se refiere al sexo biológico de la persona, según la OMS, el sexo hace referencia a las características	Femenino	Cualitativa	Cuestionario
		Masculino		

	biológicas y fisiológicas que define hombres y mujeres			
TIPO DE CONTRATO	unilaterales cuando una sola de las partes involucradas sea la que adquiere las obligaciones, bilaterales cuando ambas partes adquieren obligaciones de recíproco cumplimiento	Prestación de servicios	Cualitativa	Cuestionario
		Indefinido		
		Término fijo		
		Obra y labor		
ESTRATO SOCIECONÓMICO	clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	1	Cuantitativo	Cuestionario
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Administrativo		
		Otro		
HORAS LABORADAS EN LA SEMANA	tiempo que debe cumplir un trabajador realizando las actividades para las que fue contratado	47 horas	Cuantitativo	Cuestionario
		48 horas		
		49 horas		
		50 horas		
		Más de 50 horas		
ÁREA DE TRABAJO	ubicación física desde la que se puede trabajar	Asistencial	Cualitativo	Cuestionario
		Administrativo		
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	tiempo que lleva laborando una persona en un cargo específico en una empresa	De 6 meses a un año	Cuantitativo	Cuestionario
		De 2 años y 4 años		
		Más de 5 años		
PROFESION	actividad habitual de una	Auxiliar de ENF.	Cualitativo	Cuestionario

persona, generalmente para la que se ha preparado que al ejercerla tiene derecho de recibir una remuneración o salario.	enfermera(o)
	médico general
	psiquiatra
	fisioterapeuta
	otro

5.10 Plan de análisis de la información

La recolección de datos en la investigación se realizó inicialmente por medio del formulario google forms, herramienta con la cual se realizó la encuesta a los colaboradores. Datos que se extrajeron a Microsoft Excel, se ajustó el instrumento para obtener las variables necesarias para el análisis, para verificar porcentajes y frecuencias en las respuestas dadas por los colaboradores. Se realizó la agrupación de ítems relacionados a cada dimensión (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), de acuerdo a cada respuesta correspondiente a la dimensión se clasifico por dimensión alto, medio o bajo para realizar la comparación correspondiente de datos. Se realiza un análisis estadístico descriptivo donde se realizan tablas de frecuencias con porcentajes, tablas dinámicas, gráficas de tortas, logrando obtener resultados y realizar la comparación correspondiente para identificar si hay o no síndrome de burnout.

6. RESULTADOS

6.1 Aspectos Sociodemográficos

6.1.1 Género

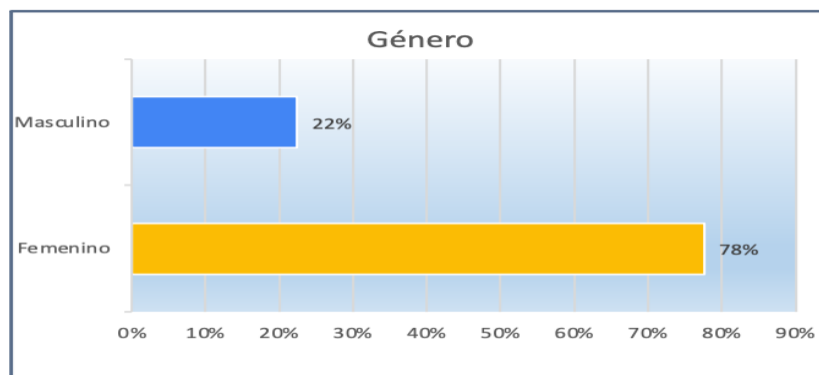


Figura 6. Variable Género
Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la figura 6, para la variable género se encontró que predominó el sexo femenino representado en un **78%** (45 mujeres) y en menor proporción el sexo masculino con un 22% (13 hombres).

6.1.1.2 Edad

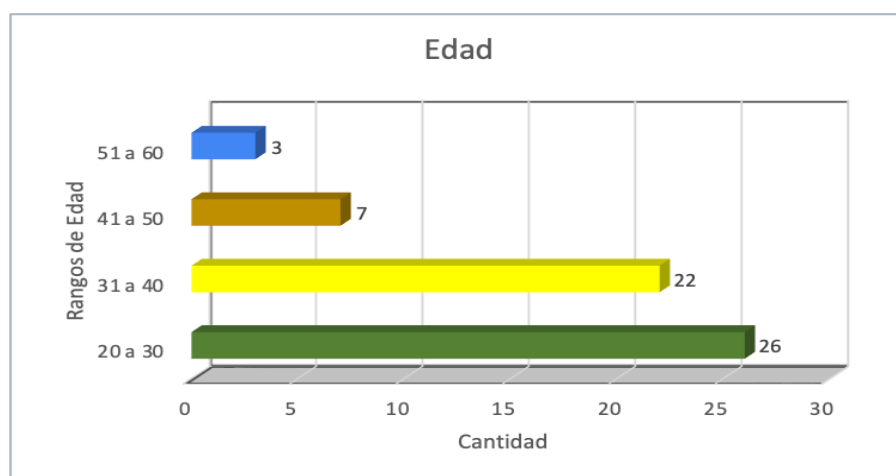


Figura 7. Variable Edad
Fuente: Elaboración Propia

Como se indica en la figura 7, en la variable edad, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra estuvo en el rango de 20 a 30 años correspondiente al 45% (26 participantes), seguido con un 38% (22 participantes) el rango entre 31 a 40 años. Con menor participación los rangos de edades entre 41 a 50 años con el 12% (7 participantes) y de 51 a 60 años con el 5% (3 participantes).

6.1.1.3 Estado Civil

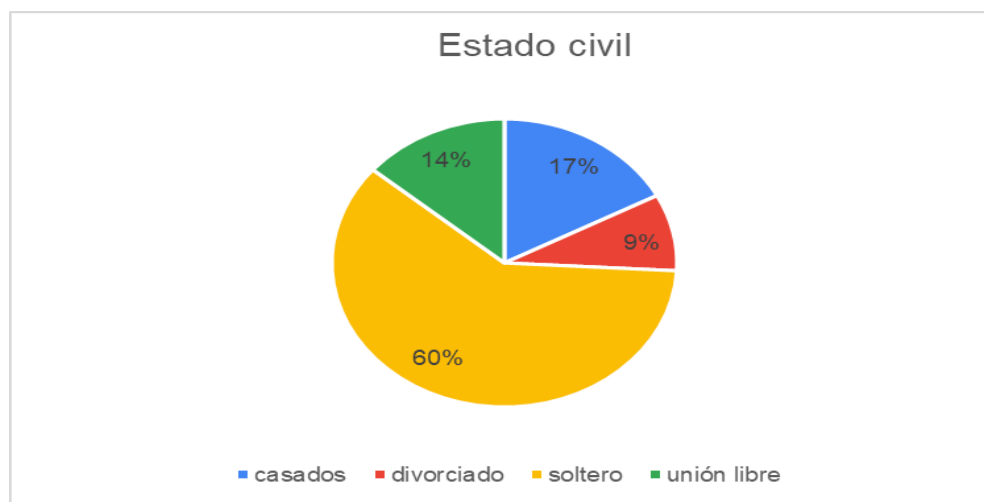


Figura 8. Variable Estado Civil
Fuente: Elaboración Propia

Como se muestra en la figura 8, en la variable estado civil, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra correspondió al 60% (35 personas) donde la población es soltera, seguido por un 17% (10 personas) las cuales eran casadas, el 14% (8 personas) conviven en unión libre, y el estado civil divorciado representó el menor porcentaje de la muestra, con un 9% que equivale a (5 personas).

6.1.1.4 Tipo de Contrato Laboral

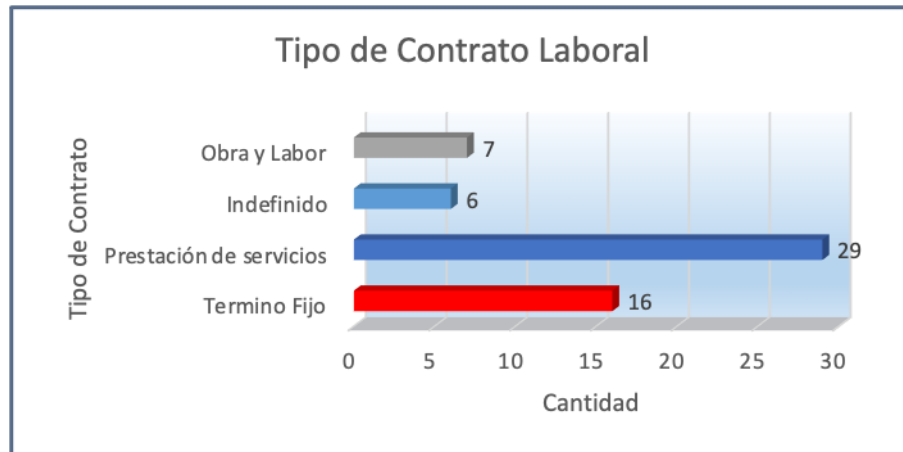


Figura 9. Variable Tipo de Contrato Laboral
Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la figura 9, con relación a la variable tipo de contrato laboral se encontró que un 50% de los colaboradores (29 personas) tienen un contrato por prestación de servicios, un 28% (16 personas) a termino fijo, por obra y labor un 12% (7 personas) y contratos a termino indefinido solo el 10% (6 personas).

6.1.1.5 Estrato Socio Económico

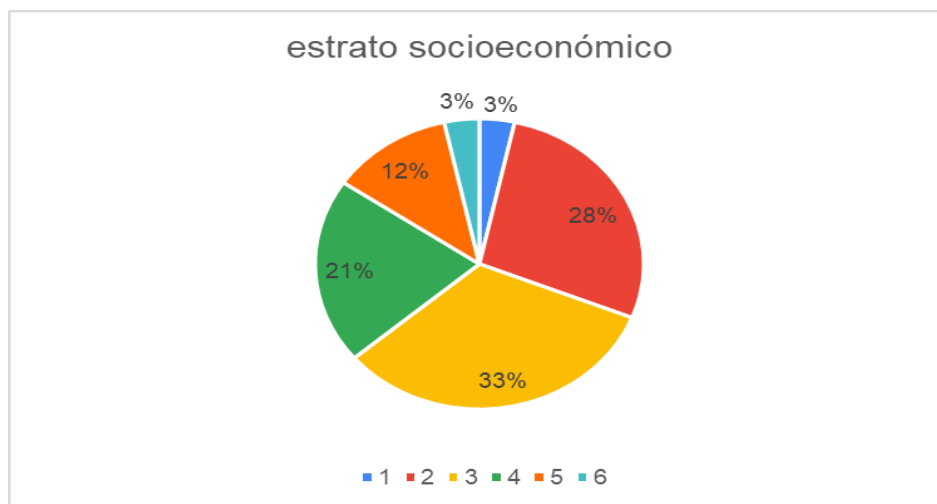


Figura 10. Variable Estrato Socio Económico
Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la variable estrato socioeconómico, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra en el estrato 3 con un 33% (19 personas), el estrato 2 con un 28% (16 personas), el estrato 4 con un 21% (12 personas). El estrato 5 con un 12% (7 personas). Y con una menor participación los estratos 1 y 6 representaron un 3% de la muestra (2 personas), como se puede evidenciar en la figura 10.

6.1.1.6 Profesión u Oficio

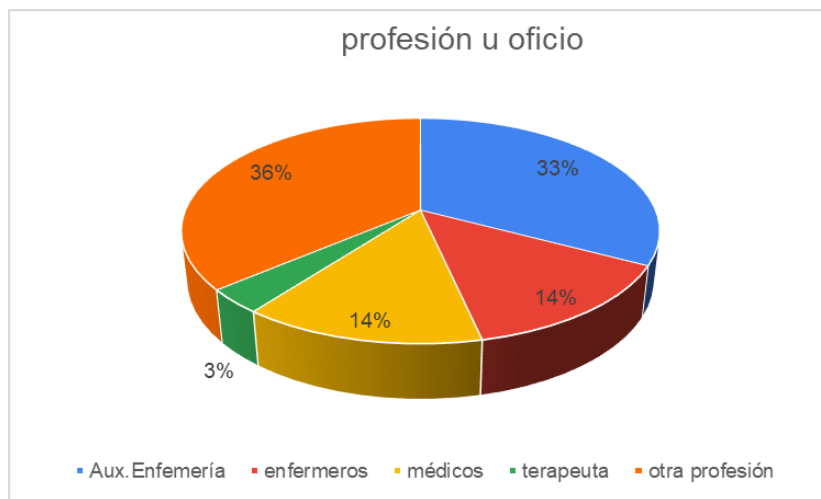


Figura 11. Variable Profesión u Oficio
Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo con la figura 11, en la variable profesión u oficio se encontró que las carreras administrativas representan el porcentaje más alto con un 36% (21 personas), auxiliar de enfermería con un 33 % (19 personas), seguido por enfermería profesional y médicos generales con un 14% equivalentes a (8 personas). Con menor participación terapeutas con un 3% correspondiente a 2 personas.

6.1.1.7 Horas Laboradas a la Semana

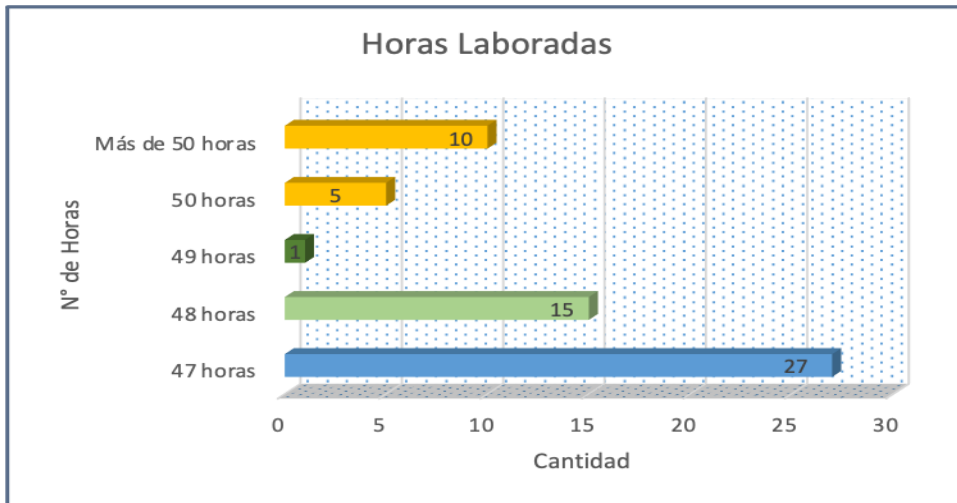


Figura 12. Variable Horas Laboradas
Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la variable horas laboradas a la semana, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra corresponde al 47% de los colaboradores (27 personas) quienes trabajaban 47 horas a la semana, seguido con un 26% de los colaboradores (15 personas) quienes laboraban 48 horas a la semana, el 2% (1 persona) trabajaba 49 horas a la semana, el 9% (5 personas) trabajaba 50 horas a la semana y el 17% (10 personas) trabajaba más de 50 horas a la semana, como se evidencia en la figura 12.

6.1.1.8 Área de Trabajo

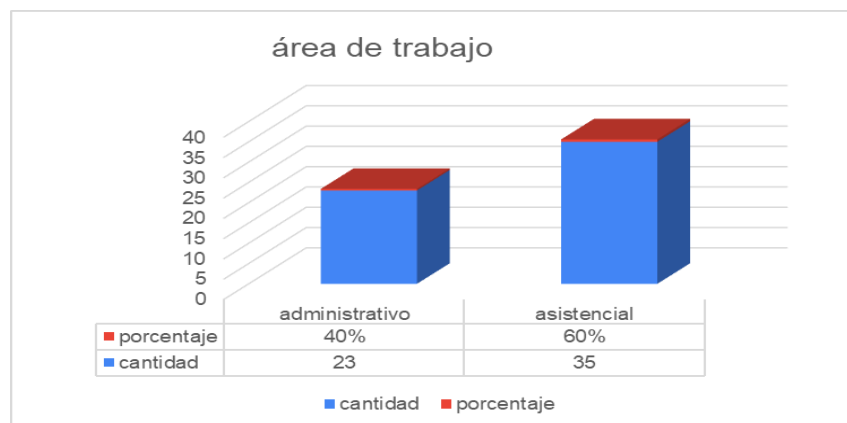


Figura 13. Variable Área de Trabajo
Fuente: Elaboración Propia

Como se muestra en la figura 13, en la variable área de trabajo, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra está en el área asistencial con 35 empleados representada en un 60%. Y el área administrativa representó menor participación con 23 empleados, equivalente al 40% del total de la muestra.

6.1.1.9 Años de antigüedad en la empresa

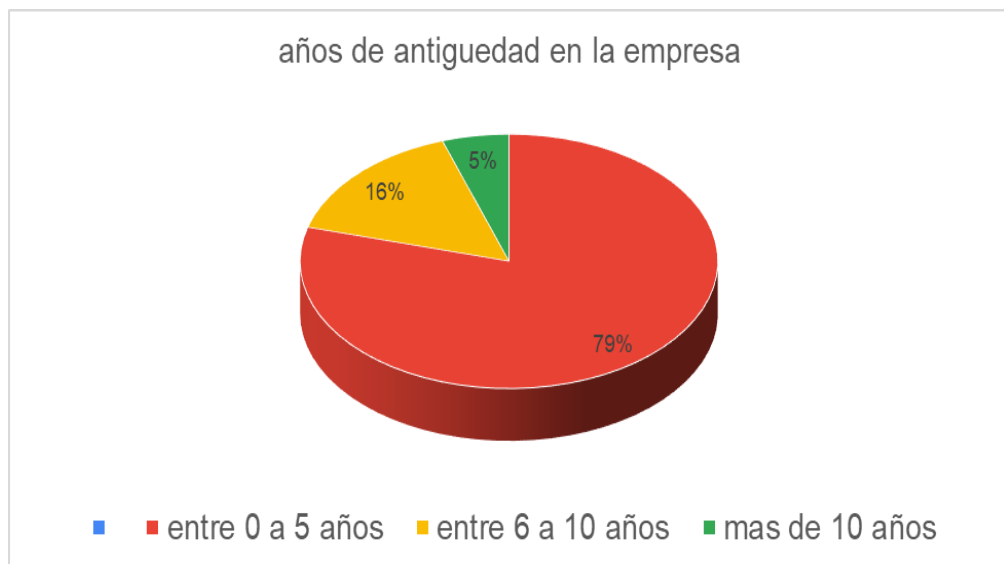


Figura 14. Variable Años de antigüedad en la empresa
Fuente: Elaboración Propia

Como se indica en la figura 14, en la variable años de antigüedad en la empresa, se encontró que el 79% llevaba laborando entre 0 y 5 años (46 empleados), entre 6 y 10 años el 16% que corresponde a (9 empleados), y solo el 5 % había laborado más de 10 años (3 empleados).

6.2 Análisis Dimensiones

A continuación, se describen los resultados obtenidos para las tres dimensiones del SB, a partir de la aplicación del cuestionario MBI-Human Services Survey (MBI-HSS).

6.2.1 Agotamiento Emocional

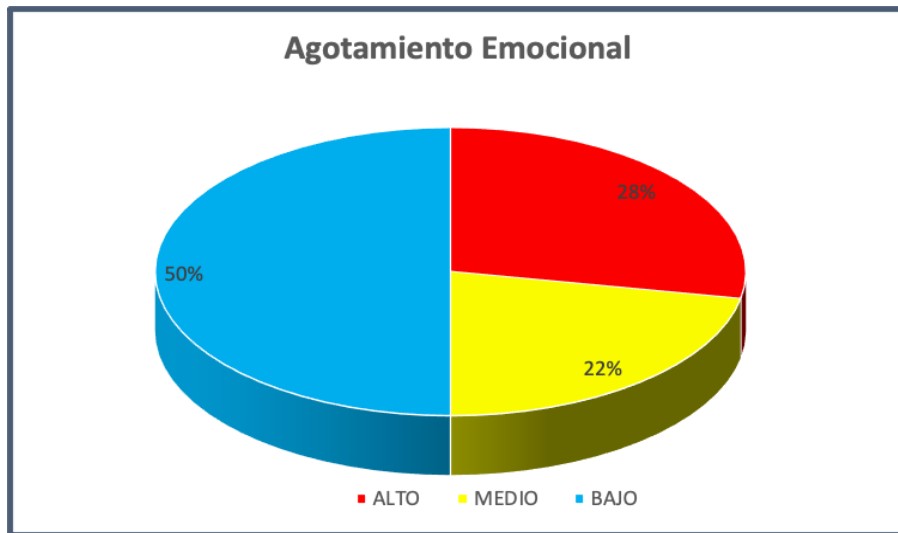


Figura 15. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional
Fuente: Elaboración Propia

Como se identifica en la figura 15, del total de las 58 personas se evidenció en la dimensión de agotamiento emocional que el 28 % de los colaboradores (16 personas) se encontró en un nivel alto de agotamiento, mientras que el 22% (13 personas) se encontró en un nivel medio y grado bajo un 50% que correspondió a (29 personas)

6.2.2 Despersonalización



Figura 16 Interpretación Dimensión Despersonalización
Fuente: Elaboración Propia

Como se identifica en la figura 16, del total de las 58 personas se evidenció en la dimensión de despersonalización que el 9% de los colaboradores (5 personas) se encontró en un nivel alto de despersonalización, mientras que el 28% (16 personas) se encontró en un nivel medio y grado bajo un 64% que correspondió a (37 personas).

6.2.3 Realización personal

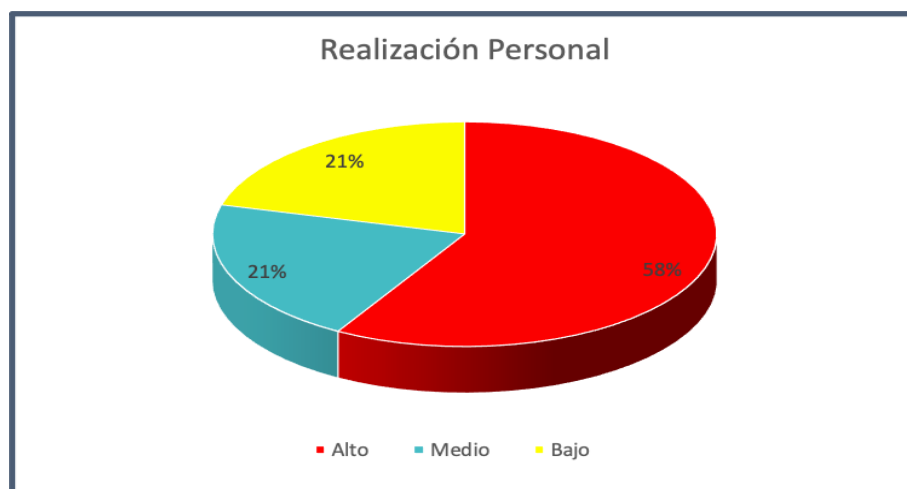


Figura 17. Interpretación Dimensión Realización Personal
Fuente: Elaboración Propia

Como se identifica en la figura 17, del total de las 58 personas, se evidenció en la dimensión de realización personal que el 58% de los colaboradores (34 personas) se encontró en un nivel alto de realización personal, mientras que el 21% (12 personas) se encontró en un nivel medio y grado bajo un 21% que correspondió a (12 personas).

6.3 Análisis Dimensiones de SB con variables sociodemográficas y laborales

Para el análisis de las 3 dimensiones del SB, se realizaron en Excel tablas dinámicas donde se agruparon las dimensiones y se cruzaron con 3 variables sociodemográficas significativas en el estudio y 3 variables laborales, a continuación, se presentan los resultados así:

Tabla 4. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Edad
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Rango Edad			
Rangos de edad	RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Total	Porcentajes
20 a 30 años RANGO A	ALTO	8	31%
	BAJO	14	54%
	MEDIO	4	15%
Total A		26	45%
31 a 40 años RANGO B	ALTO	8	36%
	BAJO	8	36%
	MEDIO	6	27%
Total B		22	38%

41 a 50 años RANGO C	BAJO	5	71%
	MEDIO	2	29%
Total C		7	12%
51 a 60 años RANGO D	BAJO	2	67%
	MEDIO	1	33%
Total D		3	5%
Total		58	

Como se indica en la tabla 4, para la variable edad de 20 a 30 años (rango A) la dimensión de agotamiento emocional presentó 14 personas con nivel bajo. 4 personas con nivel de agotamiento emocional medio y 8 personas con nivel alto. Para el rango de edad de 31 a 40 años (rango B) la dimensión de agotamiento emocional presento 8 personas con nivel bajo, 6 personas con nivel de agotamiento emocional medio y 8 personas con nivel alto. Mientras que en el rango de edad entre 41 a 50 años (rango C) la dimensión de agotamiento emocional presento 2 personas en nivel de agotamiento emocional medio y 5 persona en nivel bajo. Y finalmente en el rango de edad de 51 a 60 años (rango D) la dimensión de agotamiento emocional presento 2 personas en nivel de agotamiento emocional bajo y 1 persona en nivel medio.

De acuerdo con la gráfica. con relación a la variable tipo de contrato laboral se encontró que un 50% de los colaboradores (29 personas) tienen un contrato por prestación de servicios, un 28% (16 personas) a término fijo, por obra y labor un 12% (7 personas) y contratos a término indefinido solo el 10% (6 personas).

Tabla 5. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Estado Civil
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Estado Civil			
RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Estado Civil	Total	Porcentaje
ALTO	Casado	3	5%
	Soltero	11	19%
	Unión Libre	2	3%
BAJO	Casado	4	7%
	Divorciado	5	10%
	Soltero	16	27%
	Unión Libre	4	7%
MEDIO	Casado	3	5%
	Soltero	8	14%
	Unión Libre	2	3%
Total		58	

Como se muestra en la tabla 5, en la variable estado civil con relación a la dimensión de agotamiento emocional se encontró que: 5 personas casadas, 11 soltero: y 2 personas en unión libre que presentaron agotamiento emocional en niveles altos. Para el rango de agotamiento emocional medio se encontró que; 3 personas casadas. 8 personas soltero: y en 2 personas en unión Libre. Y con relación al rango bajo de agotamiento se encontró; 4 personas Casado. 16 personas Soltero. 4 personas en Unión Libre: y 5 personas Divorciadas.

En este estudio se demuestra Se demuestra que el estado civil soltero representó el 27% de la muestra estando en rango bajo de agotamiento emocional, lo que puede sugerir que el estado civil soltero es un factor protector de agotamiento emocional.

Tabla 6. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Género
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Género			
RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Género	Total	Porcentajes
ALTO	Femenino	15	26%
	Masculino	1	2%
BAJO	Femenino	21	36%
	Masculino	8	14%
MEDIO	Femenino	9	16%
	Masculino	4	7%
Total		58	

Como se indica en la tabla 6, para la variable género se encontró 15 personas de sexo femenino y 1 persona de sexo masculino con altos índices de agotamiento emocional. Para el rango medio en la dimensión de agotamiento emocional se encontró 9 personas de sexo femenino y 4 personas de sexo masculino. Mientras que para el rango bajo de agotamiento emocional se encontró 21 personas de sexo femenino y 8 personas de sexo masculino.

En este estudio el agotamiento el género femenino presentó un agotamiento emocional general en nivel bajo con un porcentaje de 36%, pero es también significativo el porcentaje que se encuentra en nivel alto de agotamiento con un 26%, lo cual nos sugiere que se requiere realizar una intervención o alerta al género femenino

Tabla 7. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional-Variable Tipo de Contrato
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Tipo de Contrato			
RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	¿Qué tipo de contrato laboral tiene?	Total	Porcentajes
ALTO	indefinido	2	3%
	Obra y Labor	1	2%
	Prestación de servicios	9	16%
	Termino Fijo	4	7%
BAJO	indefinido	3	5%
	Obra y Labor	6	10%
	Prestación de servicios	14	24%
	Termino Fijo	6	10%
MEDIO	indefinido	1	2%
	Prestación de servicios	6	10%
	Termino Fijo	6	10%
Total		58	

Como se indica en la tabla 7 para la variable de tipo de contratación se encontró lo siguiente: Contrato Indefinido 2 personas. Obra y Labor 1 persona. Prestación de Servicios 9 personas y Termino Fijo 4 personas con niveles de agotamiento emocional en alto. Para el nivel de agotamiento emocional medio se encontró lo siguiente: Contrato Indefinido 1 persona. Prestación de Servicios 6 personas y Termino Fijo 6 personas. Mientras para el nivel bajo de agotamiento emocional bajo se encontró para el tipo de Contrato Indefinido 3 personas. Obra y Labor 6 personas. Prestación de Servicios 14 personas y Termino Fijo 6 personas. En este estudio el agotamiento

emocional relacionado con el tipo de contrato se encontró en niveles bajos con mayor prevalencia con un porcentaje de 24% para el contrato de prestación de servicios, pero es significativo y de alerta que el 16% que están por prestación de servicios se encontraron en estado alto de agotamiento.

Tabla 8. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional- Horas Laborales
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Horas Laborales			
RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	¿Cuántas horas labora a la semana?	Total	Porcentajes
ALTO	47 horas	3	5%
	48 horas	5	9%
	50 horas	3	5%
	Más de 50 horas	5	9%
BAJO	47 horas	17	29%
	48 horas	7	12%
	49 horas	1	2%
	50 horas	1	2%
	Más de 50 horas	3	5%
MEDIO	47 horas	7	12%
	48 horas	3	5%
	50 horas	1	2%
	Más de 50 horas	2	3%
Total		58	

Como se indica en la tabla 8 para la variable de horas laborales se encontró un índice alto de agotamiento emocional; para un total de 47 horas laborales encontramos 3 personas. Para 48 horas 5 personas. Para 50 horas tenemos 3 personas y para más de 50 horas laborales encontramos 5 personas. Para el nivel medio de agotamiento

emocional por horas laborales se encontró para 47 horas laborales 7 personas. Para 48 horas 3 personas. Para 50 horas laborales 1 persona y para más de 50 horas laborales encontramos 2 personas. Mientras que para el nivel de agotamiento emocional bajo se presentó para un total de 47 horas laborales 17 personas. Para 48 horas 7 personas. para 49 horas encontró 1 persona. Para 50 horas tenemos 1 persona y para más de 50 horas laborales se encontró 3 personas. En este estudio el número de horas laborales demostró que el rango de agotamiento emocional en mayor porcentaje se encuentra nivel bajo teniendo la mayor prevalencia 47 horas laborales que indicaron el 29%, seguidos de 48 horas con un porcentaje de 12%, lo cual no es significativo para hablar de agotamiento emocional por horas laborales.

Tabla 9. Interpretación Dimensión Agotamiento Emocional- Área de Trabajo
Fuente: Elaboración Propia

Agotamiento Emocional- Área de Trabajo			
RANGO AGOTAMIENTO EMOCIONAL	¿En qué área de trabajo se desempeña dentro de la organización?	Total	Porcentajes
ALTO	Administrativo	8	14%
	Asistencial	8	14%
BAJO	Administrativo	11	19%
	Asistencial	18	31%
MEDIO	Administrativo	4	7%
	Asistencial	9	16%
Total		58	

Como se indica en la tabla 9 para la variable de área de trabajo se encontró un índice alto de agotamiento emocional en el personal administrativo 8 personas y en el

área asistencial 8 personas con la dimensión de agotamiento emocional alta. Para el rango medio de agotamiento se identificó en el personal administrativo 4 personas y en el área asistencial 9 personas. Mientras que para el rango bajo de agotamiento emocional se identificó en el personal administrativo 11 personas y en el área asistencial 18 personas. En este estudio se identifica la prevalencia de agotamiento emocional se evidenció en el área asistencial, ya que es mayor el número de colaboradores que se desempeñan en esta, reflejando un porcentaje del 31% en el área asistencial ubicándose en un nivel bajo de agotamiento, pero es de resaltar que el nivel medio ocupa un 16% y alto un 14% de índices de agotamiento emocional.

Tabla 10. Interpretación Dimensión despersionalización-Variable Edad
Fuente: Elaboración Propia

despersionalización-Variable Edad			
Rangos de edad	rango despersionalización	Total	Porcentaje
A	ALTO	3	5%
	BAJO	15	26%
	MEDIO	8	14%
Total A		26	
B	ALTO	2	3%
	BAJO	14	24%
	MEDIO	6	10%
Total B		22	
C	BAJO	5	9%
	MEDIO	2	3%
Total C		7	
D	BAJO	3	5%

Total D		3	5%
Total general		58	

Como se indica en la tabla 10, para la variable edad de 20 a 30 años (rango A) la dimensión de despersonalización 15 personas con nivel bajo. 8 personas con nivel de despersonalización medio y 3 personas con nivel alto. Para el rango de edad de 31 a 40 años (rango B) la dimensión despersonalización 14 personas con nivel bajo, 6 personas con nivel de despersonalización medio y 2 personas con un nivel de despersonalización alto. Mientras que en el rango de edad entre 41 a 50 años (rango C) la dimensión despersonalización presento 2 personas en nivel de despersonalización medio y 5 persona en nivel bajo. Y finalmente en el rango de edad de 51 a 60 años (rango D) la dimensión de despersonalización presento 3 personas en nivel de despersonalización bajo.

Se pudo observar que en el rango de edad de 20 a 30 años el porcentaje de despersonalización es bajo con un 26% y en el rango de edad entre 31 y 40 años con un 24% de despersonalización baja, lo cual nos indicó que en estos rangos de edad esta menos expuesta a presentar despersonalización en la institución

Tabla 11. Interpretación Dimensión de despersonalización-Variable Estado Civil
Fuente: Elaboración Propia

Despersonalización- variable estado civil			
rango despersonalización	Estado Civil	Total	Porcentaje
ALTO	Soltero	4	7%
	Unión Libre	1	1%
BAJO	Casado	6	10%
	Divorciado	5	9%
	Soltero	20	34%
	Unión Libre	6	10%
MEDIO	Casado	4	7%
	Soltero	11	19%
	Unión Libre	1	1%
Total		58	

Como se muestra en la tabla 11, en la variable estado civil con relación a la dimensión de despersonalización se encontró que 4 solteros y 1 personas en unión libre tienen una despersonalización alta. Para el rango de despersonalización medio se encontró que 7 personas casadas, 11 personas solteras y 1 persona en unión libre se encuentran en este rango. Y con relación al rango de despersonalización bajo frente al estado civil se encontró que, 6 personas casadas, 5 divorciadas, 1 solteros y 6 personas en unión libre tienen una despersonalización baja.

En el estudio se pudo que las personas solteras presentaron bajos niveles despersonalización, ya que el 34 % de la población (20 solteros), presento un rango bajo, así como un 11% (19 solteros) en el rango medio de despersonalización

Tabla 12. Interpretación Dimensión despersonalización-Variable Género
Fuente: Elaboración Propia

Despersonalización – variable género			
rango despersonalización	Género	Total	Porcentaje
ALTO	Femenino	5	9%
BAJO	Femenino	31	31%
	Masculino	6	10%
MEDIO	Femenino	9	16%
	Masculino	7	12%
Total		58	

Como se muestra en la tabla 12, para la variable género se encontró 25 personas de sexo femenino y 0 personas de sexo masculino con altos índices de despersonalización. Para el rango medio de la dimensión de despersonalización se encontraron 9 personas de sexo femenino y 7 personas de sexo masculino, y para el rango bajo de despersonalización se encontraron 31 personas de sexo femenino y 6 personas de sexo masculino.

Los rangos de género en el sexo femenino son bajos, ya que se presentó un 53%, (31 mujeres) con bajo nivel, más del 50% de la muestra, y en los rangos medios de despersonalización se presentó un porcentaje del 16% (9 mujeres), lo que nos indicó que la despersonalización en el sexo femenino es mínima. Teniendo en cuenta que la población es de 45 mujeres y 13 hombres.

Tabla 13. Interpretación Dimensión despersonalización-Variable Tipo de Contrato
Fuente: Elaboración Propia

Despersonalización – variable tipo de contrato			
rango despersonalización	¿Qué tipo de contrato laboral tiene?	Total	Porcentaje
ALTO	indefinido	1	2%
	Obra y Labor	1	2%
	Prestación de servicios	2	3%
	Termino Fijo	1	2%
BAJO	indefinido	5	9%
	Obra y Labor	6	10%
	Prestación de servicios	15	26%
	Termino Fijo	11	19%
MEDIO	Prestación de servicios	12	21%
	Termino Fijo	4	7%
Total		58	

Como se indica en la tabla 13 para la variable de tipo de contratación se encontró lo siguiente: Contrato Indefinido 1 personas. Obra y Labor 1 persona. Prestación de Servicios 2 personas y Termino Fijo 1 personas con niveles de despersonalización en alto nivel. Para el nivel de despersonalización medio se encontró lo siguiente: Contrato Prestación de Servicios 12 personas y Termino Fijo 4 personas. Mientras para el nivel bajo de despersonalización se encontró para el tipo de Contrato Indefinido 5 personas. Obra y Labor 6 personas. Prestación de Servicios 15 personas y Termino Fijo 11 personas.

El nivel de despersonalización más bajo se encontró en los colaboradores que tienen un contrato por prestación de servicios con un porcentaje del 26% (15

personas), seguido de un rango medio el cual tuvo 21% (12 personas) con contrato por prestación de servicios, lo cual se observó que los colaboradores que tuvieron este tipo de contrato presentan menos riesgo de presentar despersonalización.

Tabla 14. Interpretación Dimensión Despersonalización- Horas Laborales
Fuente: Elaboración Propia

Despersonalización – variable horas laborales			
rango despersonalización	¿Cuántas horas labora a la semana?	Total	Porcentaje
ALTO	47 horas	1	2%
	48 horas	3	5%
	49 horas	1	2%
BAJO	47 horas	21	36%
	48 horas	8	14%
	50 horas	2	3%
	Más de 50 horas	6	10%
MEDIO	47 horas	5	9%
	48 horas	4	7%
	50 horas	3	5%
	Más de 50 horas	4	7%
Total		58	

Como se indica en la tabla 14 para la variable de horas laborales se encontró un índice alto de despersonalización; para un total de 47 horas laborales encontramos 1 personas. Para 48 horas 3 personas. Para 49 horas tenemos 1 personas. Para el nivel medio de despersonalización por horas laborales se encontró para 47 horas laborales 5 personas. Para 48 horas 4 personas. Para 50 horas laborales 3 persona y para más de 50 horas laborales encontramos 4 personas. Mientras que para el nivel de despersonalización bajo se presentó

para un total de 47 horas laborales 21 personas. Para 48 horas 8 personas. Para 50 horas tenemos 2 personas y para más de 50 horas laborales se encontró 6 personas.

Como se muestra en la tabla se evidenció que las personas que laboran entre 47 y 48 horas tienen el rango más bajo de despersonalización, ya que representan un 36% (21 personas) y un 14%(8 personas), lo que indicó que en estos rangos de horas laboradas es más baja la despersonalización.

Tabla 15. Interpretación Dimensión Despersonalización- Área de Trabajo
Fuente: Elaboración Propia

Despersonalización – variable área de trabajo			
rango despersonalización	¿En qué área de trabajo se desempeña dentro de la organización?	Total	Porcentaje
ALTO	Administrativo	2	3%
	Asistencial	3	5%
BAJO	Administrativo	15	26%
	Asistencial	22	38%
MEDIO	Administrativo	6	10%
	Asistencial	10	17%
Total		58	

Como se indica en la tabla 15 para la variable de área de trabajo se encontró un índice alto de despersonalización en el personal administrativo 2 personas y en el área asistencial 3 personas. Para el rango medio de despersonalización se identificó en el personal administrativo 6 personas y en el área asistencial 10 personas. Mientras que para el rango bajo de despersonalización se identificó en el personal administrativo 15 personas y en el área asistencial 22 personas.

En la dimensión de despersonalización en el área administrativa y asistencial se observó que los rangos fueron bajos, ya que se contó con un 38% (22 personas) en el área asistencial y 26% (15 personas) en el área administrativa, lo que indico que los niveles de esta dimensión son bajos en comparación con la población de la muestra

Tabla 16. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Edad
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable Edad			
Rangos de edad	RANGO REALIZACION PERSONAL	Total	PORCENTAJE
20 a 30 años RANGO A	ALTO	13	22%
	BAJO	8	14%
	MEDIO	5	9%
Total A		26	45%
31 a 40 años RANGO B	ALTO	12	21%
	BAJO	4	7%
	MEDIO	6	10%
Total B		22	38%
41 a 50 años RANGO C	ALTO	6	10%
	MEDIO	1	2%
Total C		7	12%
51 a 60 años RANGO D	ALTO	3	
Total, D		3	5%
Total		58	

De acuerdo con la tabla 16, para la variable rango de edad se encontró que; en el rango de 20 a 30 años (rango A) la dimensión de realización personal presentó 8 personas con nivel bajo, 5 personas con nivel de realización personal medio y 13 personas con nivel alto. Para el rango de edad de 31 a 40 años (rango B) la dimensión de realización personal presentó 4 personas con nivel bajo, 6 personas con nivel de realización personal medio y 12 personas con nivel alto. Para el rango de edad entre 41 a 50 años (rango C) la dimensión de realización personal presento 1 persona en nivel medio y 6 personas en nivel alto. Finalmente, en el rango de edad de 51 a 60 años (rango D) la dimensión de realización personal presentó 3 personas en nivel de alto.

En este estudio se demuestra que la dimensión de realización personal para los 4 rangos de edad se encontraron en un nivel alto, sin embargo, el nivel de realización personal bajo presentó del total de la muestra un 21%, donde el rango de edad de 20 a 30 años reflejó un porcentaje significativo de baja realización personal, este comportamiento puede aludirse a que los participantes dentro de éste rango de edad que se encuentran en su ciclo laboral de mayor productividad, pueden presentar sentimientos y actitudes negativas en su trabajo, haciendo que se sientan estancados por falta de reconocimiento y participación en el desempeño de sus funciones.

Tabla 17. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Estado Civil
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable Estado Civil			
RANGO REALIZACION PERSONAL	Estado Civil	Total	Porcentaje
ALTO	Casado	5	9%
	Divorciado	4	7%
	Soltero	22	38%
	Unión Libre	3	5%
BAJO	Casado	2	3%
	Divorciado	1	2%
	Soltero	5	9%
	Unión Libre	4	7%
MEDIO	Casado	3	5%
	Soltero	8	14%
	Unión Libre	1	2%
Total		58	

Como se muestra en la tabla 17, en la variable estado civil con relación a la dimensión de realización personal se encontró que; 5 personas casadas, 4 divorciados, 22 solteros y 3 personas en unión libre tienen una realización personal alta (es decir, entre 40 y 56 puntos). Para el rango de realización personal medio (entre 34 y 39 puntos) se encontró que 3 personas casadas, 8 personas solteras y 1 persona en unión libre se encuentran en este rango. Y con relación al rango de realización personal bajo frente al estado civil se encontró que, 2 personas casadas, 1 divorciado, 5 solteros y 4 personas en unión libre tienen una realización personal baja (es decir, entre 0 y 33 puntos). En este estudio se demostró que los solteros representaron el 38% de la

muestra con un rango de realización personal alta, por lo tanto, se puede indicar que el estado civil soltero es un factor incidente en desarrollar un nivel de realización personal alto.

Tabla 18. Interpretación Dimensión Realización Personal-Variable Género
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable Género			
RANGO REALIZACION PERSONAL	Género	Total	Porcentaje
ALTO	Femenino	27	47%
	Masculino	7	12%
BAJO	Femenino	10	17%
	Masculino	2	3%
MEDIO	Femenino	8	14%
	Masculino	4	7%
Total		58	

Como se muestra en la tabla 18, para la variable género se encontró 27 personas de sexo femenino y 7 personas de sexo masculino con altos índices de realización personal. Para el rango medio de la dimensión de realización personal se encontraron 8 personas de sexo femenino y 4 personas de sexo masculino, y para el rango bajo de realización personal se encontraron 10 personas de sexo femenino y 2 personas de sexo masculino. Es este estudio se observa que el género femenino tiene un rango de realización alto, representado en un 47% de la muestra, sin embargo, no es posible

inferir que el género femenino haya obtenido un porcentaje más alto de realización personal frente al género masculino, debido a que la muestra no fue uniforme para ambos géneros, donde las mujeres representaron un 77% del total de la muestra y los hombres estuvieron representados tan solo por un 33%.

Tabla 19. Interpretación Dimensión Realización Personal-Área de Trabajo
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable área de trabajo			
RANGO DE REALIZACIÓN PERSONAL	AREA DE TRABAJO	TOTAL	PORCENTAJES
ALTO	Administrativo	13	22%
	Asistencial	21	36%
BAJO	Administrativo	4	7%
	Asistencial	8	14%
MEDIO	Administrativo	6	10%
	Asistencial	6	10%
Total		58	

Como se muestra en la tabla para la variable área de trabajo, se encontró que en el área administrativa 13 personas presentaron alto índice de realización personal, 6 se encuentra en medio y 4 personas no se sienten realizadas, mientras que en el área asistencial 21 personas se sienten realizadas en cuanto a su vida personal, 6 personas se encuentran en nivel medio y 8 personas se encuentran insatisfechas o no se encuentran realizadas personalmente. En estudio se observó que el rango de realización personal es más alto en el área de trabajo asistencial representado en 36%,

de la muestra recolectada, en el área administrativo el porcentaje fue de 22%, con esto no podemos decir que las personas del área administrativa no se sienten realizadas, ya que la población asistencial fue más grande con una representación total del 60%.

Tabla 20. Interpretación Dimensión Realización Personal-Tipo de Contrato
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable tipo de contrato			
RANGO DE REALIZACIÓN PERSONAL	TIPO DE CONTRATO LABORAL	TOTAL	PORCENTAJES
ALTO	indefinido	4	7%
	Obra y Labor	3	5%
	Prestación de servicios	19	33%
	Termino Fijo	8	14%
BAJO	indefinido	1	2%
	Obra y Labor	3	5%
	Prestación de servicios	3	5%
	Termino Fijo	5	9%
MEDIO	indefinido	1	2%
	Obra y Labor	1	2%
	Prestación de servicios	7	12%
	Termino Fijo	3	5%
Total		58	

Como se muestra en la tabla para la variable tipo de contrato laboral, se encontró que 19 personas con contrato por prestación de servicios, 8 personas con contrato a término fijo, 4 personas con contrato a término indefinido y 3 personas con contrato por obra labor tienen un nivel alto de realización personal, por otro lado se pudo evidenciar

que 7 personas con contrato por prestación de servicios, 3 a término fijo, 1 persona por obra labor y término indefinido se encuentran en nivel medio de realización personal y finalmente 5 personas a término fijo, 3 por obra labor, 3 por prestación de servicio y 1 persona con contrato a término indefinido no se encuentran realizadas personalmente según estos tipos de contratación. En este estudio se observó que el tipo de contrato más común es por prestación de servicios, con un 33%, estos datos son consistentes con las tendencias laborales, esto se debe a que estos contratos ofrecen a las empresas mayor flexibilidad, ya que no están sujetos a las mismas normas que los contratos laborales tradicionales.

Tabla 21. Interpretación Dimensión Realización Personal-Horas Laboral
Fuente: Elaboración Propia

Realización Personal – Variable horas laboradas			
RANGO DE REALIZACIÓN PERSONAL	HORAS LABORADAS A LA SEMANA	TOTAL	PORCENTAJES
ALTO	47 horas	17	29%
	48 horas	10	17%
	50 horas	2	3%
	Más de 50 horas	5	9%
BAJO	47 horas	6	10%
	48 horas	2	3%
	49 horas	1	2%
	50 horas	2	3%
MEDIO	Más de 50 horas	1	2%
	47 horas	4	7%
	48 horas	3	5%
	50 horas	1	2%
Total	Más de 50 horas	58	

Como se muestra en la tabla, se evidenció que, según las horas laboradas a la semana, las personas que trabajan menos se encuentran en un nivel más alto de realización personal, 17 personas que laboran 47 horas semanales, 10 personas que laboran 48 horas semanales, 5 personas que laboran más de 50 horas a la semana y 2 que laboran 50 horas a la semana. El número de personas para el rango de realización personal medio y bajo es muy similar 12 personas en medio y 11 personas en nivel de realización personal bajo.

En este estudio se observó un alto porcentaje un alto porcentaje de trabajadores con jornadas de 47 horas semanales 29%, con esto podemos decir que muchas empresas en Colombia se están rigiendo a las leyes, optando por esta modalidad de jornada laboral, que permite a los trabajadores tener más tiempo libre. Sin embargo, hay una minoría de personas que trabajan más de 50 horas semanales, lo que puede ser una preocupación para la salud y el bienestar de los trabajadores.

6.4 ANALISIS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación realizada se deben destacar los siguientes hallazgos obtenidos. Primero, se pudo determinar; una baja prevalencia de las diferentes dimensiones de burnout en los profesionales de la salud y personal administrativo en la institución de salud mental objeto de estudio, la dimensión agotamiento emocional en un nivel bajo el 50%, la dimensión despersonalización en un nivel bajo el 64% y el nivel de realización personal en un nivel alto en un 58% de la población. En segundo lugar, es importante tener en cuenta que a pesar que las tres dimensiones puntuaron una baja prevalencia en la mayoría de la población, se encuentran datos que son significativos de agotamiento emocional en nivel alto del 28 % y medio de 22%, lo que se puede inferir que este porcentaje de la población se encuentra agotado emocionalmente y puede verse afectado en su calidad de vida y desempeño laboral.

Del mismo modo, en la presente investigación se pudo observar cómo determinados factores demográficos y laborales se encuentran asociados con la aparición de determinadas dimensiones del síndrome de burnout, por ejemplo, la variable tipo de contrato. El personal que tiene un contrato por prestación de servicios y tiene horas extensas laboradas han generado sentimientos de monotonía de su labor, conflicto de rol, interacción conflictiva y falta de cohesión. En un estudio realizado en Nueva Granada en el año 2019 sobre La prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en personal de enfermería en servicios del servicio de andaluz en salud. (45). Se

logra identificar un resultado similar, encontrando que las horas laboradas impactan en la prevalencia del síndrome de burnout.

Como se identificó en el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el equipo del estudio The COVID-19 Health Care workers study (Héroes), (9) en donde se demostró que la incidencia de SB es más notable por insatisfacción de los contratos laborales y horas extensas del personal de salud en Latinoamérica, donde no se cuenta con políticas establecidas para el mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

En relación a la variable género, existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres, donde se evidenció que las mujeres son más vulnerables a padecer agotamiento emocional, conclusión que se comparte en el estudio denominado “correlación entre el síndrome de burnout y clima laboral en los colaboradores asistenciales en el hospital departamental San Juan de Dios E.S.E de Riosucio”, (41). Con relación a la variable estado civil, se observa que ser soltero puede ser un factor de riesgo para presentar mayor agotamiento emocional.

No se logró evidenciar relación significativa entre el síndrome de burnout y la variable de edad, estos resultados son semejantes al estudio de “factores psicosociales y síndrome de burnout entre los profesionales de salud mental” de Amanda Sorce Moreira y Sergio Roberto de Lucca. (42)

De 58 trabajadores de la salud incluidos en el estudio solo 12 es decir el 20% se encuentran con niveles altos de burnout e insatisfacción personal respecto al trabajo actual, es una alerta de que el trabajo es demasiado pesado, las responsabilidades no están bien distribuidas y se ve reflejado en el cansancio de los colaboradores.

Para los trabajadores de la salud, los entornos laborales son principalmente divididos en dos, que son administrativo (que se refiere a trabajo de oficina) y asistencial (que se refiere al cuidado y atención directa del paciente), según los resultados del área asistencial el 30,7% de los trabajadores presentan niveles bajos de satisfacción personal, y en el área administrativa es menor con 17.3%, se puede decir entonces que el mayor grado de insatisfacción se da en las áreas asistenciales que en el área administrativa .

6.5 CONCLUSIONES

En la población que hizo parte del estudio predominó el sexo femenino representado en un 78% y en menor proporción el sexo masculino con un 22% .Con relación a la variable edad, se encontró que el mayor porcentaje estuvo en el rango de 20 a 30 años correspondiente al 45%, seguido con un 38%, con menor participación los rangos de edades superiores a los 41 años. Con relación a la variable estado civil, se encontró que la población soltera tiene el mayor porcentaje el cual correspondió al 60%. Respecto a la variable estrato socioeconómico, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra se encuentra en el estrato 3 con un 33%, el estrato 2 con un 28%, el estrato 4 con un 21% .

De acuerdo a las variables sociolaborales, se encontró que el personal en un 50% tienen un contrato por prestación de servicios, un 28% a termino fijo, por obra y labor un 12% y contratos a termino indefinido solo el 10% de la población. Con relación a la variable profesión u oficio se encontró que las carreras administrativas representan el porcentaje más alto con un 36% , auxiliar de enfermería con un 33 % , seguido por enfermería profesional y médicos generales con un 14%.

Respecto a la variable horas laboradas a la semana, se encontró que el mayor porcentaje de la muestra trabajan 47 horas a la semana con un 47%, seguido de los

colaboradores quienes laboran 48 horas a la semana con un 26% y el 27% trabaja mas de 49 horas a la semana. De acuerdo a la variable años de antigüedad en la empresa, se encontró que el 79% llevaba laborando entre 0 y 5 años, entre 6 y 10 años el 16, y solo el 5 % había laborado más de 10 años.

De acuerdo a las dimensiones del síndrome de burnout, en la dimensión agotamiento emocional el 28 % de los colaboradores se encontró en un nivel alto, el 22% en un nivel medio y en un nivel bajo el 50%. En la dimensión de despersonalización se encontró en un nivel alto el 9% y un nivel bajo un 64% que correspondió a la mayoría de la población. En la dimensión de realización personal que el 58% de los colaboradores se encontró en un nivel alto de realización personal, mientras que el 21% en un nivel bajo.

Es importante, resaltar que aunque hubo una baja prevalencia de las diferentes dimensiones de burnout (agotamiento emocional , despersonalización y realización personal) en los profesionales de la salud y personal administrativo en la institución de salud mental objeto de estudio, se deben realizar intervenciones frente al agotamiento emocional ya que es significativo para una población del sector de la salud un 28%, donde intervengan las áreas de Seguridad y Salud en el Trabajo y el área de Gestión humana de la institución.

6.6 RECOMENDACIONES

Para futuros estudios relacionados al tema de síndrome de burnout, se recomienda tomar una población de mayor tamaño y de diferentes empresas para hacer un comparativo entre la influencia de un sitio de trabajo y otro e identificar si el factor empresa es determinante.

Según los resultados de la investigación se recomienda la necesidad de desarrollar estrategias e intervenciones preventivas tanto individuales como grupales a corto a mediano y largo plazo, con el fin de identificar y diagnosticar a tiempo si los trabajadores están en riesgo o presentan síndrome de burnout, facilitando así niveles altos de bienestar e impactos positivos en la institución.

Anexar en el plan de capacitación anual con el que cuenta la institución programas de manejo del stress, esto ayudara a que los colaboradores puedan desarrollar habilidades para afrontar situaciones estresantes en el ambiente laboral y promover ambientes de autocuidado y bienestar conjunto donde se cuente con una red de apoyo para evitar el aumento de síntomas que den inicio al síndrome de burnout.

Anexo 1. Carta universidad



Manizales, 17 de agosto de 2023

Doctor
Juan Gabriel Bultrago Castro
Director Ejecutivo
Fundación Funpaz Ips Clínica de Salud Mental
Kilómetro 4 Vía Cuchilla Del Salado
3104401001 - 3330333946
fundacionfunpaz@gmail.com
Manizales, Caldas



No.20230817-2923-1

ASUNTO: Solicitud Autorización trabajo de Investigación

Cordial saludo:

En atención al Plan institucional 2018-2025 y teniendo en cuenta la mega 5; Desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad con referentes, de la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del Trabajo de Investigación de las estudiantes de la Especialización en Administración de Salud de la UCM: "Síndrome de burnout en el personal asistencial y administrativo de una clínica privada que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales"

El tiempo del proyecto para la fase de recolección de información será durante el segundo semestre del año 2023, a través de la aplicación del cuestionario MBI - HUMAN SERVICES SURVAY al personal administrativo y asistencial para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en la clínica.

El proyecto beneficiará a la institución toda vez que contará con un diagnóstico del síndrome de burnout en la población objeto de estudio, el cual es un insumo para cumplir con un requisito del Ministerio de Trabajo - resolución 2764 del 2022, donde se plantean los protocolos para la prevención e intervención del riesgo psicosocial, el cual debe ser medido de manera obligatoria y periódica, para diseñar políticas y estrategias que permitan su prevención y de esta manera mejorar la calidad de vida del personal de salud y la prestación del servicio.

Carrera 23 # 60 - 63 - Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX: (+57) 6 895 30 90 - direcco@ucm.edu.co - www.ucm.edu.co

Oficina de Apoyo
a la Investigación



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen



Las estudiantes entregarán a la Institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones.

Es importante aclarar que, desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para el personal de la organización, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. Se hará firmar el consentimiento informado para realizar la aplicación del cuestionario.

Las investigadoras se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues esta será manipulada solo con fines investigativos

El trabajo de investigación estará orientado por Mabel Ibarra Luna, docente de Investigación del Posgrado.

Relaciono las estudiantes interesadas en realizar este trabajo de investigación:

Diana Milena Alonso Salinas	C.C. 1.053.786.191
Yolima Córdoba Rentería	C.C. 1.078.178.381
Jennifer Paola Quimbayo Díaz	C.C. 1.110.460.857
Gina Alejandra Morales Aguirre	C.C. 1.053.819.890
Lina Marcela Valencia Medina	C.C. 1.053.777.717

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Cordialmente,

ALEJANDRA MARÍA GARAY SALAMANCA
Director (a) Especialización en Administración en Salud

Proyecto: ROSA MARÍA AVILA QUINTERO - Secretaria Especialización en Administración en la Salud

Anexo 2. Respuesta Funpaz



FUNPAZ IPS CLINICA DE SALUD MENTAL

22 DE AGOSTO, MANIZALES CALDAS

ALEJANDRA MARÍA GARAY SALAMANCA
DIRECTOR (A) ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACION EN SALUD
UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

CE-50-0623

ASUNTO: RESPUESTA SOLICITUD AUTORIZACIÓN TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

Es un placer saludarles. En respuesta a su amable solicitud, queremos expresar nuestro completo consentimiento para permitir que las estudiantes de su institución realicen sus trabajos académicos en nuestras instalaciones.

Estamos comprometidos en brindar el apoyo necesario para que las estudiantes tengan un entorno propicio para su aprendizaje y desarrollo académico. Estamos dispuestos a colaborar en lo que sea necesario para facilitar su trabajo y experiencia en nuestra institución.

No duden en ponerse en contacto con nosotros si necesitan alguna información adicional o requieren asistencia específica para llevar a cabo sus actividades académicas. Estamos a su disposición para ayudarles en todo momento.

Apreciamos la oportunidad de colaborar con la Universidad Católica y esperamos que esta cooperación sea fructífera para ambas partes.



Atentamente,

Paola Tatiana Loaiza Gutiérrez
Directora Administrativa
Talento Humano
Funpaz Clínica de Salud Mental



Km 4 vía Cuchilla del Salado - 225032946
Redes sociales: @Funpazclinicaodesaludmental
E-mail: gerenciafungpa@gmail.com

Anexo 3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

Consentimiento Informado

Para optar al título de Especialista en administración de la salud de la Universidad católica de Manizales, se está desarrollando el proyecto de investigación denominado “Síndrome de burnout en el personal asistencial y administrativo de una clínica privada que presta servicios de salud mental en la ciudad de Manizales”. Este documento describe la investigación y proporciona información acerca de su participación. Lo invitamos a leerlo cuidadosamente:

Para cumplir los objetivos propuestos en el proyecto de investigación, se aplicarán un (1) instrumento (cuestionario) MBI HSS, a los colaboradores administrativos y asistenciales de la fundación Funpaz. En este sentido, queremos invitarlo a que usted haga parte de este estudio; su aporte será un insumo muy importante para la investigación y el avance en este campo de conocimiento; con los resultados obtenidos, la institución podrá realizar estrategias que permitan mejorar sus recursos organizacionales y a su vez incrementar el bienestar laboral de sus colaboradores.

Si usted acepta participar, solicitamos amablemente disponer de 30 minutos de su tiempo para contestar el instrumento enviado. Sus respuestas serán ingresadas posteriormente en una base de datos que será solamente manejada por los investigadores, quienes accederán a los datos de forma anónima, sus respuestas no serán publicadas ni compartidas bajo ninguna circunstancia. Su participación será voluntaria y no implicará riesgos de ningún tipo por completar el cuestionario y usted podrá solicitar el retiro de sus datos o abstenerse de responder alguna pregunta sin necesidad de dar explicación alguna y sin que genere algún tipo de inconveniente.

Sus datos personales serán manejados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y el Acuerdo No. 009 de 2016 y la política de datos de la Universidad Católica de Manizales, no se asociarán con los resultados del cuestionario. Si desea obtener información adicional con respecto a este proceso, no dude en contactar a las estudiantes investigadoras Diana Milena Alonso Salinas , Yolima Córdoba Rentería, Jenniffer Paola Quimbayo Díaz y Gina Alejandra Morales Aguirre a través de los correos electrónicos dianitaalonso13@gmail.com, yocoli93@hotmail.com; jennifferq1@gmail.com gina.morales13@hotmail.com a los celulares 310 388 0697, 320580 7285, 321 248 1017 y 320 622 1122. Con su

aprobación usted certifica que: ha leído el presente formato de consentimiento informado y ha tenido tiempo para tomar la decisión de participar voluntariamente y aceptar que la información recolectada sea utilizada en este estudio investigativo, bajo previa autorización del Comité de Ética de la Universidad Católica de Manizales.

Nombre: _____

Cédula: _____

Firma: _____

Anexo 4. Certificación Socialización del proyecto de investigación



FUNPAZ IPS CLINICA DE SALUD MENTAL

25 DE ENERO 2024, MANIZALES

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

A QUIEN CORRESPONDA

ASUNTO: SOCIALIZACION PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Por la presente, certificamos que el resultado del proyecto de investigación realizado por las estudiantes de la Universidad Católica ha sido debidamente socializado con éxito. Este proceso se llevó a cabo de acuerdo con los estándares y procedimientos establecidos por FUNPAZ, asegurando una adecuada difusión y comprensión de los hallazgos alcanzados.

Cordialmente,

FunPaz I.P.S.
Clínica de Salud Mental

Paola Tatiana Loaiza Gutiérrez
Directora Administrativa
Funpaz IPS clinica de salud mental

Km 4 vía Cuchilla del Salado - 320122048
Redes sociales: @Funpacclinicadesaludmental

7. Referencias

1. Washington DC. The COVID-19 HEalth care workers Study (HEROES) INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. 2022.
2. Saborío Morales L, Fernando Hidalgo Murillo L. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SÍNDROME DE BURNOUT Resumen. 2015;32(1).
3. Noelia Vanessa Thomaé M, Adrian Ayala E, Soledad Sphan Dra. Mercedes Alejandra Stortti M. ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. 2006.
4. De Madrid A. ANTE EL BURNOUT: CUIDADOS A LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL BEGOÑA OLABARRÍA y FERNANDO MANSILLA. Vol. 12, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2007.
5. Méndez-Cerezo A. Síndrome de Burnout [Internet]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
6. Sánchez Chaparro AT, Caicedo Cruz PJ. SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DEL ÁREA DE LA SALUD Presentado. 2016;1-23.
7. Bellido Mendoza EJ. Factores Que Predisponen a Burnout En Médicos Residentes De Tercer Año Del Hospital Nacional. 2018;40.
8. Juárez A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS [Internet]. 2020;52(1):8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>
9. Washington DC. The COVID-19 HEalth care workers Study (HEROES) INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. 2022.
10. Biksegn A, Kenfe T, Matiwos S, Eshetu G. Burnout Status at Work among Health Care Professionals in a Tertiary Hospital. Ethiop J Health Sci. 2016;26(2):101-8.
11. Tejada M. PA, Gómez O. V. Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. = Psychosocial and work factors associated with burnout in Colombian psychiatrists. Rev Colomb Psiquiatra [Internet]. 2009;38(3):488-512. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615422008.pdf> http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-13716-007&site=ehost-live%5Cnhttp://paola_andreat@hotmail.com

12. Vargas Espín A del P, Reyes Silva MA. Estrategias de afrontamiento al estrés y burnout en psicólogos. Universidad Internacional SEK [Internet]. 2019;(septiembre 2019). Disponible en:
[http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3515%0Ahttps://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3515/1/Articulo Estrategias de Afrontamiento al Estrés y Burnout en Psicólogos.pdf](http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3515%0Ahttps://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3515/1/Articulo%20Estrategias%20de%20Afrontamiento%20al%20Estrés%20y%20Burnout%20en%20Psicólogos.pdf)
13. Véliz Burgos AL, Dörner Paris AP, Soto Salcedo AG, Arriagada Arriagada A. Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Univ.* 2018;28(3):56-64.
14. Alejandra M, Guitart A. El síndrome de burnout en las empresas. 2007; Disponible en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/cont/descargas/documento33140.pdf?pg=cont/descargas/documento33140.pdf>
15. Medicina EDE, La YCDE. Universidad Del Rosario - Universidad Ces Escuela De Medicina Y Ciencias De La Salud Facultad De Medicina Especialización En Epidemiología. Tesis. 2011;1-75.
16. Sánchez AF, Díaz NB, Reyes LH. *Catalogar Si O Si.* 2011;10(3):135-40.
17. Madrigal Solano M. "Burnout" En médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. ("Burnout" in doctors: theoretical approaches and some differential diagnoses). *Revista de Medicina Legal de Costa Rica.* 2006;23(2):137-53.
18. García-allen J. 26 mayo, 2015 - 18:34 — Actualizado 6 octubre, 2022 - 12:00 CEST. Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas. Disponible en:
<https://psicologiymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>
19. MEDINA FMP, MARÍN TMO, AMAYA MAS. SEGURIDAD EN LOS PUESTOS DE TRABAJO: LO QUE DEBE SABER EL PERSONAL DE AREA ADMINISTRATIVA, MEDELLIN 2010. 2016;1-23.
20. Grazziano E, Ferraz E. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros impacto do stress ocupacional en Burnout para enfermeiros. *Enfermería Global* [Internet]. 2010; 18:1-20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision1.pdf>
21. Gómez Sánchez MC, Álamo Santos MC, Amador Bohórquez M, Ceacero Molina F, Mayor Pascual A, Muñoz González A, et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Med Segur Trab (Madr).* 2009;55(215):52-62.
22. López Tuesta B, Barrera Barreto C. Factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en Salud.* 2018;2(1):56-61.
23. Síndrome EL, Burn DEL, Un OUT, Estrés PDE. *LABORAL CRÓNICO.* 1(2008):121-38.

24. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*. 2017;19(58):59-63.
25. República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley 1616 de 2013. 2013;2000(Julio 14):1-17.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2646 de 2008.
27. Ministerio de Trabajo. Decreto 1072. República de Colombia [Internet]. 2015;326. Disponible en:
<http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR%0ASector+Trabajo+Actualizado+15+de+abril+de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8%0Ahttp://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/50711/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+Abril+de+2017.pdf/1f52e341->
28. Salud OP de la. PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES. 2015;
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Metodología de participación social para el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 2022;1-73. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-participacion-social-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>
30. Castro PB, SÉBASTIEN CARON. ley 1010 de 2006. *Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order*. 2006;44(2):8-10.
31. Colombia C de. ley 1562 de 2012. *La industria aseguradora en Colombia, Avances en el siglo XX* [Internet]. 1994;(23):1-22. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
32. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad Sur colombiana [Internet]. 2011;1-216. Disponible en:
<http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. *Metodología de la investigación* [Internet]. 2014; 6:88-101. Disponible en:
http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2792/510_06_color.pdf?sequence=1
34. Gutiérrez-Lesmes OA, Loba-Rodríguez NJ, Martínez-Torres J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Univ. Salud* [Internet]. 2017;20(1):37. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.107>

35. Agudelo G, Aigner M, Ruiz J. Diseños De Investigación Experimental Y No-Experimental. Centro de Estudios de Opinión [Internet]. 2008;1-46. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/2622/1/AgudeloGabriel_dise_nosinvestigacionexperimental.pdf
36. Tamayo G. Diseños muestrales en la investigación [Sample designs in research]. Semestre Económico [Internet]. 2001;4(7):121-32. Disponible en: <https://n9.cl/fzxp>
37. Hederich-Martínez C. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. CES Psicología. 2016;9(1):1-15.
38. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993. Biomédica. 2012;32(4):471-3.
39. COLOMBIA C DE. Ley Estatutaria 1581 De 2012. J Chem Inf Model [Internet]. 2012;48(9):1-11. Disponible en: https://www.unicauca.edu.co/versionP/sites/default/files/files/LEY_1581_DE_2012.pdf
40. Arguedas Arguedas O. Elementos básicos de bioética en investigación. Acta Med Costarric. 2010;52(2):76-8.
41. BermúdezBedoyaElizabeth_2023_EAS.TG EJEMPLO TRABAJO.pdf.
42. Moreira AS, de Lucca SR. Psychosocial factors and burnout syndrome among mental health professionals. Rev Lat. Am Enfermagem. 2020; 28:1-11.
43. Rodríguez B, Holzmann AP, Santos AG, Lima C, Goncalves RP, Santos S. Scielo @ Scielo.Isciii. Es [Internet]. 2016. p. 1-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000100004
44. Ramírez MR. Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología. 2017;4(1):241.
45. Ramírez Baena L. Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Vol. 1, U. de Granada. 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/55980>



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co

