

BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD

CAROLINA GARCIA CIANCI  
JIM GIRALDO BUILES

DIEGO CASAS IDARRAGA  
ASESOR

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA  
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
LINEA DE INVESTIGACION SALUD OCUPACIONAL  
UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN  
2013

BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD

CAROLINA GARCIA CIANCI  
JIM GIRALDO BUILES

DIEGO CASAS IDARRAGA  
ASESOR

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO  
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL  
UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN  
2013

## INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.	6
2. ABSTRACT AND KEY WORDS.	7
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	8
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
3.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.	9
3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	11
4. MARCO TEORICO.	12
4.1. MARCO LEGAL.	12
4.2. SÍNDROME DE BURNOUT.	13
4.3. FACTORES DE RIESGO.	13
4.4. SINTOMATOLOGÍA.	13
4.5. MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	16
4.6. ENGAGEMENT.	19
4.7. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.	21
4.8. PERSONAL DEL SECTOR SALUD.	22
5. OBJETIVOS.	23
5.1. OBJETIVO GENERAL.	23
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	23
6. METODOLOGÍA.	24
7. CONSIDERACIONES ETICAS.	26
8. RESULTADOS.	27
9. DISCUSIÓN.	49
10. CONCLUSIONES.	51
11. RECOMENDACIONES.	52
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	53
13. ANEXOS.	57

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Signos y síntomas del síndrome de Burnout.	Pág. 14
Tabla 2. Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout.	14
Tabla 3. Resumen de artículos.	27

## LISTA DE ANEXOS.

Anexo 1. Maslach Burnout Inventory.

Pág.  
57

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica sistemática que describa la relación del síndrome de Burnout y el personal del área de la salud, con el fin de documentar cuáles han sido las formas de control que mitiguen dicha problemática y generar recomendaciones pertinentes al tema.

Para este fin se realizó una búsqueda en las bases de datos EBSCO, Medline, Lilacs, SciELO, buscando artículos publicados entre el año 2008 y 2013 en revistas indexadas en Pubindex, empleando los siguientes parámetros de búsqueda: síndrome de Burnout, Burnout syndrome, health care, health workers, absentism, psychosocial risk factors.

Entre los hallazgos más relevantes se encuentran que las personas que fortalecen sus estrategias de afrontamiento y tiene mayor empatía tienen menos riesgo de presentar síndrome de Burnout.

El instrumento de medición más usado y conocido es el Maslach Burnout Inventory, aunque se debe tener cuidado al usarlo en países latinoamericanos, ya que no se tienen los puntos de corte para los puntajes de cada una de las subescalas, los punto existentes son para otros países y no necesariamente reflejan las características sociodemográficas, culturales y laborales.

**Palabras claves:** Burnout, Desgaste profesional, estrés laboral, factores de riesgo, personal de salud.

## 2. ABSTRACT AND KEY WORDS.

The objective of this work was to make a systematic bibliographic review, that describes the relation between the Burnout syndrome and the healthcare personnel, to document what had been the forms of control that reduces this problem and generate recommendations to this issue.

For this purpose, a search was made in databases like EBSCO, Medline, Lilacs, and SciElo, looking for articles published between 2008 and 2013 in magazines indexed in Pubindex, using the next search parameters: Burnout syndrome, health care, health workers, absentism, psychosocial risk factors.

Among the more relevant findings, we found that the people that strengthen their coping strategies and have more empathy, have less risk to acquire Burnout syndrome.

The most used and known instrument is the Maslach Burnout Inventory, however you have to be careful as you use it in Latin-American countries, because there aren't the cutoffs for the scores of each subscales. The existing cutoffs are to another countries and it doesn't necessary reflect the socio-demographic, cultural and labor characteristics.

**Key words:** Burnout, job stress, risk factors, health personnel

### 3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

#### 3.1. Planteamiento del problema

A nivel laboral el hombre siempre ha estado expuesto a riesgos inherentes de su trabajo, tales como los físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales. Estos últimos han venido adquiriendo mayor importancia en el medio a nivel mundial, ya que tiene una mirada holística del ser humano, desde su parte, física y mental; y para la salud ocupacional es importante cuidar de los trabajadores en forma integral.

En la actualidad, la calidad del servicio en las empresas de salud ha adquirido gran importancia, esta calidad tiene características como eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad, pertinencia, competencia profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad, seguridad, comodidades, calidad técnico-científica y coordinación (1), todo esto enfocado en el cliente externo (paciente/ usuarios), exigiendo al cliente interno (empleado/ colaborador/ contratista) una alta productividad y un excelente desempeño, exponiéndolo a altas demandas emocionales y de carga mental; adicionalmente, el trabajador de la salud trabaja por turnos y nocturnos y con sobrecarga cuantitativa (2).

Por la carga excesiva de trabajo, que demanda gran cantidad de energía aparecen manifestaciones psicológicas y físicas que Freudenberger en 1973, Maslach y Jackson en 1981 denominaron Síndrome de estar quemado en el trabajo o Síndrome de Burnout, que definieron como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal+(3).

Este síndrome ha sido, desde entonces, objeto de investigación. En el 2004 en un hospital de Madrid, fue estudiada la prevalencia del síndrome de Burnout en un grupo de enfermería de 622 profesionales entre licenciadas y auxiliares/técnicos; la investigación arrojó que del total el 20.6% tenían un nivel bajo, el 48.9% un nivel medio y el 30.5% un nivel alto según la escala de Maslach, metodología utilizada, en dicha investigación (Maslach Burnout Inventory) (4).

Otro estudio realizado en dos hospitales del Estado de México, con una muestra de 122 enfermeros, se obtuvo una prevalencia del síndrome de Burnout en el Hospital de Ecatepec del 27% y en el Hospital de Cuautitlán fue del 24%, siendo el nivel alto lo más representativo con un 88% en el Hospital Ecatepec y un 82% en el Hospital de Cuautitlán (5).

En Colombia en un estudio realizado a 103 enfermeros del área Metropolitana de Barranquilla, que tenía como objetivo analizar el grado de desgaste de los

enfermeros de dicha región, se obtuvo que para cansancio emocional el 15.5% presentó un grado elevado, para despersonalización el 16.7% y 9.7% para realización personal y una prevalencia de 1.9% del síndrome de Burnout (6).

El síndrome de estar quemado por el trabajo se establece como uno de los daños psicosociales a nivel laboral más importantes en la sociedad actual, ya que el elevado ritmo de vida, la transformación constante a la que se ven obligadas las organizaciones y las diferentes estructuras de las empresas y formas de contratación, ha estimulado el interés en conocer y tomar medidas para prevenir el Burnout en los trabajadores (7).

El síndrome de estar quemado por el trabajo se interpreta como una respuesta prolongada a estrés crónico a nivel personal y laboral, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y baja realización profesional, la literatura hace referencia a una metáfora que describe un estado de agotamiento similar a un fuego que se sofoca, una pérdida de energía, una llama que se extingue o una batería que se agota (7).

Se podría citar lo pronunciado por la organización internacional del trabajo (OIT) la cual refiere; ~~la~~ la lucha contra el estrés en el trabajo será uno de los grandes empeños que deberán acometer tanto los gobiernos como los empleadores y los sindicatos en los próximos años. Las empresas que probablemente tengan más éxito en el futuro serán las que ayuden a los trabajadores a hacer frente al estrés y reacondicionen el lugar de trabajo para adaptarlo mejor a las aptitudes y aspiraciones humanas+(8).

Por lo anterior se pretende con esta revisión, abstraer de la literatura e investigaciones referentes al tema, cuáles son los factores determinantes entre el Burnout y el personal de salud, ya que este grupo tiene un mayor riesgo de desarrollar tal síndrome, por las características de la labor que desempeñan, tales como atención al cliente/paciente que se encuentra en un estado de vulnerabilidad por lo que se puede generar algún tipo de dolor emocional, compasión, tristeza, melancolía, frustración, entre otros, que afecten al personal de salud. El problema que se genera a partir de estas características puede desencadenar en el personal de salud el desarrollo del síndrome de Burnout, lo cual puede manifestarse física o psíquicamente y tener consecuencias no solo lo que a la salud compete si no a nivel organizacional también, como el ausentismo laboral que esto acarrea.

### **3.2. Justificación De La Propuesta.**

Herbert J. Freudemberger en 1973, identificó que el síndrome de estar quemado se manifiesta en el personal sanitario (odontólogos, psicólogos, enfermeros, médicos) y observó que dicho personal perdían interés por los pacientes; además definió el

síndrome como el conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (9).

En 1976 Christina Maslach definió el síndrome de Burnout como una pérdida gradual de interés y de responsabilidad entre los compañeros de trabajo, dentro de las características que define se encuentran: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (10), que genera a nivel fisiopatológico cardiopatías, úlceras pépticas, hipertensión y problemas osteomusculares y a nivel organizacional ausentismo junto con una elevada tasa de rotación de personal (11), aumentando el costo en las organizaciones, generando insatisfacción del cliente externo por la despersonalización manifestada por el colaborador.

En Colombia, el riesgo psicosocial ha tomado mayor relevancia en los últimos años, esto se ve reflejado en la normatividad que recientemente ha divulgado el gobierno nacional, con la Resolución 2646 de 2008 por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

Por lo tanto, es importante desde la academia, generar conocimientos que contribuyan al desarrollo de estrategias para prevenir y mitigar los efectos producidos por dicho síndrome en el personal de la salud; para ello, se debe realizar una revisión de las investigaciones realizadas para generar cuestionamientos en los vacíos identificados en cuanto al síndrome, por ejemplo, la creación de estrategias para evitar el desgaste y así contribuir no solo con prevalencias y métodos para el análisis del problema.

Este trabajo es pertinente ya que el síndrome de Burnout hace parte de una nueva preocupación del Ministerio del Trabajo posterior a la publicación de la Resolución sobre Riesgo Psicosocial (2646 de 2008), y en esta medida es importante contribuir y generar conocimiento al respecto, en este caso la relación entre el síndrome y el personal de salud. También es viable ya que se cuenta con acceso a bases de datos de revistas especializadas que permiten hacer una búsqueda exhaustiva y actualizada respecto al tema.

Esta revisión permitirá conocer desde la salud ocupacional la importancia del Burnout, sus características y las consecuencias sobre el personal de salud, así como las formas de control y los factores protectores para su no aparición.

### **3.3. Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación existente entre síndrome de Burnout y el personal que labora en la prestación de servicios de salud?

## 4. MARCO TEORICO

El síndrome de Burnout, de estar quemado, fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, (psiquiatra estadounidense), quien trabajó en una agencia alternativa de salud, gratuita, donde comenzó a experimentar pérdida de carisma y de liderazgo. Él describió que el síndrome de Burnout, tiene manifestaciones físicas como fatiga, dolor de cabeza, trastornos gastrointestinales e insomnio; y manifestaciones comportamentales como irritabilidad, ira, frustración, labilidad emocional, entre otras (12).

Pero fue Maslach, quien acuñó el término en 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P.A.). Ella usó esta expresión para referirse a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acababan "quemándose" (13). Definió el Burnout como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre auto concepto y pérdida del interés por los clientes, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio+ (Maslach y Pines, 1977) (14).

### 4.1 Marco Legal

A nivel laboral el síndrome de Burnout adquiere mayor importancia a partir de 1955 con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España, donde el síndrome es considerado accidente laboral, ya que se entiende que su etiología está directamente relacionada con el ejercicio de la actividad laboral (14). En Colombia, está amparado por la Resolución 2646 de 2008, por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional (15).

Considerada como enfermedad laboral en el Decreto 2566 de 2009 (por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales), Artículo 1, numeral 42, Patologías causadas por estrés en el trabajo: trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producción en masa, repetitiva o monótona o combinada con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad acidopéptica severa o colon irritable (2).

## 4.2 Síndrome De Burnout

Freudenberger adopta la siguiente definición "fallar, desgastarse o sentirse exhausto por demandas excesivas en energía, fuerza o recursos"(12).

Otra definición ampliamente aceptada es la de Maslach y Jackson "Burnout es un síndrome de agotamiento emocional y cinismo, que ocurre frecuentemente entre individuos que realizan trabajos con personas de alguna manera. Un aspecto clave del síndrome es el agotamiento emocional, a medida que sus recursos emocionales se disminuyen, los trabajadores sienten que no son capaces de dar más de sí a nivel psicológico. Otro aspecto es el desarrollo sentimientos de negatividad y actitudes cínicas hacia los usuarios"(16)

Gil-Monte y Peiró (17) "es una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales"

"Un estado mental, persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos "normales" que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo" (Schaufeli y Enzmann, 1998, p. 36) (18).

## 4.3 Factores De Riesgo

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de Burnout, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo (3).

## 4.4 Sintomatología

Psicosomáticos: Fatiga crónica, dolores de cabeza frecuente, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.

Conductuales: Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).

Emocionales: Distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.

Defensivos: Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.

En el ambiente laboral: Falta de energías y de entusiasmo, descenso del interés por los clientes, percepción de éstos como %frustrante+, crónicos, desmotivados, alto absentismo y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación, en el fondo lo que subyace es una gran desmoralización (13).

Tabla 1 Signos y síntomas del síndrome de Burnout (19)

<b>Órgano/Sistema</b>	<b>Signos/síntomas</b>
Aparato digestivo	Actitud ante la comida (anorexia- bulimia, repugnancia, náuseas- vómito). Problemas gastrointestinales (pirosis, meteorismo, diarrea- estreñimiento, dolor, etc.)
Aparato locomotor	Dolor en extremidades, nuca y/o espalda, calambres, parestesias, problemas posturales, lumbalgia
Piel y faneras	Onicofagia, alopecia, prurito
Estado general	Sensación de enfermedad, bochornos, cefaleas, vértigos- mareos, hipertensión arterial, palpitaciones, disnea, opresión torácica, sudoración intensa
Sistema nervioso	Irritabilidad, explosividad incontrolada, fatiga nerviosa, pérdida de concentración, temblor, tamborileo de dedos, llanto fácil, signo de las piernas inquietas
Sueño/Vigilia	Insomnio, interrupción del sueño, pesadillas, somnolencia, sueño no reparador

Tabla 2. Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout. (17) (20).

<b>Modelos comprensivo</b>	<b>Representantes</b>	<b>Descripción</b>
<i>Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo</i>	- El modelo de Cherniss (1993) - El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)	Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento

		autorreferente en el funcionamiento humano
<i>Los Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</i>	- Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993)	Consideran los principios teóricos de la teoría de la Equidad.
<i>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</i>	-El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) - El modelo de Winnubst (1993)	Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.

<b>Modelos de proceso</b>	<b>Representantes</b>	<b>Descripción</b>
<i>Modelo tridimensional del MBI-HSS</i>	- Maslach (1982) -Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - Leiter y Maslach (1988) - Lee y Ashforth (1993) - Gil-Monte (1994)	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)
<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	- Edelwich y Brodsky (1980)	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración)
<i>Modelo de Price y Murphy</i>	- Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3.

		Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda, y 6. Equilibrio.
<i>Modelo de Gil Monte</i>	- Gil Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: Perfil 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el %Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo+(CESQT).

#### 4.5 Medición del Síndrome de Burnout

Uno de los primeros instrumentos para realizar la medición del síndrome fue propuesto por Maslach y Jackson (16), Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual mide tres subescalas como son desgaste emocional con 9 preguntas y busca describir las sensaciones de estar emocionalmente extendido y exhausto por un trabajo, la segunda subescala es despersonalización que describe la insensibilidad y las respuestas impersonales hacia los beneficiarios del cuidado o servicio. Para

estas dos escalas (Desgaste emocional y despersonalización) entre más alto sea el puntaje obtenido en la medición, mayor es el grado de experimentación del síndrome. La subescala de logro personal contiene 8 aspectos que describen los sentimientos de competencia y éxito alcanzado en el trabajo desarrollado con la gente (Anexo 1). En este aspecto mientras más bajo puntaje se obtenga, mayor es el nivel de Burnout experimentado.

Es importante mencionar que el MBI ha evolucionado en tres versiones, adaptándose de esta manera a la evolución en el concepto de Burnout. Una primera variación del original fue desarrollado para el uso en trabajos en el personal de servicios, otra versión fue desarrollada para trabajos en el área educativa y el MBI-General Services Scale (MBI-GS), está destinado a trabajos sin un componente significativo de servicio humano (21).

El MBI es el instrumento más ampliamente usado y fue diseñado originalmente para medir Burnout en educadores y personal de servicios (Enfermeras, asistentes sociales) (22). El Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (INHST), de España genero la Nota Técnica de Prevención (NTP) 732, donde se presenta un instrumento de medida para la evaluación del Burnout en todo tipo de trabajos, adaptando el instrumento de medida desarrollado por Schaufeli et al, (MBI-GS) (23).

Evaluar el síndrome de Burnout con el MBI-HSS en otras profesiones es muy difícil, ya que este instrumento fue diseñado originalmente para evaluar únicamente profesionales de servicios, lo cual hace que sus preguntas hagan referencia a las personas que reciben el trato como pacientes y estudiantes. Para solucionar este problema y poder utilizar el MBI en otras áreas, Maslach et al, diseñaron el MBI-GS, un instrumento que se puede aplicar en general a cualquier profesión (24), Gil-Monte, realizo la traducción, adaptación y análisis al español, de este instrumento. Este cuestionario consta de 16 preguntas que se distribuyen en tres subescalas denominadas Eficacia laboral (6 ítems), Agotamiento (5 ítems) y Cinismo (5 ítems). A diferencia del MBI-HSS que busca medir el síndrome de Burnout en la relación que tiene el profesional con paciente, usuario o cliente, el MBI-GS busca medir la realización en el trabajo en general.

Debido a la problemática que se presenta para la adaptación al idioma español de otros instrumentos de evaluación del Burnout, Gil-Monte diseño el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) (25), donde propone que es posible identificar dos perfiles en el proceso de desarrollo del Burnout, el primero conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculadas al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para trabajar, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, en este las personas no presentan sentimientos de culpa; y el segundo se constituye en un problema más serio ya

que además de los síntomas del primer perfil, estos desarrollan sentimientos de culpa. El CESQT está compuesto por las siguientes dimensiones:

- *ilusión por el trabajo*, que se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, por lo cual bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles de Burnout.
- *Desgaste psíquico*, es la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
- *Indolencia*, es presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan más alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.
- *Culpa*, sentimiento negativo que desarrolla la persona por su comportamiento y actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial con las personas que se establecen relaciones laborales.

Una de las principales ventajas del CESQT, es que incorpora los sentimientos de culpa como un síntoma que permite establecer diferentes perfiles en la evolución del síndrome de Burnout y el grado en que afecta a las personas.

Estudios comparativos se ha realizado para medir el síndrome de Burnout usando el instrumento MBI y el CESQT (26) (27), mostrando que los niveles de prevalencia varían significativamente de acuerdo con el instrumento utilizados. Este punto releva un aspecto relevante sobre la medición del síndrome, en especial para estos dos estudio llevados a cabo en Chile y es la no existencia de suficiente evidencia científica válida y fiable de los criterios que sustentan los puntos de corte que existen, además de no considerar aspectos históricos, sociológicos y transculturales que permita entender el fenómeno, esto podría generar resultados confusos que no permiten una correcta intervención del problema.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) es otro test diseñado y desarrollado por Demerouti et al (28), para empleados de holandeses, en uno de dos sectores ocupacionales: servicios de salud y personal administrativo (white collar work). Este instrumento incluye ítems positivos y negativos para evaluar las dos dimensiones de Burnout: agotamiento y disengagement. El primer término se refiere a la consecuencia de una intensa tensión física, afectiva y cognitiva, por ejemplo la exposición prolongada a largo plazo de las demandas del trabajo. La desvinculación se explica en OLBI como el distanciamiento de la persona con el trabajo en general, objetivos y contenidos del trabajo (Desinterés, poco desafiante e incluso sentimientos de repugnancia), además esto incluye las relaciones entre

empleados y sus trabajos, particularmente con la identificación del trabajo y la voluntad para continuar en la misma ocupación. Los empleados que experimentan el disengagement aprueban las actitudes negativas hacia sus trabajos en general. Para los autores de OLBI, la despersonalización es solo una forma de desvinculación (29).

Existe otra forma de medir el síndrome de Burnout basado en PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction) un estudio prospectivo de intervención en los empleados del sector de servicios humanos de 5 años llevado a cabo en Dinamarca. Donde se analizó la validez y confiabilidad del Copenhagen Burnout Inventory (CBI). La estructura del CBI se basa en tres subdimensiones Burnout Personal, Burnout relacionado con el trabajo y Burnout relacionado con el cliente, las tres partes por separado fueron diseñadas para ser aplicadas en diferentes dominios. Las preguntas en Burnout personal fueron formuladas de manera que todas las personas pudieran responderlas. Las preguntas de Burnout relacionado con el trabajo asumen que la persona que responde el cuestionario recibe un pago por cualquier tipo de trabajo y finalmente el Burnout relacionado con el cliente incluye el término %cliente+o un similar en caso de que sea apropiado referirse a una persona, como paciente, estudiante o preso (30).

El Burnout Measure (BM), desarrollado por Pines y Aronson en 1988, es una de los cuestionarios más usados para realizar la medición del síndrome. De acuerdo con los autores el Burnout es definido como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una participación a largo plazo en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desde este punto de vista los autores han diferenciado entre Burnout y tedio, el cual es considerado como sintomatología similar, pero con diferentes orígenes: el tedio puede ser el resultado de cualquier presión crónica prolongada (mental, física o emocional), el Burnout es el resultado de repetida presión emocional asociado con una intensa participación de personas en largos periodos de tiempo. Luego los autores en trabajos más recientes abandonaron esta posición para incluir el tedio en el Burnout.

El BM consiste de 21 items que expresan agotamiento y es calificado en una escala de 7 puntos, que van desde %nunca+a %siempre+. Esta es una herramienta de autodiagnóstico con las interpretaciones de los resultados del test (31).

#### **4.6 Engagement**

En el campo de estudio sobre el síndrome de Burnout, se han derivado dos tendencias, una primera que maneja el concepto tradicional de Maslach et al (32), que define que aunque no existe una definición estándar, hay un consenso subyacente sobre los tres núcleos de Burnout, esta tendencia es vinculada con estudios en el sector salud, educación y trabajo social, en los cuales los empleados realizan algún tipo de trabajo con personas, esto ha sido expandido

hacia todas las profesiones y grupos ocupacionales. El segundo grupo de investigadores han trabajado con una mirada diferente, en este caso el polo opuesto de Burnout el *Job Engagement*. En vez de estudiar el aspecto negativo el interés se extendió al bienestar de los trabajadores (33).

El engagement se define entonces como cumplimiento, estado positivo de la mente relacionado con el trabajo por el vigor, la dedicación y absorción. Más que un momentáneo y específico estado, se refiere a un persistente y persuasivo estado afectivo-cognitivo, que no está orientada sobre un objetivo en particular, evento, individuo o comportamiento. El vigor está caracterizado por altos niveles de energía y resistencia mental durante el trabajo, la voluntad de invertir esfuerzos en el trabajo propio y la persistencia aun en medio de las dificultades.

La dedicación se caracteriza por un sentido de trascendencia, entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío, y la absorción estar caracterizada por estar totalmente concentrado y profundamente absorto en el trabajo, por lo cual el tiempo pasa rápidamente y la persona no tiene dificultades con desapegarse del trabajo (33).

Se caracteriza por energía, implicación y eficacia que los polos opuestos directos a las tres dimensiones del Burnout (MBI-HGS), agotamiento cinismo y falta de eficacia profesional respectivamente. Los trabajadores que puntúan alto en engagement tienen una alta energía y conectan perfectamente con su trabajo, percibiéndose a sí mismos como capaces de afrontar eficazmente las diferentes demandas de sus trabajos (34).

En la actualidad existe un instrumento para medir el engagement en los trabajadores, denominado Utrecht Work Engagement Scale (UWES), desarrollado por Schaufeli et al. Este instrumento mide las tres dimensiones Vigor (VI), Dedicación (DE) y absorción (AB). Existe además una versión más corta del instrumento con la cual los investigadores incluyen la menor cantidad de preguntas con el objeto de medir un constructo en particular y porque los encuestados no deben ser molestados innecesariamente, además cuestionarios largos incrementan el probabilidad de no respuesta (35).

En los últimos años la relación Engagement y Burnout ha sido investigada, donde se ha buscado mostrar la asociación negativa (33), existente con la presencia de síndrome, particularmente con las variables Vigor y cansancio, así como Dedicación y Absorción, además al parecer la eficacia profesional está fuertemente vinculada con la tres dimensiones de Engagement (35), Salanova et al (36), busco asociar la eficacia, la presencia del síndrome y el Engagement entre estudiantes universitarios de dos países, usando el MBI y UWES (España y Belgica), en cual se comprueba que las creencias de eficacia se relacionan de forma positiva y significativa con el Engagement y de forma significativa y negativa con el Burnout.

Schaufeli et al (37), también midió la asociación entre eficacia, ineficacia y Burnout y engagement. Para este estudio se usó el MBI-Student Survey (MBI-SS), replanteando las preguntas para los estudiantes. Así mismo con engagement medido con la versión de 17 preguntas de UWES, por último la ineficacia fue medida reformulando negativamente las palabras positivas de las preguntas de eficacia de los instrumentos MBI-SS y MBI-GS. Y concluye que la tradicional escala de eficacia (invertida), podría ser una buena estrategia para capturar el significado real de Burnout. Tradicionalmente el Burnout es medido con dos dimensiones negativas y una dimensión positiva, lo cual podría haber dado una escases de resultados, sugiriendo un extraordinario rol de la falta de eficacia profesional como la tercera dimensión de Burnout. Por último el estudio ilustra que las creencias de eficacia podrían jugar un rol en el engagement como el polo opuesto del Burnout.

#### **4.7 Estrategias de Intervención**

Afrontamiento: % aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo+(38)

Según Lazarus y Folkman hay dos tipos básicos de estrategias de afrontamiento:

1. Afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional
2. Afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema

Gil Monte (17) propone las siguientes estrategias:

*Estrategias individuales:*

- Técnicas para la adquisición y mejora de las estrategias individuales de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento de la asertividad, programa de entrenamiento para manejo del tiempo eficaz.

*Estrategias de carácter interpersonal y grupal:* la mayoría de las estrategias que abordan la prevención del síndrome desde esta perspectiva recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejorar las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

*Estrategias organizacionales:* la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, pues los desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo son estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el entorno laboral.

- Programas de socialización anticipada
- Evaluación y retroinformación
- Desarrollo organizacional

#### **4.8 Personal del Sector Salud**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores de la salud son aquellas personas cuyo trabajo consiste en proteger y mejorar la salud de sus comunidades+ (39). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (40), divide a los trabajadores del sector salud en dos grupos. El primer grupo está conformado por médicos, odontólogos, farmacéutas y profesionales de la salud (excepto enfermeras). El segundo grupo se encuentran las enfermeras profesionales. Un tercer grupo está formado por sanitarios, optómetras, auxiliares de odontología, fisioterapeutas y profesiones asociadas. Estas son las profesiones que tienen responsabilidad o trato directo con los pacientes, adicional a estas profesiones también podemos encontrar otras que están envueltas en la industria de la salud como profesional de informática, ciencias sociales y profesiones relacionadas, profesionales administrativos, secretarias y trabajadores de servicios generales (41).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Realizar una revisión bibliográfica sistemática que describa la relación del síndrome de Burnout y el personal del área de la salud, con el fin de documentar cuales han sido las formas de control que mitiguen dicha problemática y generar recomendaciones pertinentes al tema.

### **5.2. Objetivos específicos**

- Identificar las variables determinantes que contribuyan a la aparición del síndrome de Burnout en el personal de salud.
- Describir la asociación entre el síndrome de Burnout y el personal de la salud.
- Identificar formas de control individuales que sean moduladores del síndrome.
- Generar a partir de la revisión bibliográfica recomendaciones sobre el síndrome de Burnout.

## 6. METODOLOGIA

El presente trabajo es una investigación teórico descriptiva de tipo documental, dado que el procedimiento implica el rastreo, organización, sistematización y análisis de un conjunto de documentos electrónicos sobre el tema de Síndrome de Burnout en el personal de salud, en el período comprendido entre los años 2008-2013.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos especializadas, buscando recolectar un mínimo 50 artículos, los cuales deben cumplir con requisitos de pertinencia para la revisión; es decir artículos científicos en revistas indexadas, sobre el síndrome de Burnout en personal sanitario.

Las fuentes de recolección de información serán las bases de datos EBSCO, Medline Complete, Lilacs, PubMed, SciElo, entre otros. Donde se buscaron artículos publicados en revistas indexadas, empleando los siguientes parametros de búsqueda: Burnout, syndrome, health care, health workers, absentism, psychosocial risk factors. Estos descriptores fueron combinados de diversas formas al momento de la exploración con el objetivo de ampliar los criterios de búsqueda.

Al realizar la búsqueda de los documentos, en cada una de las bases de datos, se preseleccionaron 50 artículos, de los cuales se escogieron 18, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. No se tomaron en consideración para el análisis aquellos artículos que no hacían alusión a las variables investigadas y/o aquellos que no se encontraban en revistas indexadas.

Para la organización de la información a analizar se procedió a clasificar los artículos según variables de información contenida en ellos, como:

- Título del artículo,
- Autor
- Año de publicación
- Revista
- Información de la revista
- Problema de investigación
- Objetivos
- Tipo de investigación
- Método, descripción y tamaño de la muestra
- Instrumentos utilizados, resultados

Posteriormente, se realizó el análisis identificando los problemas abordados, metodologías, instrumentos, población y resultados, definiendo lo más relevante y

describiendo los aspectos comunes y divergentes entre los documentos seleccionados, mediante un ejercicio de comparación constante.

Finalmente, se realizó un análisis global mediante el cual se identificaron las convergencias y divergencias del análisis del tema, se formularon ciertas hipótesis y conclusiones y se hicieron algunas recomendaciones.

## **7. CONSIDERACIONES ETICAS.**

Se tuvo en cuenta durante la búsqueda de información y procesamiento de la información, el respeto de los derechos morales de los autores de las investigaciones consultadas, a través de la debida mención y reconocimiento de la autoría.

## 8. RESULTADOS

Tabla 3. Resumen de artículos.

ARTICULO	AUTOR	AÑO	REVISTA
Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).	Ibtissam Sabbah, Hala Sabbah, Sanaa Sabbah, Hussein Akoum, Nabil Droubi	2012	Health
Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery.	Jens Klein, Kirstin Grosse Frie, Karl Blum, Olaf Von Dem Knesebeck	2010	International Journal for Quality in Health Care
Burnout Levels and Self-Rated Health Prospectively Predict Future Long-Term Sickness Absence. A Study Among Female Health Professionals.	Ulla Peterson, Gunnar Bergström, Evangelia Demerouti, Petter Gustavsson, Marie Asberg, Ake Nygren.	2011	Journal of Occupational and Environmental Medicine
Burnout Status of Health Care Personnel Working in Oncology and their Coping Methods.	Öner Abidin Balbay, Vedat I ikhan, Ege Güleç Balbay, Ali Nihat Annakkaya, Peri Meram Arbak.	2011	HealthMED
Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia	Zuleima Cogollo-Milanés, Edith Batista Chanelly, Cantillo Alicia Jaramillo, Dalys Rodelo, Gary Meriño.	2010	Aquichan
Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru.	Elizabeth Ayala, André´s M. Carnero.	2013	PlosOne

Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study.	Inge Houkes, Yvonne Winants, Mascha Twellaar, Petra Verdonk	2011	BMC Public Health
Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals.	Ewa Wilczek-Ru yczka	2011	Journal of US-China Medical Science
Intensive care nurses, perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions	Dilek O " zden, S, erife Karago"zog"lu and Gu" lay Y"ld"r"m	2013	Nursing Ethics
Factors associated with burnout syndrome in physiotherapy staff: A questionnaire study physiotherapy staff: A questionnaire study.	Maghsoud Eivazi Gh, Amin Alilou, Sara Fereidounnia, Zohre Zaki.	2013	HealthMED
Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital.	W. Lederer, j. F. Kinzl, C.traweger, j. Dosch, g. Sumann	2008	Anaesth Intensive Care
Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español	Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga	2009	Rev Esp Salud Pública
Burnout Syndrome in Pediatric Practice	Reem A. Al-Youbi and Mohammed M. Jan	2013	Oman Medical Journal
Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos	Rosa María García-Carmona, Humbelina Robles-Ortega	2011	Ansiedad y Estrés

Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo.	Fernando Austria Corrales Beatriz Cruz Valde Loredmy Herrera Kienhelger Jorge Salas Hernández	2011	Universitas Psychologica
Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT.	Mariana A. Marucco Pedro R. Gil- Monte, Edgardo Flamenco	2008	Informació psicológica
Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería	Hugo Figueiredo- FeiTaz, Ester Grau-Alberola Pedro R, Gil- Monte, Juan A, García-Juesas	2012	Psicothema
The factors associated with the Burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report	Vasilios Raftopoulos, Andreas Charalambous, Michael Talias	2012	BMC Public Health

- **Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).**

La hipótesis planteada en este estudio fue que, las enfermeras que trabajan en un hospital público están más expuestas a situaciones estresantes, por lo tanto más susceptibles a Burnout. Utilizaron el instrumento MBI en una población de 200 enfermeros, los cuales 31.5 % eran hombre y el 68.5% mujeres.

La edad promedio fue de 30.01 con una desviación estándar (DE) de +- 6.62. El promedio de años de experiencia laboral fue de 6.67 en el trabajo actual, las mujeres han trabajado más años que los hombres con una DE 7.3 +- 6 y 5.4 +- 6.7 respectivamente. El 98.5% de los encuestados trabajan tiempo completo, el 42.5% trabajan horas extras y el 30% tienen rotación de turnos.

Los resultados arrojados fueron los siguientes: el 39.7% tiene la percepción regular o mala de su estado de salud, con respecto a la satisfacción laboral el 12.6% están insatisfechos con su trabajo, 16.6% decidió dejar el trabajo en los próximos 12 meses y un 42.7% está dudoso de ello.

De los 200 profesionales encuestados reportaron dolor de espalda en un 54%, insomnio 37.5%, depresión 20.5%, sobrepeso 36.2% y el 8% obesos.

En la asociación entre edad y desgaste emocional se encontró que este incrementa en el grupo de 30 a 39 años, al igual que en la situación familiar, las personas casadas tiene mayor desgaste emocional que personas no casadas. En el sector privado también se encontró mayor prevalencia de desgaste emocional.

Con respecto a la despersonalización encontraron que aumenta con la realización de turnos nocturnos y rotativos comparados con los que trabajan solo turnos diurnos, por lo tanto disminuye el logro personal.

Enfermeros que reportaron que iban a dejar el trabajo en los próximos 12 meses tenían altos niveles de despersonalización y bajos de logro personal.

Las variables de morbilidad como depresión, dolor de espalda y cabeza son predictores del Burnout.

Dando respuesta a la hipótesis planteada al comienzo de la investigación encontraron que en la subescala de despersonalización, estar empleado en el sector privado presenta una media (11.7) mayor que en el sector público (9.6), en la subescala de desgaste emocional no mostró diferencia significativa entre los dos sectores público y privado.

- **Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery.**

Este estudio se ejecutó con una población total de 1311 médicos en 489 hospitales alemanes. El objetivo era explorar la asociación entre el Burnout y la calidad del cuidado percibida por los pacientes y los errores médicos en cirugía. Instrumento utilizado: CBI.

Del grupo de profesionales el 40% eran mujeres y 60% hombres, de los cuales el 9% tenían un cargo de jefatura el, 21% médicos senior, 24% residentes, 46% sin entrenamiento avanzado. Con una media de 11.4 años en experiencia labora

De la muestra la presencia del síndrome de Burnout fue del 48.7%, del total el 42.3% son hombres y el 58.3% mujeres.

Más del 20% de los encuestados percibieron su calidad de cuidado como suboptima concerniente a cuidado psicosocial y al diagnóstico/terapia, cerca del 75% consideran que su garantía de calidad es suboptima, el 21 de los clínicos declaran que a veces o frecuentemente tiene errores de diagnóstico, la respectiva tasa de errores terapéuticos es del 14.5%. Hay significativas diferencias de género en aseguramiento de la calidad del trabajo. Mientras las mujeres en cirugía tienen una tasa de cuidados psicológico mejor que sus colegas masculinos. La calidad del diagnóstico/terapia y aseguramiento de la calidad es mejor entre los hombres.

Burnout es significativamente asociado con todos los aspectos de la calidad del cuidado (cuidado psicosocial, diagnostico/terapia, aseguramiento de la calidad y diagnóstico y errores terapéuticos), sin embargo análisis específicos del genero

revelan que la asociación entre Burnout y calidad del cuidado percibida es significativa entre hombre pero no entre mujeres.

- **Burnout Levels and Self-Rated Health Prospectively Predict Future Long-Term Sickness Absence. A Study Among Female Health Professionals.**

El objetivo del estudio fue validar el instrumento OLBI y tres indicadores de salud (depresión, ansiedad y autopercepción de salud) con las incapacidades por enfermedad de largo plazo, en este caso superiores a 90 días. El estudio fue llevado a cabo con una población de 2793 mujeres, donde se encontraban diferentes profesionales del sector salud en Suecia (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogas, auxiliares de odontología, higienistas, odontólogas, secretarias, administradoras, maestras y técnicas). Los instrumentos usados fueron OLBI y el Hospital Anxiety and Depression (HAD).

La edad de las encuestadas se encuentra entre 22 y 65 años con una media de 46.3 años. En el estudio se halló que 296 mujeres se ausentaron por enfermedad 90 días o más, durante los últimos 44 meses antes del estudio; de esas 296, 101 fueron por desórdenes musculo esqueléticos, 77 por desórdenes psiquiátricos por depresión y reacciones a estrés severo, 78 ausentes por otros diagnósticos.

El estudio muestra una fuerte asociación entre el agotamiento (componente del síndrome de Burnout) con futuras incapacidades por enfermedad con una Odds Ratio (OR) de 1.63, entre incapacidades y autopercepción de salud la asociación también fue significativa con un OR de 1.53. En el análisis de la asociación de la edad con el instrumento OLBI la OR fue de 1.04, con la autopercepción de salud 1.03, lo cual muestra una asociación estadística significativa.

Para las mujeres que habían tenido una incapacidad con un diagnóstico por desórdenes musculo esqueléticos (n = 101), el promedio de agotamiento fue de 2.39, disengagement 2.17, HAD-A (Ansiedad) 5.20 y HAD-D (Depresión) 4.36, y el 27.9 % calificaron su salud como regular o malo.

Con respecto a los diagnósticos psiquiátricos el estudio mostro que el agotamiento OLBI está asociado con futuras incapacidades de enfermedad con una OR de 5.17, además de la auto percepción de salud y depresión con OR de 1.71 y 1.12 respectivamente.

Para las mujeres que tenían incapacidades con diagnósticos psiquiátricos, (n=77), la media por agotamiento fue de 2.64, disengagement 2.22, HAD-A (Ansiedad) 7.18 y HAD-D (Depresión) 5.9, y el 28 % calificaron su salud como regular o mala.

- **Burnout Status of Health Care Personnel Working in Oncology and their Coping Methods.**

El objetivo del estudio fue determinar el estado de Burnout y los métodos de afrontamiento en el personal de salud que trabaja en oncología. Para la investigación se usó el MBI y el inventario Ways of Coping, los cuales se aplicaron a un total de 444 personas, los cuales se componen de la siguiente manera: Médicos: 137, Enfermeras: 290, trabajadores sociales: 11, y Psicólogos: 6. Además de esto se desarrolló un cuestionario de entrevistas, donde se indago el área del hospital donde trabaja, profesión, sexo, edad, estado marital, nivel de educación, duración total del trabajo y carga de trabajo. Con el fin de considerar su relación con el Burnout, además se trató de determinar los problemas de salud emergentes debido al Burnout.

El análisis de las variables sociodemográficas arrojó una muestra compuesta por un 79.5% de mujeres, con una edad promedio de 35.69 años, el 79.5% casados y el 39.9% graduadas de la universidad en los últimos 4 años. La mayoría fueron enfermeras 65.3%, con un tiempo de servicio en años de 13.4, el 73% consideraban sus ingresos como inadecuados y el 77% pensaban que su carga de trabajo era demasiada.

El análisis de los núcleos del MBI mostraron que el puntaje promedio de agotamiento emocional (EE) fue de 1.76, despersonalización (D) 1.05 y baja realización personal con 2.25. Estos puntajes muestran que el personal de salud tiene un nivel moderado de Burnout.

Los problemas de la salud más frecuente relacionados con el síndrome Burnout fueron el dolor de cabeza: 21.8 %, desordenes del sueño 19.29%, úlceras y problemas gástricos 16.68 % y nerviosismo excesivo 13.46 %.

En la investigación se encontró que el personal de salud que trabaja en el campo de la oncología, tienen un nivel moderado de Burnout, las enfermeras y el personal de salud que consideran que su salario es bajo y la carga de trabajo es alta se encuentran en riesgo de desarrollar agotamiento emocional. Los médicos y el personal de salud masculino que tienen un nivel educativo alto y carga de trabajo alta, presentan alto riesgo de desarrollar despersonalización.

El estudio muestra que es imposible frenar el Burnout en clínicas de oncología, pero que con los mecanismos de afrontamiento, especialmente el apoyo social, el personal de salud puede disminuir la presencia del síndrome, esto además debe ser acompañado de estrategias como la reducción de densidad de pacientes, incrementar la calidad y cantidad de personal, aumentos salariales y mejorando las condiciones laborales.

- **Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia.**

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del desgaste profesional (Burnout) y los factores asociados en personal de enfermería de servicios de

urgencias en cuatro instituciones de salud de Cartagena. Se diseñó un estudio analítico transversal y el desgaste se midió con la versión española del MBI. Además se indago por información demográfica y se aplicó la escala de satisfacción del trabajo.

El tamaño total de la muestra fue de 173 participantes, las edades se encontraban entre 20 y 53 años, con una media de 34, el 89.6 % eran mujeres, el 64.8 % tenían pareja estable, el 72.3 % pertenecían al estrato socioeconómico 2 en adelante, el 72.8 % tenía un nivel de formación de auxiliar, el 66.5 % trabajaba en una institución que presentaba un número bajo de urgencias y el 72.8 % devengaba un (1) salario mínimo.

Un total de 129 personas informan estar insatisfechos con su trabajo, de los cuales 34.9% presentaba desgaste profesional. Para la escala de desgaste profesional se encontró que el 26.65% del personal de enfermería presentaba el síndrome y este fue más recurrente en personas menores de 40 años, y en quienes presentaron insatisfacción laboral.

En relación con el sexo se observó que la presencia del desgaste era independiente.

El desgaste profesional no se relaciona con el hecho de contar con una pareja estable.

En el estrato socioeconómico se encontró independencia con el desgaste.

En el nivel de formación de auxiliares frente a enfermeras es independiente frente a la presencia del desgaste.

No hay asociación significativa entre el número de paciente que entran a urgencias en la institución con el desgaste.

No hay asociación con el salario y tampoco con personal a cargo.

En general la prevalencia del síndrome en personal de enfermería que labora en los servicios de urgencias es alto, además de existir una asociación significativa entre insatisfacción laboral y una edad menor de 40 años con el desgaste profesional. Lo que explicaría en este caso que el síndrome es más una consecuencia del ambiente laboral que de los otros factores anteriormente descritos.

- **Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru.**

Estudio transversal en el personal de enfermería en los departamentos de cuidado crítico e intensivo esto a su vez incluye la unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, cirugía, recuperación y urgencias. Para el estudio se consideró enfermeras con más de un año de experiencia obteniendo una muestra total de 93 participantes. Para el estudio se usaron dos instrumentos, un cuestionario sociodemográfico y ocupacional para caracterizar la población y el MBI-HSS.

La muestra está compuesta por 93 enfermeras/auxiliares de enfermería, de las cuales el 94.6% eran mujeres, edad promedio de 42.7 con una DE 7.9. El 60.2% estaban casados o en unión libre y 69.9% tenían hijos. El 58,1% eran enfermeras, el 92.5% con contrato fijo y el 65.5% habían trabajado en el mismo servicio durante los últimos 5 años.

El 48 % trabajaban en la unidad de cuidados intensivos, 24.7 % en cirugía, el 14 % en recuperación y el 12.9 % unidad de cuidados intermedios. La media de años de servicio en la institución es de 16.1 y en el correspondiente departamento era de 9 años. El 30.1% del personal de enfermería reporto tener otro trabajo fuera del Hospital.

En los resultados se encontraron que tener hijos está asociado con una media mayor de agotamiento emocional (13.3), mientras que el número de años trabajando en el área actual fue asociado con un puntaje medio más bajo de agotamiento emocional (-0.37). En los puntajes de despersonalización el género masculino fue asociado con una mayor puntuación 8.4 versus 3.7 del género femenino. Una mayor edad fue asociada con bajos puntajes de despersonalización. Con respecto a la variable de estado marital, ser divorciado, separado, viudo fue asociado con una puntuación menor de despersonalización comparado con ser soltero.

Las personas que trabajaban en recuperación, comparadas emergencias/cuidados intensivos fueron asociadas con un bajo puntaje de despersonalización. Los puntajes de logro personal en este estudio no fueron asociados significativamente con alguna de las variables socioeconómicas o demográficas.

- **Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study.**

El objetivo del estudio fue medir la prevalencia del desarrollo del Burnout en médicos generales, se realizó un estudio longitudinal (2002, 2004 y 2006), con una muestra aleatoria de médicos Holandeses con un total final de 212 participantes para los tres años de corte. El instrumento de medición del Burnout usado fue el MBI.

El grupo final estaba compuesto por 108 mujeres (51 %), y 104 hombres (49 %), la edad media reportada fue de 48.44 años. Las mujeres fueron significativamente más jóvenes con una media de 42.96 años. El 77 % de los encuestados tenían al menos un hijo, el cual vivía en casa y con una edad media de 8.4 años. Y para el primer corte (2002) el 81% de los encuestados hombres trabajaban 40 o más, mientras que las mujeres el porcentaje fue de 31 %.

Para el análisis de los datos obtenidos se partió de unas preguntas básicas:

- ¿Cambia la prevalencia del Burnout sobre el tiempo entre hombre y mujeres? (pregunta 1).

El desarrollo de Burnout fue positivo en el primer lapso de tiempo, disminuyendo del 20 % al 9 %, aunque en el segundo lapso de tiempo este se incrementó nuevamente, pero no a los niveles del año 2002.

El efecto del sexo en la despersonalización muestra que difiere entre hombres y mujeres en los tres puntos de corte, específicamente los hombres reportan niveles significativamente más altos de despersonalización que las mujeres. Para el agotamiento emocional y logro personal esta variable no arroja datos significativos.

- Orden causal de las tres dimensiones de Burnout entre médicos masculinos y femeninos (pregunta 2).

El cruce de tiempo y las correlaciones entre las tres dimensiones de Burnout son bastante altas para ambos sexos, aunque la relación entre agotamiento emocional y despersonalización es considerablemente más fuerte que la correlación entre agotamiento personal y realización personal, especialmente para los hombres. Por otra parte para las mujeres el cruce de correlación entre agotamiento emocional y despersonalización en el segundo rango de tiempo (2002-2004), es considerablemente más alta que la correlación entre despersonalización y agotamiento emocional.

Los resultados muestran que cerca del 20% de los médicos clínicamente quemados, para ambos sexos el síndrome decrece después del primer año y luego se incrementa nuevamente para el segundo año de estudio. El proceso de Burnout en los hombres es activado por la despersonalización y en las mujeres por agotamiento emocional.

- **Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals.**

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre los niveles de empatía con el Burnout profesional así como las variables independientes elegidas entre los empleadores del sector salud. Los instrumentos usados fueron el MBI, la escala de empatía Mehrabian-Epstein, tarjetas seleccionadas de H.A. Murray-TAT y un cuestionario sociodemográfico.

La investigación fue realizada con 256 médicos y 410 enfermeras de varias especialidades para un total de 666 participantes. Esta muestra fue dividida en tres grupos, quirúrgicos (operativos), no quirúrgicos (no operativos) y atención primaria en salud de acuerdo con la especialidad y área de trabajo.

El 82.3% de los participantes eran mujeres, casi la mitad de la muestra tenían educación superior (49.7 %). El promedio de la edad fue de 36.89 años. El tiempo promedio de servicio fue de 13.14 años. La mayoría de los participantes del estudio eran enfermeras con un 60.51%, una de cada seis (16.91%) tenían niveles de educación superior. Este grupo estaba compuesto principalmente por mujeres 98.81 %. En el grupo de médicos las mujeres (57 %) superan en cantidad a los hombres también.

Los resultados muestran que el grupo descrito como no operativo fue caracterizado con el nivel más alto de empatía, además el análisis de las diferencias entre los grupos sobre el desgaste mostró que este grupo obtuvo los mejores resultados con los niveles más bajos de desgaste emocional y despersonalización, en comparación con los otros grupos estudiados.

Entre las variables independientes, que puede ser relacionada con el nivel de empatía con una diferencia estadísticamente significativa, la satisfacción (según los encuestados), fue el único confirmado en cada elemento componente en cada escala de empatía.

Se encontró en todos los encuestados una fuerte relación significativamente negativa entre el nivel de empatía y el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y falta de logro personal.

Aunque también negativo, pero no tan significativamente fuerte, se encontró una relación entre el nivel del componente de empatía cognitiva y el nivel de agotamiento emocional y despersonalización.

- **Intensive care nurses, perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions.**

El objetivo del estudio fue investigar los niveles de satisfacción en el trabajo y agotamiento sufrido por enfermeras de cuidados intensivos y la relación entre ellos a través de la dimensión de futilidad. Los datos fueron obtenidos usando un cuestionario, el MBI y el Minnesota Satisfaction Questionnaire en una muestra de 206 enfermeras.

El promedio de edad fue de 29.17 años, 87.7% estaban en un grupo de edad entre 22 y 34 años, 94.4% eran mujeres, el 44.2% estaban casadas, y el 73.9% tenían títulos de pregrado. Se determinó que el 47.8% habían trabajado 4 años o menos y que el 65.9% tenían 4 años o menos de experiencia en unidades de cuidado intensivo. El 81.2% trabajan en turnos y el promedio de pacientes era de 4.36. El 63% tenían entrenamiento en cuidados intensivos y el 51.4% tenían capacitación en asuntos éticos.

- *Futilidad*

Cuando se preguntó sobre la frecuencia de tratamientos fútiles, el 30.4% declararon que habían aplicado tratamientos de este tipo una vez al mes y el 16.7% declararon cada día. De acuerdo con las declaraciones el 78.3% mantenían los tratamientos por demanda de los médicos, por los familiares el 41.1% y el 33.3% por demanda de la administración del hospital. El 29.8% de las enfermeras declararon que la decisión de mantener tratamientos fútiles debería ser hecha por un equipo, 21.8% por los médicos a cargo y 15.9% por el comité de ética.

- *Satisfacción en el trabajo.*

El promedio de puntaje fue de 59.41, los puntajes para agotamiento emocional fue de 15.81, despersonalización 6.52, y logro personal 20.73. La evaluación de la

correlación entre satisfacción en el trabajo y Burnout revelo una correlación negativa débil pero estadísticamente significativa entre satisfacción en el trabajo y agotamiento emocional y entre satisfacción en el trabajo y despersonalización. Una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa fue encontrada entre satisfacción en el trabajo y logro personal.

La relación entre la edad estado marital, horas de trabajo, el total del pacientes y tener educación sobre cuidados intensivos y su satisfacción en el trabajo no fue estadísticamente significativa; sin embargo las enfermeras que habían tenido capacitación en ética y proveían cuidados a un número pequeño de pacientes, tenían estadísticamente significativos puntajes más altos en satisfacción en el trabajo.

- *Burnout*

Se determinó que las enfermeras con educación universitaria tenían promedios estadísticamente significativos más altos para agotamiento emocional (16.69) y despersonalización (6.92), y bajos puntajes para logro personal (20.05), que aquellas enfermeras con educación superior (especialización). Las enfermeras que habían trabajado 4 años o menos tenían promedios más altos para agotamiento emocional (16.8) y despersonalización (7.03), pero la diferencia entre ellos fue estadísticamente insignificante. Mientras que aquellas que habían trabajado más de 5 años tenían puntajes más altos significativamente estadísticos para logro personal.

Las enfermeras que trabajaban en turnos tenían puntajes altos significativamente estadísticos para agotamiento emocional (16.73) y despersonalización (6.88), pero bajos puntajes para logro personal (20.25). Las enfermeras que tenían capacitación en ética, tenían bajos puntajes para agotamiento emocional y despersonalización (15.35 y 4.77 respectivamente), estadísticamente significativos, y altos puntajes para logro personal (21.45).

La relación entre edad, estado marital, horas de trabajo en cuidados intensivos, el número total de pacientes y tener educación sobre cuidados intensivos, con los puntajes promedios para agotamiento emocional, despersonalización y logro personal fue estadísticamente significativo.

- *Relación entre Futilidad, Satisfacción en el Trabajo y Burnout.*

Cuando los puntajes para Burnout y satisfacción en el trabajo fueron comparados en términos de su percepción de futilidad, aquellas que accedieron la proposición que los tratamientos fútiles contribuían con la calidad de vida un individuo mínimamente (14.86), fueron determinadas a tener bajos puntajes estadísticamente significativos para agotamiento emocional.

Enfermeras que accedieron a la proposición que la futilidad desmoraliza los profesionales de la salud tenían bajos puntajes significativamente estadísticos para satisfacción en el trabajo (56.38), y altos para despersonalización (6.08). Quienes accedieron la proposición que cada paciente tenía el derecho a

beneficiarse de todos los tratamientos y cuidados provistos en la unidad de cuidados intensivos (71%), fueron determinadas a ser Sensibles (6.01).

Se determinó que las enfermeras que consideraban que la decisión acerca de los cuidados fútiles debería ser tomada por los pacientes o los familiares de los pacientes, tenían altos puntajes para satisfacción en el trabajo (63.09) y logro personal (21.94), y fueron más sensibles (4.94).

La mayoría de las enfermeras (60.9%), accedieron a la proposición que la decisión de los cuidados fútiles debería ser hecho por los pacientes o los familiares, pero aquellas que estaban indecisas sufrían mucho de agotamiento emocional y despersonalización. Quienes declararon que las prácticas fútiles no se derivaban de una pobre comunicación con el equipo tenían altos puntajes para logro personal.

Los que estaban de acuerdo a la proposición con la decisión de aplicar el tratamiento fútil debería ser hecho por el equipo, fueron determinados a ser más sensibles.

Las enfermeras que declararon que la aplicación de los cuidados fútiles no entra en conflicto con los objetivos de la medicina, fueron determinadas a ser más sensibles y a tener altos puntajes para satisfacción laboral. Quienes estaban en desacuerdo con la proposición de que se han realizado esfuerzos para prevenir los tratamientos fútiles en sus unidades, se encontró que tenían alta sensibilidad.

- **Factors associated with burnout syndrome in physiotherapy staff: A questionnaire study physiotherapy staff: A questionnaire study.**

El objetivo del estudio fue investigar los niveles del síndrome de Burnout en fisioterapeutas Iraníes y los factores asociados con este síndrome en las tres subescalas. La muestra está compuesta por 243 fisioterapeutas activos. Los instrumentos de recolección de información incluyeron un cuestionario demográfico, datos relacionados con el trabajo y una versión Persa no publicada del MBI.

Del total de la muestra el 51.9% eran mujeres, el 43 % tenían su propio centro de fisioterapia, mientras que el 56.1 % trabajaban en centros hospitalarios. El 47.3 % estaban en un rango de edad comprendido entre los 31-50 años. El 60.7 % estaban casados y más de dos tercios tenían más de 10 años de experiencia.

Un poco menos de las tres quintas partes reportaron la fisioterapia como un trabajo estresante. Un poco menos de la mitad de los encuestados reportaron tener apoyo por parte de sus superiores en el ambiente de trabajo. El 62.3 % no tenían oportunidades de entrenamiento en sus trabajos. Con respecto a la carga de trabajo, la mayoría prestaba su servicio entre 10 y 30 pacientes por día,

alrededor del 20 % atendían 10 pacientes al día o menos y para una minoría la carga de trabajo era alta con más de 30 pacientes al día.

Cerca de la mitad de los fisioterapeutas tenían ansiedades de tipo financieras. Cerca del 70 % se consideraban personas físicamente adecuadas en la carrera profesional. Menos de un tercio reportaron tener tensión psicológica en sus familias lo cual influenciaba la eficiencia en sus lugares de trabajo. Más de la mitad de los terapeutas no estaban satisfechos con sus ingresos.

Con respecto al Burnout, se encontró que el 11 % presentaban un nivel alto de agotamiento emocional, el 24 % obtuvo un puntaje alto en logro personal y el 4.9 % se encontró con alto puntaje en la subescala de despersonalización.

El grado de Burnout en aquellos terapeutas que estaban felices con sus trabajos fue significativamente diferente de aquellos que no estaban satisfechos con su ocupación en las tres subescalas. De acuerdo con los resultados la presencia de conflictos familiares no tenía ninguna influencia sobre el agotamiento emocional, despersonalización y logro personal.

Con el aumento de la edad hubo un incremento en la subescala de logro personal y un decrecimiento en agotamiento emocional y despersonalización.

Se concluye que el Burnout es un problema en los fisioterapeutas Iraníes, los altos niveles del síndrome están asociados con bajos ingresos tipo de sector de empleo, edad y estrés relacionado con el trabajo.

- **Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital.**

El estudio evaluó la prevalencia de Burnout completamente desarrollado, el riesgo y la influencia del trabajo y los factores relacionados con el empleo en cinco unidades de cuidados intensivos. Se llevó a cabo un estudio de corte transversal usando el cuestionario MBI para la evaluación de la frecuencia e intensidad del síndrome de Burnout y un cuestionario general para factores sociodemográficos. En el estudio participaron 33 médicos y 150 enfermeras para una población total de 183 personas.

El 56.8% de la muestra estaba compuesta por mujeres, la mayoría de los encuestados (78.5%) está dedicado completamente a empleos de cuidado crítico. Los resultados generaron dos grupos, el primero no presento el síndrome y un segundo que mostraba presencia del síndrome o estaban en factor de riesgo de presentarlo.

El 34.4% de los encuestados presentaron incremento en alguna de las subescalas de despersonalización, agotamiento emocional o falta de realización personal. Un 6 % ya presentaba el síndrome de Burnout. En el estudio no se encontró correlación entre el riesgo de Burnout y el entrenamiento profesional, posición o modo de empleo.

- **Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español.**

El objeto del estudio fue comparar la prevalencia de Burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y sus percepciones.

Se realizó un estudio transversal desde 2006 hasta el 2007, con la participación de 11530 personas. El instrumento de medición del Burnout usado fue el MBI además de un cuestionario de variables sociodemográficas.

El 49 % de la muestra estaba compuesta por mujeres, la edad media fue de 41.7 años, y la experiencia profesional media de 15.9 años, tiempo promedio en el trabajo actual fue de 10.86 años, el estado civil más reportado fue casado con 66.2 % de los encuestados, el promedio de hijos fue de dos, la mayor cantidad de participantes fueron de Argentina con el 65.1 %. La profesión más representativa fue Medicina con el 85.4%, la cual a su vez se subdivide en desde Medicina general, pasando por varias subespecialidades, seguido de enfermería con el 4 %. El 12.9 % de las mujeres desarrollaron Burnout, en comparación con los hombres de un 9.9 %, el estado civil que más presentó el síndrome fue estar soltero con 14.6 %, España y Argentina presentaron las prevalencias más altas del síndrome con 14.9 % y 14.4 % respectivamente. La profesión que más presentó el síndrome fue medicina con 12.1 % y enfermería con 7.2 %.

- *Agotamiento emocional (AE)*

Trabajar realizando turnos de guardia, padecer una enfermedad crónica, y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el último año, fueron asociadas de manera independiente para la presencia del agotamiento emocional, de otro lado la valoración laboral y la percepción de sentirse valorado por quienes lo rodean se mostraron como variables protectoras del agotamiento emocional. También se puede incluir la satisfacción personal y la valoración de la situación económica personal. A mayor edad, más años de ejercicio profesional o mayor tiempo en el puesto de trabajo actual existe menor probabilidad de desarrollar agotamiento emocional.

Con respecto al país de residencia el valor medio más alto se observó en Argentina, seguido de España y Uruguay. Los profesionales residentes de todos los países de habla hispana excepto España tenían menos probabilidad de agotamiento emocional.

Por profesiones el valor medio más alto se encontró en el grupo otras profesiones, seguido de medicina y enfermería.

- *Despersonalización (DP)*

Ser mujer se mostró como un factor protector. Los solteros tenían valores medios de DP más altos que los demás participantes con otro estado civil. Realizar guardias y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el último año, se asoció con un nivel alto de DP. Un fuerte efecto protector lo presentó la valoración laboral, además del optimismo y la satisfacción profesional. Los países con valores más altos de DP fueron España y Argentina.

- *Realización Personal (RP)*

Las mujeres percibían una menor RP en relación a los hombres, las personas solteras expresaron valores más bajos de RP que el resto de los participantes. Realizar guardias y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el último año se asociaron con un nivel bajo de RP. La valoración laboral fue un factor altamente protector de presentar baja RP. El optimismo, la satisfacción laboral, la valoración económica personal, la edad y la presencia de hijos se asociaron con una mayor RP.

La prevalencia general del síndrome de Burnout de la muestra fue de 11.4 %, esta era mayor en mujeres y personas solteras. El sexo y el estado civil no mantuvieron una asociación estadística significativa con el Burnout. Trabajar realizando turnos de guardia, haber estado de baja laboral y padecer una enfermedad crónica se asociaron de manera independiente con el caso de Burnout.

La valoración laboral se mostró altamente protectora de Burnout, de modo que cada nivel de valoración disminuía a la mitad la probabilidad de tenerlo. A mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de Burnout, siendo edad la variable que mantuvo la significación en el estudio multivariado. Tener hijos tuvo efecto protector, También actuaron como protectores el grado de optimismo, la satisfacción profesional y la valoración de la situación económica personal.

- **Burnout Syndrome in Pediatric Practice.**

Este estudio busca medir las tasas de Burnout y los determinantes potenciales en pediatría. Investigación de corte transversal, descriptivo en médicos pediatras practicantes, se utilizó el instrumento MBI y además se agregaron preguntas relacionadas con el trabajo y el estilo de vida.

La muestra fue de 130 pediatras, donde el 55% eran mujeres con un rango de edad entre 25 y 45 años siendo 30 años el promedio, la mayoría estaban casados con un 72%, y el 53% tenían un promedio de 2 hijos. Los participantes del estudio estaban compuestos por consulta 46%, residentes 31% y asistentes 23% que

completaron su entrenamiento. El promedio de experiencia era de 10 años. El 54% tenían ingresos adicionales por su práctica en la academia o universidades. Los puntajes de Burnout fueron anormales en el 82% de los participantes y significativamente anormales o severos en el 34% de los encuestados. Los hombres tenían más probabilidades de alcanzar un estado de agotamiento severo comparado con las mujeres 40% y 31% respectivamente.

Los pediatras que trabajaban en universidades eran más propensos (50%) a tener cansancio severo en comparación con los que trabajaban en otros hospitales (19%), los pediatras de consulta estaban más propensos a experimentar un Burnout severo en comparación con los residentes y los asistentes, con un 46% y 27% respectivamente.

En este estudio las variables edad, estado marital, años de práctica e ingresos no tenían correlación con el estado de Burnout. Los resultados también muestran que el 19% tenían otros estresores como en sus vidas como la pérdida de un hijo, pérdida de la pareja, pérdida de los padres, pérdidas financieras, cambios en el trabajo. Sin embargo estos factores no se reflejaron en los puntajes de Burnout.

- **Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos.**

El objetivo del estudio fue investigar la relación entre el síndrome de Burnout con la personalidad resistente y el sentido de coherencia con el fin de determinar si éstas pueden ser entendidas como predictores del Burnout. Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 144 profesionales sanitarios de Cuidados Intensivos. La muestra se compuso de 25 médicos, 80 enfermeros, y 39 auxiliares. Para la investigación se usaron varios instrumentos: Cuestionario Breve de Burnout (CBB), Cuestionario de Personalidad Resistente (CPR), y la adaptación española del Cuestionario de Orientación a la vida (OLQ-13).

El 77.1% de la muestra estaba compuesta por mujeres, el rango de edad se situó entre 27 y 64 años con una media de 45.4 años. El promedio de experiencia en la profesión era de 20.5 años y de 12.7 años de permanencia en el servicio.

El porcentaje de participantes con niveles elevados de Burnout se situó en 36,9%, frente al 51,1% con niveles medios y 12,1% con nivel bajo. El valor más elevado se encuentra en el factor despersonalización, seguido de falta de realización y el síndrome de Burnout.

Los análisis de correlación entre las escalas CPR, OLQ-13 y los antecedentes de Burnout con la puntuación en la escala de síndrome de Burnout, mostraron que el factor de carácter organizacional (antecedentes de Burnout) muestra la relación más alta con el síndrome de Burnout, también se relacionó de modo significativo y negativo con las dimensiones de la personalidad resistente, siendo la correlación

más alta con la dimensión de implicación ( $r = -0.42$ ) y la menor correlación con la variable de control ( $r = -0.2$ ).

Los resultados indican que las personas con más altos niveles de Burnout, presentan más antecedentes y consecuentes de Burnout, niveles más bajos de personalidad resistente (tanto a nivel global como en sus componentes), y menor nivel de comprensibilidad (subescala del sentido de coherencia).

Los efectos principales de la variable antecedentes organizacionales (antecedentes de Burnout) y la experiencia laboral siguen el patrón esperado. Ambas variables predicen significativamente el Burnout siendo más de un 52% de la varianza total explicada por estas variables. La variable organizacional aparece como la más significativa en la predicción del Burnout explicando el 50% de la varianza total del Burnout.

Respecto a las variables personalidad resistente y comprensibilidad, no resultaron Significativas ni en los efectos principales ni en los de interacción entre ellas o con los antecedentes de Burnout. La influencia de las variables organizacionales sobre el Burnout se atenúa cuando son altos los niveles de personalidad resistente y la comprensibilidad.

En conclusión la personalidad resistente y la comprensibilidad, componente del sentido de coherencia, modulan los efectos de los estresores laborales (antecedentes del Burnout) en el síndrome de Burnout.

- **Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo.**

El objetivo del estudio fue validar relaciones estructurales y funcionales hipotetizadas entre estrategias de afrontamiento y factores asociados al síndrome de Burnout en muestras independientes de trabajadores de la salud, de diferentes hospitales y contextos de atención hospitalaria. Se aplicó el instrumento MBI-HSS para medir el Burnout, la escala de Afrontamiento ante Riesgos Extremos adaptados para población mexicana y una encuesta socio demográfica. El tipo de estudio fue observación pasiva y transversal.

Se analizaron las respuestas de 354 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel y 300 de un hospital de referencia. Los grupos se conformaron con personal de enfermería, paramédicos, servicios auxiliares y diagnóstico, médicos y médicos residentes.

*Hipótesis formuladas:*

1. La estructura factorial del síndrome de Burnout permanece relativamente constante en muestras independientes entre diferentes contextos de atención hospitalaria.
2. El uso de estrategias activas de afrontamiento (control emocional, búsqueda de información, búsqueda de apoyo social, reinterpretación cognitiva y planeación) tiene efectos protectores sobre el síndrome de Burnout.
3. El uso de estrategias pasivas (tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir, rechazar la gravedad de la situación, bromear y tomar las cosas a la ligera) aumenta la probabilidad de desarrollar Burnout.
4. La asociación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout es constante a través de los diferentes hospitales y contextos de atención hospitalaria.

La edad promedio de los participantes fue de 37 años en ambos hospitales, se observó una mayor presencia de mujeres en ambos hospitales. La mayor parte de los participantes, fueron personal administrativo, seguido de médicos y enfermeras respectivamente.

Los resultados indican que la primera hipótesis se confirma satisfactoriamente, ya que el modelo factorial de Maslach y Jackson (1986) se mantiene relativamente constante a través de dos muestras independientes y diferentes contextos de atención hospitalaria.

La segunda hipótesis se confirma empíricamente, dado que las estrategias activas de afrontamiento (control, búsqueda de información, búsqueda de apoyo social, confrontación, entre otras) demuestran tener efectos protectores ante el síndrome de Burnout; en el hospital 1 existen efectos negativos sobre el síndrome  $r = -0.44$ , mientras que en el hospital 2 la relación es de  $r = -0.42$ . Esto es indicativo de que a mayor uso de estrategias activas de afrontamiento, existe un decremento de la intensidad de los síntomas de Burnout, y con esto reduce la probabilidad de cumplir criterios clínicos para el diagnóstico.

La tercera hipótesis queda demostrada parcialmente, ya que en el hospital 1 ( $N = 354$ ) las estrategias pasivas de afrontamiento tienen un efecto positivo de  $r = 0.13$ , mientras que en el hospital 2, de  $r = 0.33$ , aunque los dos hospitales son consistentes en relación con la dirección de la asociación, existen diferencias en la fuerza de las mismas.

Se compararon las siguientes relaciones: estrategias de afrontamiento activo y síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento pasivo y síndrome de Burnout; estrategias de afrontamiento activo y estrategias de afrontamiento pasivo.

Los resultados obtenidos confirman parcialmente la cuarta hipótesis:

- 1.- No existen diferencias significativas en la fuerza de las relaciones estructurales de estrategias de afrontamiento activo y síndrome de Burnout en los dos hospitales.

2.- No existen diferencias significativas en la fuerza de las relaciones estructurales entre las estrategias de afrontamiento, y finalmente,

3.- Existen diferencias funcionales significativas en la fuerza de las relaciones estructurales entre estrategias pasivas de afrontamiento y síndrome de Burnout.

Las implicaciones teórico-prácticas sobre la relación estructural y funcional entre el afrontamiento activo y el síndrome de Burnout, aportan evidencia sólida de que existe un efecto protector, independientemente del contexto y el tipo de atención hospitalaria, del uso de estrategias de afrontamiento activo (control, planeación, búsqueda de información, de apoyo emocional, entre otras) sobre el síndrome de Burnout, lo que lleva a una disminución en la intensidad de los síntomas.

- **Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT.**

El objetivo de la investigación fue analizar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en pediatras. La muestra fue de 123 personas que trabajan en el servicio de pediatría de hospitales generales, se realizó un estudio trasversal no aleatorio, donde el SQT se midió el MBI-HSS y el cuestionario CESQT.

33 participantes (26.8%) trabajaban como personal de planta de 36 horas semanales (no realizaban guardia), y 90 participantes (73.2%) tenían nombramiento de guardia (24 horas de guardia y 12 horas en planta). La distribución según sexo fue de 89 mujeres (72,4%) y 34 hombres (27,6%). La media de edad fue de 42.38 años (24 -70 años).

Siguiendo los puntos de corte establecidos por Maslach y Jackson en 1986 se obtuvieron para la muestra que el 34.14% de los participantes puntuaron bajo en realización personal en el trabajo, un 47.15 % puntuaron alto en agotamiento emocional y el 22.76% puntuaron alto en despersonalicen. Cuando se utilizaron los puntos de corte establecidos por Schaufeli y Dierendonck en 1995, se obtuvo que un 18.69% de los participantes presentaron baja realización personal en el trabajo, el 19.51% presentaba altos niveles de agotamiento emocional y el 24.39% altos niveles de despersonalización.

Solo 13 participantes (10.59%) presentarían el SQT si se aplicaran los puntos de corte de Maslach y Jackson (1989), mientras que la prevalencia resulto inferior cuando se utilizaron los criterios de Schaufeli y Dierendonck (1995) solo 4 participantes (3.25%) puntuaron bajo en Realización personal en el trabajo, y a la vez alto en Agotamiento emocional y en Despersonalización.

Para el análisis CESQT se considera un caso grave (Perfil 1) si el sujeto presenta bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia. El caso será muy grave cuando altas

puntuaciones en el promedio de las tres escalas se acompañen de altos sentimientos de Culpa (Perfil 2).

Aplicando esos criterios se obtuvo que 62 participantes (50.40%) presentaban altos niveles de Desgaste psíquico, 32 (26.01%) presentaban altos niveles de Indolencia, 31 (25.20%) bajos niveles de Ilusión por el trabajo, y 13 participantes (10.56%) presentaron altos niveles de Culpa. La prevalencia del SQT fue del 27.64%, pues 34 sujetos puntuaron alto en Desgaste psíquico e Indolencia, al tiempo que bajo en Ilusión por el trabajo. Cuando se consideró la puntuación total en la escala CESQT (15 ítems), el número de pediatras que percibió altos niveles de SQT, con una frecuencia igual o superior a 2, fue de 58 (47.15%). Pero, solo 4 individuos (3.25%) deben considerarse como casos muy graves, pues presentaron Altas puntuaciones en el CESQT junto con altos sentimientos de culpa.

- **Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería.**

El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones existentes entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. La muestra estuvo formada por 316 profesionales de enfermería seleccionados de manera no aleatoria. El diseño del estudio fue longitudinal y no aleatorio, con una diferencia de un año entre tiempo 1 (T1) y tiempo 2 (T2). El instrumento de medición fue la adaptación española del MBI, además se utilizó el cuestionario de satisfacción laboral S20/23+.

La población se constituyó con un 83.2% de mujeres, la media de edad fue de 40.39 años (23-60 años). Con respecto al tipo de contrato el 57.6% tenían contrato laboral fijo, mientras que el 39.9% eran trabajadores temporales.

Los resultados del estudio confirman la existencia de una relación significativa, negativa y bidireccional entre el SQT y satisfacción laboral, siendo las puntuaciones en agotamiento emocional y de despersonalización antecedentes significativos de satisfacción laboral en enfermería. Los resultados confirman que las puntuaciones de satisfacción laboral están directamente relacionadas con la experiencia de estrés de los profesionales de enfermería, lo que permite afirmar que los síntomas del SQT, agotamiento emocional y despersonalización, resultan variables antecedentes de satisfacción laboral. Sin embargo, realización personal en el trabajo no resultó un antecedente significativo de satisfacción laboral. Por lo tanto, los resultados indican que las experiencias emocionales y actitudinales del trabajador influyen en sus niveles de satisfacción laboral de manera más intensa que a la inversa.

Por otra parte, los resultados confirman parcialmente que la satisfacción laboral es una consecuencia actitudinal del SQT.

- **The factors associated with the Burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report.**

Explorar los factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermeras Chipriotas. Para el estudio se utilizó la escala MBI, preguntas relacionadas con el estrés ocupacional y preguntas relativas al auto reporte de fatiga.

El estudio formuló las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras?
- ¿Cuáles son los factores asociados con el síndrome en las enfermeras?
- ¿Cuál es la diferencia del síndrome de Burnout entre las enfermeras que trabajan en el sector privado y el sector público?
- ¿existe una asociación entre fatiga y Burnout?

La muestra se compone de 1482 enfermeras, donde el 80.4% eran mujeres que trabajaban en sector público y privado. El 73.6% eran casadas, la media de edad fue de 36.68 años con un de 21 . 63 años. El promedio de experiencia laboral era de 14.53 años.

El 65.1% de las enfermeras creían su trabajo era estresante. 21.5% de los participantes estaban en el rango alto de desgaste emocional, el 30.7% puntuó alto en logro personal y el 33% obtuvo puntajes altos en la subescala de despersonalización.

El 12.8% cumplía con los criterios de Maslach para Burnout, la prevalencia puntual de Burnout fue la siguiente:

- 12.7% de los que trabajaban en el sector público y 12.2% en el sector privado.
- 11.8% en mujeres y 17.4% en hombres.
- 12.5% en quienes tenían una pareja, 14.8% en divorciados/separados, 11.5% en casados y 19.5% en los solteros.
- 21.9% de aquellos que trabajaban en oncología, 17.5% operativos, 17.2% en cirugía, 15.9% emergencias, 14.5% en cuidados intensivos, 12.4% en servicios médicos, 10.1% en otros departamentos y 2.9% en la parte administrativa.
- 6,8% para los que trabajan en un servicio diferente al de su elección en comparación con aquellos que respondieron que se trataba de su propia elección 9,6%.

- 11.2% para quienes eligieron la enfermería como profesión, 17.3% para los que la profesión es resultado de las circunstancias, y 12.2% para aquellos animados por otros a escoger la carrera.

### *Fatiga*

La prevalencia del autoreporte de fatiga fue del 91.9%, quienes trabajaban en el sector público fue de 92.4% y el sector privado se reportó un 82.2%, el 70% reportó presentar fatiga frecuente y muy frecuentemente. En las mujeres la prevalencia fue más alta que en los hombres con un 93% y 87% respectivamente. Un alto porcentaje de enfermeros (61.4%) presentan fatiga después del trabajo, estadísticamente más enfermeros que enfermeras atribuyen la fatiga a las condiciones de sus trabajos.

En las enfermeras que subrayaron que la fatiga interviene con la calidad del servicio eran más jóvenes y tenían menos experiencia. Al contrario de la prevalencia del Burnout, la prevalencia de la fatiga no difiere mucho entre los diferentes departamentos donde laboraban las enfermeras y tampoco con el estado marital.

La prevalencia del Burnout fue:

- 13.7% de aquellos que se sintieron fatigados y 1.8% de aquellos que no.
- 27.5% en quienes sentían fatiga muy frecuentemente, 13.4% en aquellos frecuentemente, 7.1% en los que se reportaron fatigados raramente y 3.1% muy raramente.
- 17% en las personas que creían que sus trabajos son estresantes y 4.3% en aquellos que no.
- 18.6% para quienes la fatiga se presentaba en la mañana, 15.8% principalmente después del trabajo y 6.5% en la noche.
- 18% para los que respondieron que la fatiga empeoraba a medida que pasaba el tiempo, 8.9% para quienes se mantenía igual y 5.4% para aquellos que mejoraba con el tiempo.
- 15.5% en quienes creían que la fatiga era un atributo del trabajo, 14.6% para quienes pensaban que se atribuía a la familia, 10.2% en todos estos factores, 9.1% se relacionaban con los problemas de salud.
- 27.7% para quienes mencionaron que su fatiga era psicológica o principalmente psicológica, 14% para reporte de física y psicológica y 13% para los que reportan física o principalmente física.
- 75.4% en las personas que estaban de acuerdo con la declaración *me atrevería a decir que sufro de agotamiento emocional* y 20.2% en aquellos que estaban en desacuerdo.
- 20.8% en aquellos que creían que la fatiga interfería con la calidad de sus trabajos y 3.9% en los que no lo creían.

## 9. DISCUSIÓN.

De los 18 artículos analizados, en 15 se usó el instrumento MBI de Maslach y Jackson (16), lo que muestra que es el instrumento más generalizado para medir el síndrome de Burnout.

Se halló que la percepción del estado de salud (42) (43) puede ser predictor importante para la aparición del síndrome, ya que aumenta el riesgo de padecer enfermedades como dolores osteomusculares, depresión, trastornos del sueño, además de presentarse altos niveles de agotamiento emocional. También esta percepción del estado de salud se podría configurar como un predictor de futuras incapacidades relacionadas con trastornos musculo esqueléticos, enfermedad mental y trastornos psiquiátricos (44).

La capacidad de afrontamiento se muestra como una variable de protección frente a la aparición y desarrollo del síndrome: a mayor estrategias de afrontamiento implementadas, menor es la intensidad de los síntomas del síndrome (45), la empatía también es considerada como un factor de protección, para las personas con mayor capacidad de sentir empatía, presentan niveles bajos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de logro personal (46). Además, se puede disminuir la presencia del síndrome con un afrontamiento adecuado, unido a estrategias como reducir la cantidad de pacientes, incrementar la calidad y cantidad del personal, aumentos salariales y mejoramiento de las condiciones laborales (43). Otro factor que se muestra protector es la satisfacción laboral (47) (48), es decir que a mayor índice de satisfacción laboral, existe un menor riesgo de desarrollar Burnout, la personalidad resistente (49) fue documentada como moduladora de los estresores laborales, disminuyendo así el riesgo. Adicionalmente tener hijos, una alta satisfacción profesional y valoración de la situación económica personal (50) se presentan como factores protectores.

Las personas con mayor edad, presentan menor despersonalización, el grupo poblacional con 40 o menos son más propensos a presentar mayor riesgo de desarrollar síndrome de Burnout (51), también se evidenció que a mayor edad mayor logro personal (52) y las personas con más años de ejercicio laboral o mayor permanencia en el puesto de trabajo, presentan menor riesgo de agotamiento emocional (50), otro estudio señala que el grupo etario entre 30 y 39 años (53) era el más propenso a la presencia del síndrome. Se puede señalar que tener mayor edad es un factor protector para la aparición de Burnout.

Los hombres presentan mayores niveles de despersonalización (54) (55) (56) además del riesgo de alcanzar un estado de agotamiento severo y las mujeres mayor agotamiento emocional (50), por lo tanto ser mujer es un factor protector frente a la despersonalización.

Los que trabajan por turnos tienen mayor despersonalización y menor realización

personal (50), (48), la gran mayoría de los que tienen el síndrome o presentan factores de riesgo trabajan a tiempo completo (53).

Se podría concluir que las mujeres tienen más agotamiento emocional (42)(43)(55)(52)(50) y (57), los hombres presentan un nivel mayor de despersonalización (42)(43)(54)(50) y (57). En dos investigaciones las mujeres tienen mayor nivel de logro personal (42) (52), y en los hombres solo fue alto en uno de los estudios analizados (50). Finalmente la diferencias en las subescalas no es estadísticamente significativa (57). Y para el logro personal las mujeres tienen niveles más altos (54) y (55), y para los hombres fue en (43).

## 10. CONCLUSIONES

- La escala más usada en los artículos analizados fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) ya que este es el instrumento más difundido y fácil de implementar.
- Se encontró que una mayor edad y tiempo laborado en el puesto de trabajo son factores protectores para no desarrollar el síndrome.
- Existen variadas formas de medir la aparición o el factor de riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout en la población, aunque la mayoría de estas se centran solo en aspectos negativos, también se puede predecir la no aparición del síndrome midiendo aspectos positivos como la capacidad de afrontamiento, empatía y satisfacción en el trabajo.
- Los hombres presentan mayor despersonalización, mientras que las mujeres presentan mayor agotamiento emocional.
- La percepción del estado de salud puede ser un predictor del síndrome de Burnout.
- Las personas que fortalecen sus estrategias de afrontamiento y tiene mayor empatía tienen menos riesgo de presentar síndrome de Burnout.
- El instrumento de medición más usado y conocido es el Maslach Burnout Inventory, aunque se debe tener cuidado al usarlo en países latinoamericanos, ya que no se tienen los puntos de corte para los puntajes de cada una de las subescalas, los puntos existentes son para otros países y no necesariamente reflejan las características sociodemográficas, culturales y laborales.
- Existe una limitante con la aplicación del MBI, ya que este instrumento basa sus resultados en puntos de corte para población extranjera, no siempre es factible usarlo en países donde estos datos hayan sido puestos a prueba con estudios de confiabilidad y validez.

## **11.RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda realiza una investigación para validar en Colombia el instrumento MBI y específicamente los puntos de corte para cada una de las subescalas.
- Se encontró que en el país no ha sido investigado a fondo el síndrome por lo tanto se recomienda a partir de esta, plantear investigaciones que sirvan de insumo para formular propuestas de intervención en los diferentes áreas en las que se puede manifestar el síndrome.
- Se debe identificar en el grupo de trabajo aquellos rasgos de personalidad que se comportan como factores protectores y trabajar sobre estos en vez de mitigar las consecuencias producidas por el síndrome de Burnout.
- Desarrollar investigación sobre los factores positivos que son protectores para el no desarrollo del síndrome.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia: Los principios. Bogotá, Ministerio de la Protección Social; 2008.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2566 de 2009. Por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. Diario Oficial No. 47.404 jul 8, 2009.
3. Gutiérrez GA, Celis MÁ, Moreno S, Farias F, Suárez J de J. Síndrome de Burnout. Arch Neurociencias. 2006;11(4):305-9.
4. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Española Salud Pública. 2004;78(4):505-16.
5. García CR, Oviedo AM, Santillán M de LV, Velázquez VH, Fiesco M del SP. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México. Fundam En Humanidades. 2009;(19):179-93.
6. Tuesca-Molin R, Urdaneta MI, Lafaurie MS, Torres GV, Serpa DV. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. Salud Uninorte. 2006;22(2).
7. Méndez Venegas J. Estrés laboral o síndrome de «burnout». Acta Pediatr México. 2004;25(5):299-302.
8. Organización Internacional del Trabajo. Instituto internacional de estudios laborales. Informe sobre el trabajo en el mundo. 2008. Desigualdades de renta en la era de la finanza global. [Internet]. 2008.<sup>a</sup> ed. Ginebra: OIT; 2008. Recuperado a partir de: [http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inst/download/world08\\_s.pdf](http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inst/download/world08_s.pdf)
9. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y prevención des síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Rev Posgrado Cátedra Med. 2006;153:18-21.
10. Zuluaga PAM, Moreno SM. Relación entre el síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. Psicol Desde El Caribe. enero de 2012;29(1):205-27.
11. European Agency for Safety and Health at Work. El estrés: definición y síntomas [Internet]. [citado 10 de mayo de 2013]. Recuperado a partir de: [https://osha.europa.eu/es/topics/stress/index\\_html/definitions\\_and\\_causes](https://osha.europa.eu/es/topics/stress/index_html/definitions_and_causes)
12. Freudenberger HJ. Staff burn out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-65.
13. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. Rev Asoc Española Neuropsiquiatría. 1991;11(39):257-65.
14. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una perspectiva histórica. Quemarse En El Trab 11 Perspect Burn. Editorial Egido; 2005. p. 37-72.
15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2446 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación

del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Diario Oficial 47.059 jul 23, 2008.

16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
17. Gil-Monte PR, Silla JMP. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis; 1997.
18. Llorens Gumbau S, Salanova Soria M. Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo Labor.* 2011;(37):26-8.
19. Gil Hernández F. Tratado de medicina del trabajo. Editor Masson Barc. 2005;
20. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colomb Psicol.* 2007;10(2):117-25.
21. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress.* julio de 2005;19(3):208-20.
22. Salanova Soria M, Llorens Gumbau S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles Psicólogo.* 2008;29:1.
23. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (INHST). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo «Burnout» (III): Instrumento de medición. [Internet]. INSHT; Recuperado a partir de: <http://www.wont.uji.es/wont/downloads/articulos/nacionales/2007BRESO01AN.pdf>
24. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública México.* 2002;44(1):33-40.
25. Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Núñez EM, Carretero N, Roldán MD, Caro M. Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo»(CESQT). *Psiquiatr Com.* 2006;10(3).
26. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Inf Psicológica.* 2008;91(92):32-42.
27. Olivares Faúndez VE, Vera Calzaretta A, Juárez García A. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. *Cienc Trab.* 2009;11(32):63-71.
28. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The Convergent Validity of Two Burnout Instruments. *Eur J Psychol Assess.* 2003;19(1):12-23.
29. Demerouti E, Bakker AB. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handb Stress Burn Heal Care Hauppauge NY Nova Sci.* 2008;
30. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress.* julio de 2005;19(3):192-207.
31. Schaufeli WB, Enzmann D, Girault N. Measurement of burnout: A review. *Prof Burn Recent Dev Theory Res.* 1993. p. 199-215.

32. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):397-422.
33. Schaufeli WB, Salanova M, González-romá V, Bakker AB. The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *J Happiness Stud.* marzo de 2002;3(1):71-92.
34. Marisa Salanova, Wilmar Schaufeli, Susana Llorenz, Jose Peiro, Rosa Grau. Desde el «Burnout» al Engagement: ¿Una nueva perspectiva? *Rev Psicol Trab Las Organ.* 2000;16(2):117-34.
35. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a short questionnaire a cross-national study. *Educ Psychol Meas.* 2006;66(4):701-16.
36. Salanova M, Bresó E, Schaufeli W. Hacia Un Modelo Espiral De Las Creencias De Eficacia En El Estudio Del Burnout Y Del Engagement. *Ansiedad Depresión.* 2005;11(2-3):215-31.
37. Schaufelil WB, Salanova M. Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety Stress Coping.* junio de 2008;20(2):177-96.
38. Lazarus RS, Miyar MV, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos.* Ediciones Martínez Roca; 1986.
39. Organization WH. *The world health report: working together for health.* Geneva WHO. 2006;
40. International Labour Organization. ILO. International Standar Classification of Occupations. ISCO [Internet]. 11 de Agosto de 20113. Recuperado a partir de: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco88/major.htm>
41. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. Counting health workers: definitions, data, methods and global results [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006. Recuperado a partir de: [http://www.geopsy.com/memoires\\_theses/counting\\_health\\_workers.pdf](http://www.geopsy.com/memoires_theses/counting_health_workers.pdf)
42. Sabbah I, Sabbah H, Sabbah S, Akoum H, Droubi N. Burnout among Lebanese nurses: Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). *Health (N Y).* septiembre de 2012;4(9):644-52.
43. Balbay ÖA, I ikhan V, Balbay EG, Annakkaya AN, Arbak PM. Burnout Status of Health Care Personnel Working in Oncology and their Coping Methods. *HealthMed.* diciembre de 2011;5(4):730-40.
44. Peterson U, Bergström G, Demerouti E, Gustavsson P, Åsberg M, Nygren Å. Burnout Levels and Self-Rated Health Prospectively Predict Future Long-Term Sickness Absence: A Study Among Female Health Professionals. *J Occup Environ Med.* julio de 2011;53(7):788-93.
45. CORRALES FA, VALDE BC, KIENHELGER LH, HERNÁNDEZ JS. Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. (Spanish). *Struct Relations Coping Strat Burn Syndr Heal Work Study Extern Constr Validity Engl.* enero de 2012;11(1):197-206.

46. Wilczek-Ruyczka E. Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals. *J US-China Med Sci.* septiembre de 2011;8(9):526-32.
47. Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Juegas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema.* mayo de 2012;24(2):271-6.
48. Özden D, Karagözoğlu , Yıldırım G. Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics.* junio de 2013;20(4):436-47.
49. María Garcí-Carmona R, Robles-Ortega H. PERSONALIDAD RESISTENTE Y SENTIDO DE COHERENCIA COMO PREDICTORES DEL BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS. (Spanish). *Ansiedad Estres.* diciembre de 2011;17(2/3):99-112.
50. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Española Salud Pública.* 2009;83(2):215-30.
51. Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Meriño G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. (Spanish). *Prof Attrition Relat Factors Emerg Nurs Staff Cartagena Colomb Engl.* abril de 2010;10(1):43-51.
52. Eivazi Gh M, Alilou A, Fereidounnia S, Zaki Z. Factors associated with burnout syndrome in physiotherapy staff: A questionnaire study. *HealthMed.* enero de 2013;7(1):304-12.
53. Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Dosch J, Sumann G. Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. *Anaesth Intensive Care.* 2008;36(2):208-13.
54. Ayala E, Carnero AM. Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. *PLoS ONE.* enero de 2013;8(1):1-7.
55. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health.* 18 de abril de 2011;11:240-240.
56. Al-Youbi RA, Jan MM. Burnout Syndrome in Pediatric Practice. *Oman Med J.* 2013;28(4):252.
57. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health.* 20 de junio de 2012;12:457-457.

## 13. ANEXOS

### Anexo 1. Maslach Burnout Inventory

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