

**“EL AQUÍ Y EL AHORA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE MANIZALES”**

PAULA ANDREA CARMONA DUQUE
SANDRA PATRICIA MONTOYA HERRERA

ASESOR

HECTOR MAURICIO SERNA GOMEZ

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
MANIZALES 2014

Resumen

Este estudio, con enfoque metodológico de tipo cuantitativo, no experimental, bajo el modelo descriptivo, tenía como objetivo identificar el nivel síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería de la Clínica San Juan de Dios de Manizales, a través de la aplicación del instrumento MBI (Maslach Burnout Inventory). La muestra estuvo conformada por el total del personal asistencial, de la clínica que se encontraban contratados directamente, 36 auxiliares de enfermería de ambos sexos, de edades entre los 18 y los 55 años. Según los resultados, se encontró en general un promedio de 51.74 (33.6%), equivalente a un riesgo medio de prevalencia del Síndrome de Burnout.

Abstrac

This study, with quantitative methodological approach, not experimental, under the descriptive model, aimed to identify the level of Burnout syndrome in nurses aides from the San Juan Clinic God of Manizales, through the application of MBI instrument (Maslach Burnout Inventory). The sample consisted of the total nursing staff of the clinic who were directly recruited, 36 assistant nurses of both sexes, aged between 18 and 55 years. According to the results, and generally found an average of 51.74 (33.6%), equivalent to an average prevalence risk of burnout syndrome.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	8
2. Antecedentes.....	11
3. Planteamiento del problema.....	14
3.1 Pregunta de investigación	17
4. Justificación.....	17
5. Marco teórico.....	19
5.1 Síndrome de Burnout.....	19
5.2 Factores asociados al síndrome de Burnout.....	24
5.3 Resolución 002646 del 2008.....	27
6. Objetivos.....	29
6.1 Objetivo general.	29
6.2 Objetivos específicos... ..	29
7. Metodología.....	31
7.1 Contexto de la investigación.....	31
7.2 Población o muestra.....	32
7.3 Instrumento.....	35
7.4 Procedimiento.....	37
7.5 Análisis de datos.....	37
8. Resultados.....	38
8.1 Síndrome de Burnout.....	38
9. Conclusiones.....	44
10. Recomendaciones.....	47
10.1 Plan de intervención.....	50

10.1.1	Justificación.....	50
10.1.2	Objetivos.....	52
10.1.2.1	Objetivo general.....	52
10.1.2.2	Objetivos específicos.....	52
10.1.3	Población.....	53
10.1.4	Metodología.....	54
10.1.5	Desarrollo de la propuesta.....	55
10.1.5.1	Identificación de líneas de acción.....	55
10.1.5.2	Actividades de impacto por línea de acción.....	57
10.1.5.3	Cronograma y presupuesto.....	59
11.	Anexos.....	60
11.1	MBI (inventario de burnout de Maslach).....	60
12.	Bibliografía.....	61

Lista de gráficos

Grafico 1. Distribución porcentual de acuerdo al rango de edad.....	33
Grafico 2. Distribución porcentual de acuerdo al estado civil.....	33
Grafico 3. Distribución porcentual de acuerdo a la antigüedad laboral en la Clínica San Juan de Dios de Manizales.....	34
Grafico 4. Dinámica estratégica de la intervención.....	54

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.....	35
Tabla 2. Clasificación de niveles de riesgo del Síndrome de Burnout.....	38
Tabla 3. Puntajes promedios obtenidos para la escala de agotamiento emocional.....	39
Tabla 4. Puntajes promedios obtenidos para la escala de despersonalización.....	41
Tabla 5. Puntajes promedios obtenidos para la escala de realización personal.....	43
Tabla 6. Actividades de impacto por línea de acción, condiciones intralaborales.....	57
Tabla 7. Actividades de impacto por línea de acción, condiciones extralaborales.....	58
Tabla 8. Cronograma y presupuesto.....	59

1. Introducción

La Clínica San Juan de Dios, fundada el 21 de Noviembre de 1953, es una institución prestadora de servicios especializados en salud mental, con características docente asistencial, sin ánimo de lucro y perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La Clínica San Juan de Dios Cuenta con 215 camas hospitalarias, 146 colaboradores que dirigen sus servicios a la población vulnerable con patología mental, emocional, comportamental, adictiva, entre otras, y a todos los grupos de edad: niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores. Dicha atención es prestada por diferentes áreas de la salud: psiquiatría, psicología, medicina general, enfermería, neuropsicología, terapia ocupacional, educación física, desarrollo familiar, trabajo social y un grupo técnico de auxiliares de enfermería y auxiliares de terapia ocupacional.

De los 132 empleados, 69 de ellos hacen parte de la atención asistencial, en los cuales se ha identificado, de manera observacional, el impacto de las jornadas laborales, su dedicación a pacientes psiquiátricos y expresiones de agotamiento laboral; de aquí la importancia de ahondar y conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores.

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional o de “estar quemado” en el trabajo, fue descrito inicialmente por el psiquiatra Herbert Freudenberger hace 39 años, después de sus observaciones en una Clínica de Nueva York, éste lo definió como una sensación de fracaso y estado de fatiga producido por la dedicación a una causa o

relación que no produce un refuerzo esperado (Cáceres, 2006). Así pues, los autores consideran importante evaluar si algunos empleados de la Clínica habían perdido su energía hasta llegar a estar agotados, irritables, con pérdida de motivación, actitud cínica hacia los pacientes, y presentaban signos físicos y conductuales tales como dolores de cabeza, fatiga, depresión, ansiedad entre otros.

Posterior a los primeros aportes de Freudenberg sobre el Síndrome de Burnout, aparecen los aportes de la autora Christina Maslach y colaboradores, quienes revisaron el tema del Burnout en varios profesionales, incluyendo abogados, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, psiquiatras, entre otros; y encontraron que los trabajadores que presentaban estrés en su trabajo lo afrontaban mediante un distanciamiento de sus clientes o pacientes. Según Maslach (como se citó en Cáceres, 2006), el Síndrome de Burnout era más frecuente en personas que trabajan por largas horas en contacto directo con paciente o clientes. Cristina Maslach, como una de las autoras que más ha trabajado en el tema, describió que el Burnout implica altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal; esto se observó con significativa frecuencia en los empleados que encontraban diferencias entre las demandas de sus funciones y los recursos que tenían para desarrollarse.

En las investigaciones desarrolladas a nivel mundial durante más de 30 años, hay evidencia que los trabajadores del sector educativo y de salud, son los que presentan mayor riesgo de prevalencia del Burnout (Cáceres, 2006), a esto también es importante articularle las condiciones sociales, económicas, culturales de cada persona.

Durante los últimos años el estado Colombiano, preocupado por los riesgos psicosociales de los trabajadores, ha puesto en marcha diferentes normas y/o leyes, tales como la resolución 2646/2008, Ley 1616 de 2013 (Ministerio de la protección social, 2008), para estudiar, apoyar y establecer mecanismos que subsanen problemas de origen laboral, producidos por el riesgo psicosocial, situación que despierta interés e importancia para esta investigación.

La investigación que se pretende realizar es de corte descriptivo, teniendo en cuenta se evidenciaran resultados con base a una realidad investigada en la Clínica San Juan de Dios, por otro lado hasta la fecha no se ha realizado similares. Para este estudio se determinó entonces tomar como universo de estudio de 36 auxiliares de enfermería, todos de contratación directa con la empresa.

De acuerdo a lo anterior, se describirá la existencia o no del Síndrome de Burnout utilizando como herramienta metodológica la ofrecida por Maslach, denominada "Maslach Burnout Inventory" (MBI). Se espera que los resultados den soporte a un proceso de intervención que apunte a mejorar las condiciones de los trabajadores de la Clínica San Juan de Dios.

2. Antecedentes

El síndrome de Burnout ha adquirido más importancia en los últimos años, especialmente debido a la necesidad de evidenciar el riesgo psicosocial en trabajadores del sector salud y educación; por tanto, actualmente hay diferentes investigaciones o estudios sobre el tema a lo largo de varios años, los cuales se retoman como antecedentes para este estudio.

Un estudio realizado en Popayán, por Diego Illera, (2006), titulado “síndrome de burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán.”, donde el autor tuvo como objetivo “determinar la prevalencia del síndrome de burnout y definir los posibles perfiles ocupacionales y del estudiante que sufre el síndrome”, en médicos internos, fonoaudiólogos y en un hospital nivel II que respondieron voluntariamente el instrumento MBI.

Como resultado de este estudio se encontró una prevalencia entre el 17.5% y el 22.3% en la dimensión de despersonalización, para cansancio emocional entre 19.3 % y 23.0 %, y para la dimensión de baja realización personal, un prevalencia entre 25.7% y 28.1 %.

Finalmente en este estudio se concluye que el S.B es un problema grave de salud pública, con un alto poder incapacitante del 22.3 % al 25.7%, tanto en área administrativa, de salud y de educación. De igual manera, en este estudio se perfiló que para los hombres es mayor el sentimiento de despersonalización, al igual que en los individuos solteros o separados; pero para

las mujeres es mayor el sentimiento de cansancio emocional y baja realización personal, especialmente en aquellas solteras.

Otro estudio que se tuvo en cuenta para este trabajo, fue el realizado en Colombia en el 2007 por Mariela Borda Pérez y otros, “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte”, con el objetivo de ofrecer una línea de base sobre el Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina, que sirviera de plataforma para futuras investigaciones y para el diseño e implantación de programas de promoción de estilos de vida saludable en los ámbitos educativos. Los resultados de este estudio, mostraron que la Prevalencia global del Síndrome de Burnout fue de 9.1%. La distribución de las categorías del síndrome indica que el 41.8% de los estudiantes presentó un alto grado de agotamiento emocional, incluso en aquellos que no padecían el SB en sus tres dimensiones; así mismo, el 76.4% de los internos mostró un alto grado de realización personal y un 54.5% tiene una baja despersonalización.

Paredes, Sanabria y Pablo (2008), realizaron un estudio: “prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales”, con el objetivo de evaluar la prevalencia del síndrome y su relación con variables sociodemográficas y con el bienestar psicológico en un grupo de profesionales de la medicina, estudiantes de especialidades médico quirúrgicas de hospitales universitarios, a quienes se les realizó un estudio de prevalencia analítica, aplicándoles el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno. Encontraron como resultados que no hay relación estadística significativa entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y

laborales como la especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital.

Otro estudio realizado en Colombia, por Tejada y Gómez (2009): “Factores psicosociales y laborales asociados al Burnout de psiquiatras en Colombia”, con el objetivo de identificar la prevalencia del Burnout y su asociación con factores demográficos y laborales, utilizando el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (11); permitió observar, con relación al S. B, desequilibrios entre factores individuales, como el sobre compromiso con el trabajo, factores interpersonales (como una pobre red de apoyo) y factores organizacionales (como altas demandas laborales), lo cual coincide con los principales elementos de riesgo reportados en la literatura.

En la ciudad de Bogotá, Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón (2010) , realizaron una investigación sobre “síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre 2010”, donde tenían como objetivo “estimar la prevalencia y los factores asociados del síndrome de burnout en el personal de la salud en tres instituciones en la ciudad de Bogotá durante el mes de diciembre de 2010”, tomando como población todos los individuos que laboraban en las tres instituciones al momento de recolectar la información y que estaban disponibles para responder el cuestionario, excluyendo a aquellos que estaban en proceso de formación (residentes). Para la recolección de información utilizaron el instrumento MBI validado en Colombia, para medir el S.B.

Como resultados encontraron que hubo una prevalencia del 20.6% para la dimensión de agotamiento emocional, 7.6% como prevalencia de baja realización personal y para la dimensión de despersonalización la prevalencia fue del 16.8%. En general la prevalencia del S.B en la población fue del 2.2%, sin embargo el 5.4% presentaban riesgo medio para este síndrome.

Como factores de asociación al S.B encontraron que los individuos casados presentaron más riesgo que aquellos no casados, al igual que los profesionales con contrato por prestación de servicio, al tener más de un trabajo. Para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, fue mayor en los hombres que en las mujeres; con relación a la edad, encontraron una tendencia a presentar S.B en las personas más jóvenes y más en los médicos que en los enfermeros.

3. Planteamiento del problema

Hace 40 años aproximadamente, el síndrome de Burnout viene siendo investigado y ha sido identificado hasta hoy como un diagnóstico importante en la salud mental de los trabajadores, especialmente en los profesionales de la salud. El síndrome de “estar quemado” es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, es un síndrome psicológico que se da como respuesta a estresores laborales a largo plazo (Cáceres, 2006), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional.

Actualmente, las políticas gubernamentales Colombianas, a través del Ministerio de la Protección Social, estableció la resolución 2646 del 2008, relacionada con la responsabilidad de la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente del riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008). Así mismo, la ley 1616/2013 busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población Colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según los estudios de algunos autores como Maslach, Jackson, Mingote y Pérez (como se citó en Cáceres, 2006) en los trabajos de atención a personas o con personas, especialmente en el sector salud, es más probable la presencia del síndrome de Burnout. Así pues, en el campo de la salud mental, especialmente en los trabajadores de las áreas de atención psiquiátricas, hay más riesgos para que aparezca el Burnout y por ende requieren desarrollar estrategias de afrontamiento frente a este riesgo psicosocial que presentan en el desarrollo de su misión. La atención a pacientes en el área de salud mental, genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también puede generar otras condiciones clínicas importantes.

En Colombia, el síndrome de Burnout no se ha investigado lo suficiente, por lo cual hay un conocimiento limitado con relación a la existencia de este síndrome en los trabajadores de las organizaciones o empresas Colombianas, y más aún en el sector salud, teniendo en cuenta que hay serias dificultades en las condiciones del sector salud en Colombia.

Una investigación realizada en Popayán concluyó que el síndrome de Burnout es un problema de salud pública, ya que por su tendencia a incapacitar, afecta aproximadamente entre el 17.5 % y 28.1 % de los trabajadores que atienden público o médicos (Illera, 2006).

La población Colombiana en general, incluyendo al personal asistencial, desconoce o incluso confunden el síndrome de Burnout con estrés y por ende lo invisibilizan, los trabajadores del ámbito de la salud suelen correr más riesgo de ser los más afectados por este síndrome, y paradójicamente son ellos quienes brindan servicios, atención y tratamiento a los pacientes con problemas psiquiátricos y psicológicos; por tanto esta situación puede afectar directa o indirectamente el desempeño de los trabajadores, los servicios y trato a los pacientes y el rendimiento en general de la organización o institución de salud.

Lo expuesto anteriormente, da cuenta de la necesidad de realizar aportes al conocimiento y comprensión del Síndrome de Burnout en Colombia, especialmente en el área de la salud; por lo cual se propone este estudio que pretende conocer si existe el Síndrome de Burnout en la

Clínica psiquiátrica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales, como centro único de referencia en atención en psiquiatría del departamento de Caldas.

3.1 Pregunta

¿Existe síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería de la Clínica San Juan de Dios de Manizales?

4. Justificación

En los últimos años se ha impulsado el estudio del Síndrome de Burnout, en tanto que en la actualidad se han hecho más públicas las enfermedades generadas por el trabajo; el estado también ha regulado la implementación de estrategias para la prevención de enfermedades laborales y la promoción de la salud ha adquirido mucha importancia en los actuales estilos de vida.

El presente estudio es relevante para la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, porque durante sus 60 años de funcionamiento no se han realizado estudios enfocados a reconocer la prevalencia del Síndrome de Burnout, pero paradójicamente es uno de los centros con mayor experiencia en el manejo del mismo.

De igual manera se pretende que este estudio favorezca a los trabajadores de la Clínica psiquiátrica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales, al permitir conocer la prevalencia del Síndrome Burnout y factores asociados, en el personal asistencial, y de acuerdo a los resultados encontrados generar una propuesta de intervención que permita disminuir los síntomas y los factores de riesgo; en aras del bienestar de los trabajadores de la Clínica psiquiátrica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales.

Finalmente este estudio apoyará la legislación actual, 1616/21013 que busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población Colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental permitiendo mejorar las condiciones ocupacionales de los trabajadores asistenciales y por ende el Clima organizacional.

5. Marco Teórico

5.1 Síndrome de Burnout

La realización de la actividad laboral no tiene un sentido solo profesional, sino que en ella se implica el individuo como totalidad, produciéndose vivencias e ideas muy diversas, que afectan su autoestima, su seguridad emocional, así como otras necesidades humanas, como la de logro, prestigio social, comunicación, etc. (Gonzales y Buendía, 1998, pág. 51).

El síndrome de burnout no debe igualarse con el estrés, se debe entender como una respuesta a fuentes de estrés crónico específicamente en el contexto laboral, como un tipo particular de mecanismo de afrontamiento frente al estrés generado por la relación del trabajador con el cliente y/o la organización. (Illera, 2005).

“El síndrome de Burnout es considerado como la fase avanzada del estrés profesional y se produce cuando se desequilibran las expectativas entre el ámbito profesional y la realidad el trabajo” (Gómez y Gómez, 2004, pág. 28).

El primer autor que hizo referencia al tema del síndrome de Burnout fue el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger, en la época de los años 70, después de observaciones y estudios realizados, él utilizó el término desgaste del personal, para describir un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” (Cáceres, 2006. Pág. 1), según este autor las personas

que más tienden a presentar este desgaste son aquellas más comprometidas con su trabajo y que trabajan en profesiones que ayudan a los demás.

Posterior a la teoría de Freudenberger, aparece la psicóloga Christina Maslach, también en los años 70, y propone su teoría del síndrome de Burnout, basada en los aportes del primer autor. Ella es reconocida actualmente como una de los principales teóricos sobre el Burnout, pues sus estudios e investigaciones han sido exclusivos en este tema.

Christina Maslach (2009), señala que el Síndrome de Burnout es reconocido como una experiencia de estrés individual afectada por relaciones sociales complejas y por el concepto que la persona tiene de sí mismo y de los demás, por tal razón ha sido objeto de estudio, pero también es importante resaltar que de acuerdo con las investigaciones el Burnout está relacionado con el trabajo y es específico de la situación. Sin embargo es importante reconocer la diferencia entre el estrés agudo y el Burnout, en el primero las respuestas de estrés se dan ante incidentes críticos específicos, mientras en el Burnout es una reacción a la constante acumulación de estresores laborales, donde se destacan los resultados psicológicos y sociales a tal exposición.

Desde una perspectiva psicosocial, el síndrome de burnout, se entiende como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por una idea de fracaso profesional, especialmente con relación a las personas con las que trabaja; también se caracteriza por la vivencia de estar

emocionalmente agotado y por actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja; síntomas que son definidos por Maslach y colaboradores, como agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Gil y Peiró, 1999).

A partir de la propuesta teórica de Maslach, el S.B se define como un síndrome tridimensional que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Se ha considerado que los bajos niveles de realización personal y el alto agotamiento emocional están caracterizados por un deterioro cognitivo y afectivo como respuesta a las fuentes crónicas de estrés en el trabajo, seguido de despersonalización, como una estrategia de afrontamiento (Gil, Carretero y Roldan, 2005).

Así pues, el Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos específicamente en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo (Maslach, 2009).

Las tres dimensiones del Burnout identificadas por la autora Maslach (2009) y sus colaboradores a lo largo de las investigaciones y la historia, han permitido conceptualizar mejor el Burnout.

El Burnout se da en un proceso con etapas progresivas, en primera instancia aparece el agotamiento emocional acompañado de disgusto y pérdida de satisfacción laboral; después viene la etapa de la despersonalización donde hay una pérdida de interés por los clientes y compañeros, hostilidad, desinterés, pérdida de empatía; y finalmente aparece la tercer etapa donde hay pérdida de la realización personal, una sensación generalizada de desesperanza y/o desilusión.

Agotamiento emocional: esta dimensión representa el estrés individual básico del Burnout, se relaciona con sentimientos de estar sobre exigido, agotado, debilitado, falta de recursos emocionales y físicos, los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos. La sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo son las fuentes principales de esta dimensión.

Cinismo o despersonalización: este representa el componente interpersonal del Burnout, son las respuestas negativas, apáticas insensibles a diferentes aspectos del trabajo, generalmente se dan como respuesta al exceso de agotamiento emocional.

Los trabajadores con cinismo realizan el mínimo trabajo y pasan muy poco tiempo en el lugar de trabajo.

Falta de realización personal : esta dimensión representa la autoevaluación del Burnout, se refiere a los sentimientos de incompetencia, autoevaluación negativa, falta de productividad y de logros, falta de realización personal, el trabajador experimenta un sentido disminuido de

autoeficacia, donde se siente mal consigo mismo. Este sentimiento se incrementa por la falta de recursos de trabajo y por la falta de apoyo social.

Otros autores como Gil y Peiró (1999), han concluido el S.B, como una respuesta al estrés laboral percibido, que surge bajo una evaluación cognitiva, ya que las estrategias de afrontamiento no logran reducir el estrés laboral experimentado, por tanto, esta respuesta mediadora entre el estrés y sus consecuencias, se inicia con baja realización personal en el trabajo, fuertes sentimientos de agotamiento emocional y una despersonalización, esta última como afrontamiento ante la experiencia de las anteriores.

La investigación sobre el Burnout ha centrado su interés sobre los factores contextuales y profesionales, incluyendo variables como las relaciones en el trabajo, el hogar, la satisfacción con el trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol, la carga de trabajo, etc.

El síndrome de Burnout es un tema al cual se le debe dar especial importancia, pues en muchas organizaciones los gerentes no se preocupan por este tema, especialmente en las entidades prestadoras de salud; y suelen confundir la manifestación de los síntomas de los trabajadores, con un problema personal del mismo, restando así importancia a la presencia del Burnout en sus organizaciones, sin tener en cuenta los costos que esto puede implicar para la organización y para el empleado, ya que un trabajador con Burnout disminuye significativamente su desempeño y esto se refleja en la calidad de la producción.

5.2 Factores asociados al síndrome de Burnout

Con el fin de comprender mejor a los trabajadores que presentan el síndrome de Burnout, se han realizado algunos estudios que intentan relacionar los rasgos de la personalidad con la presencia de los síntomas del Burnout, y aunque los hallazgos no han sido consistentes, se ha encontrado que hay más riesgos del Burnout en las personas con baja autoestima, con bajos niveles de resistencia y con un estilo de conducta tipo A (Maslach, 2009). Así estas personas suelen enfrentar las situaciones estresantes de manera pasiva y defensiva.

Los factores asociados al Burnout, hacen referencia a las diferentes variables que se pueden relacionar con la aparición de este síndrome, las cuales se pueden referir a aspectos de personalidad, aspectos del contexto laboral e incluso aspectos sociales externos al trabajo.

Con relación a los **factores laborales** o características del puesto que correlacionan positivamente con el Burnout (Grau, Vallejo y Agulló, 2004):

- El Burnout suele ser más común en trabajadores que ayudan a otras personas (personal Sanitario/educadores).
- La sobrecarga de trabajo, poco tiempo con relación a la cantidad de trabajo.
- El conflicto y la ambigüedad de rol, que genera incertidumbre sobre el trabajo a desempeñar.
- Multiplicación de actividades y utilización excesiva de habilidades y destrezas demandadas por el trabajo.
- Ausencia de recursos en el trabajo, incluyendo la falta de apoyo social.

- La ausencia de información y de control sobre el puesto de trabajo, que genera poca autonomía y poca participación.
- Manejo de recursos sin parcialidad o equidad.
- Un trabajo considerado poco impactante o importante en la vida de los demás.
- Manejo de los continuos cambios tecnológicos en las organizaciones.
- Clima organizacional basado solo en la innovación, diferente a un clima basado en el apoyo y consecución de metas.

Por otro lado, **los factores de personalidad**, es decir que hacen parte del individuo, señalados por Maslach (Cáceres, 2006), con relación a la aparición del Burnout son:

- Personas con altas expectativas, idealistas o poco realistas.
- Personalidad tipo A, que hace referencia a las personas muy competentes, que quieren conseguir siempre el éxito, siendo agresivos, impacientes y acelerados.
- Personas que atribuyen los logros a los demás y no reconocen sus esfuerzos y capacidades.
- Personas poco participativas y con bajo control de las situaciones.

Otros aspectos sociales asociados con la etiología del síndrome de Burnout son, según las investigaciones, son (Grau et al, 2004):

- Variables demográficas: el Burnout es más común en personas jóvenes, más común en el sexo femenino, en personas solteras.

- Falta de apoyo de los amigos o familiares.
- Mal manejo de la comunicación en el ambiente social.

Haciendo énfasis en el alto riesgo de padecer del S. Burnout que tienen los profesionales de la salud, es importante reconocer que los profesionales de la salud tienen repercusiones emocionales, al ser responsable de la salud de otro ser humano, y tener que mostrarse impotentes frente a la enfermedad, ante el sufrimiento, el dolor y la muerte, a parte del agotamiento físico que se genera por las largas jornadas de atención a los pacientes Así pues, estos profesionales, según investigaciones, presentan mayor estrés que otras ocupaciones (Gómez et al, 2004).

En el contexto de atención a la enfermedad, el estrés laboral y el síndrome de Burnout, son destacados como factores de riesgo psicosocial, como una de las principales causas de deterioro de la salud, accidentalidad, incapacidad y ausentismo, Serrano (como se citó en Gómez y Gómez 2004).

En 1981, en la primera conferencia nacional sobre el Burnout, en Filadelfia, se argumentó que la importancia del Burnout se debe especialmente a tres factores (Gómez et al, 2004):

- Gran importancia que han adquirido los servicios humanos, como agentes de bienestar.
- Gran exigencia de parte de los usuarios de servicios sociales, educativos y Sanitarios
- Conocimiento de los efectos perjudiciales del estrés.

En general las variables que se han estudiado como causas del S. Burnout, están relacionadas con las inadecuadas condiciones de trabajo de los profesionales, las extensas jornadas de trabajo, la baja remuneración salarial, inestabilidad laboral, poco valor social de la profesión, carencia de recursos, entre otras.

5.3 Resolución 002646 del 2008

Teniendo en cuenta que Burnout es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, es importante considerar que para muchos trabajadores en Colombia, las empresas, las condiciones de trabajo, las relaciones en el trabajo y/o los requerimientos del trabajo, son un riesgo para el desarrollo de diferentes patologías, problemas psicológicos o psicosociales, tales como el síndrome de Burnout.

Frente a la identificación del estado Colombiano, sobre los diferentes riesgos psicosociales a los cuales pueden estar expuestos los trabajadores en algunas empresas u organizaciones, el ministerio de la protección de Colombia, creó la resolución 002646 del 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 por el estrés ocupacional” (Ministerio de la protección social. 2008).

El riesgo psicosocial es definido en el Artículo 3° de la presente resolución, como “condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo” (Ministerio de la protección social, 2008, pág.4).

Esta resolución se crea considerando el literal C de artículo 2° del decreto 614 de 1984, el cual hace referencia a la salud ocupacional, en términos de proteger a la persona/ trabajador contra diferentes riesgos, entre ellos el riesgo psicosocial, derivado de la organización laboral; que puedan llegar a afectar la salud de la persona.

Así mismo, se tiene en cuenta el decreto 1832 de 1994 numeral 42 del artículo 1°, en el cual se señala las patologías causadas por estrés en el trabajo; definido en el artículo 3° de la presente resolución, como una respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales. Comprende: sobrecarga laboral, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga laboral, trabajos repetitivos combinados con ritmos o control impuesto por maquinas, trabajos por turnos y trabajos estresantes con efectos psicosociales que produzcan ansiedad, depresión, infarto, colon irritable, entre otras.

Esta resolución 002646 de 2008 resuelve que esta debe ser aplicada a los “empleadores públicos y privados, trabajadores dependientes e independientes, a los contratantes bajo modalidad de civil, comercial o administrativo, a las organizaciones de economía solidaria del

sector cooperativo, a las agremiaciones o asociaciones que afilian trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social integral; a las administradoras de riesgos profesionales; a la Policía en lo que corresponde a su personal no uniformado y al personal civil de las Fuerzas Militares” (Ministerio de la protección social, 2008, pág.3).

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Identificar el nivel síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería de la Clínica San Juan de Dios de Manizales.

6.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas generales de los auxiliares de enfermería de la Clínica San Juan de Dios de Manizales.
- Describir los resultados obtenidos en la aplicación del MBI (Inventory Maslach Burnout) a los auxiliares de enfermería de la Clínica San Juan de Dios de Manizales.
- Diseñar una propuesta de intervención con base a los resultados obtenidos en la presente investigación.

7. Metodología

El enfoque metodológico de este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, bajo el modelo descriptivo, teniendo en cuenta que se analizaran situaciones que ocurren en condiciones naturales, y como su nombre lo indica se realizara una descripción de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.

7.1 Contexto de la investigación

Este estudio fue realizado al personal asistencial, 36 enfermeros, de la clínica psiquiátrica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales, a los cuales les fue aplicada el MBI (inventario de Maslach), con el fin de conocer si existe síndrome de burnout en esta población específica.

El inventario fue aplicado a los participantes con la autorización de los directores de la clínica y bajo el consentimiento de los mismos, sin embargo fue anónima. El acceso a esta población se dio a través de una de las autoras de este estudio, quien trabaja en el área de gestión humana de la clínica; y teniendo en cuenta el alto riesgo de Burnout que tiene el personal asistencial de pacientes psiquiátricos, se interesó en realizar este estudio para conocer si hay S. B en el personal asistencial de la clínica, como una responsabilidad de la misma de evidenciar el riesgo psicosocial de esta población. Pero también teniendo en cuenta que no se ha realizado antes una valoración en la clínica para identificar si existe el S.B

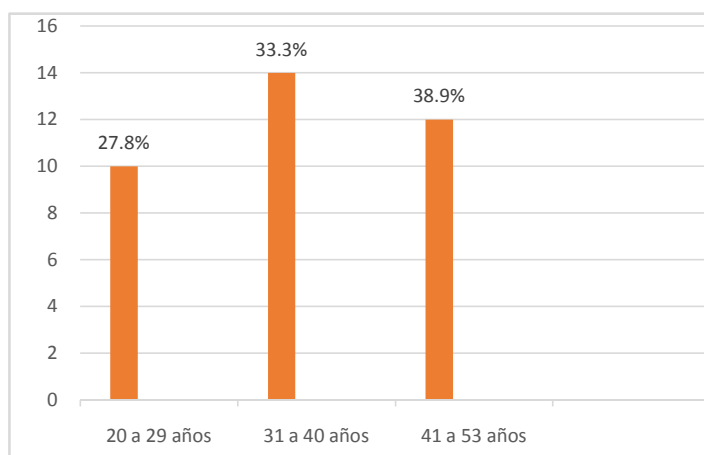
7.2 Población o muestra

Para este estudio no se utilizó muestreo, ya que la población estuvo conformada por el universo, es decir el total del personal asistencial, enfermeros (as) de la clínica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales, que se encontraban contratados directamente.

La población, participó del estudio, a raíz de una solicitud laboral en la clínica, debido al interés del área de gestión humana, de conocer la prevalencia del S.B en el personal asistencial, ya que al tener contacto directo con los pacientes psiquiátricos, estos presentan más riesgos psicosocial de presentar tal síndrome.

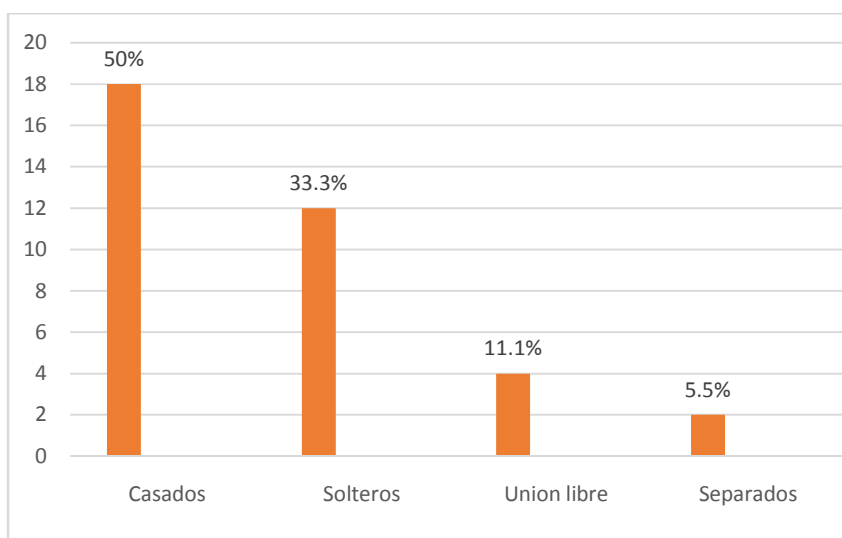
Así, la población estuvo conformada por 36 auxiliares de enfermería de ambos sexos, de edades entre los 18 y los 55 años, aplicado al total del personal asistencial, es decir a todos auxiliares de enfermería, de la Clínica San Juan De Dios de la ciudad de Manizales. En esta población el promedio de edad (grafico 1) que se observo fue de 36.02 años, la población se encuentra entre los 31 y 40 años, representando el 38.9%, seguidos de la población entre 41 y 53 años representado el 33.3% y por último la población entre 20 y 29 años, equivalente al 27.8% de la población.

Grafico 1: *distribución porcentual de acuerdo al rango de edad.*



Para el estado civil (Grafico 2), se encontró que 18 participantes son casados (50%), 12 son solteros (33.3%), 4 están en unión libre (11.1%) y 2 participantes son separados (5.5%).

Grafico 2: *distribución porcentual de acuerdo al estado civil.*



Con relación a la antigüedad laboral que tiene la población encuestada, en la Clínica San Juan de Dios, se encontró que entre 1 y 8 años de antigüedad hay 24 personas (66.7%), entre 9 y 20 años hay 5 personas (13.9%), y entre 23 y 32 años de antigüedad hay 7 personas (19.4%).

Grafico 3: *distribución porcentual de acuerdo a la antigüedad laboral en la Clínica San Juan de Dios de Manizales.*

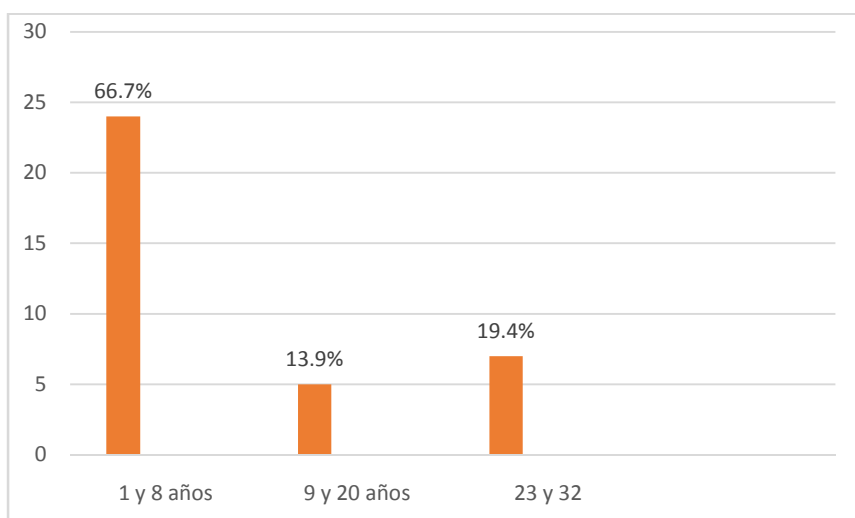


Tabla 1. *Características sociodemográficas de la población.*

VARIABLES	No	Valores
Genero		
Femenino	19	52.8%
Masculino	17	47.2%
Edad		
Promedio		36.02
Entre 20 y 29 años	10	27.8%
Entre 31 y 40 años	14	38.9%
Entre 41 y 53 años	12	33.3%
Estado civil		
Casados	18	50%
Unión libre	04	11.1%
Separados	02	5.5%
Solteros	12	33.3%
Antigüedad laboral		
Entre 1 y 8 años	24	66.7%
Entre 9 y 20 años	05	13.9%
Entre 23 y 32 años	07	19.4%

7.3 Instrumento

Para conocer si había presencia del S. B en el personal asistencial de la clínica San Juan de Dios de Manizales, fue seleccionado y aplicado el **MBI (Maslach Burnout Inventory)**, un instrumento comúnmente usado en estudios y/o investigaciones, para medir el síndrome de burnout, diseñado por Cristina Maslach y Jackson en el año 1981.

Para la recolección de datos en el MBI, se informó a los participantes sobre el estudio y su objetivo, sin embargo no se requirió consentimiento informado ya que fue anónimo, en el instrumento ellos reportaron su información sociodemográfica, pero no sus nombres, es decir en ningún lugar del instrumento se identifica a los candidatos; con el fin de garantizar veracidad y confidencialidad en la información encontrada.

El MBI es un instrumento consta de 22 ítems o preguntas con medición por medio de escala LIKERT, donde los participantes puntúan con un rango que va desde 1 (Nunca) a 7 (todos los días), que determinan o miden la frecuencia en la que han sentido las situaciones descritas en los ítems. El síndrome de burnout se determina a través de la puntuación en tres subescalas que lo conforman: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Así pues, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas nombradas, corresponden a altos sentimientos de quemarse en el trabajo; y bajas puntuaciones en “falta de realización personal”, corresponde a un alto sentimiento de quemarse en el trabajo. (Illera, 2006)

Agotamiento emocional: subescala conformada por 9 preguntas que valoran esta dimensión (1,2,3,6,8,13,14,16,20.)

Despersonalización: subescala conformada por 5 preguntas que valoran este ítem, refiriéndose a la frialdad y el distanciamiento (5,10,11,15,22.)

Falta de realización personal: subescala valorada por 8 preguntas (4,7,9,12,17,18,19,21.)

7.4 Procedimiento

Para la recolección de la información, las investigadoras se desplazaron hasta las instalaciones de la Clínica San Juan de Dios, realizando grupos de aplicación de prueba, con el fin de no interrumpir la programación de los turnos. Según requisitos institucionales la aplicación de la encuesta se realizó de manera anónima, por lo que no requirió consentimiento informado. Durante el proceso de recolección de información, no se presentó ninguna dificultad. Una vez finalizada la etapa de recolección e información, se inició la etapa de tabulación de los datos.

7.5 Análisis de datos

La información recolectada a través del MBI, fue digitada en una base de datos creada para este estudio, se utilizó el programa Excel para realizar todo el análisis de datos y las gráficas correspondientes, para obtener los rangos de la puntuación, la media y desviación estándar, tanto en la tabulación general de los datos del MBI, como de cada subescala (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal).

8. Resultados

8.1 Síndrome de Burnout

De acuerdo a los resultados del MIB aplicado al personal asistencial de la Clínica San Juan de Dios de Manizales, se encontró en general un promedio de 51.74 (33.6%), equivalente a un riesgo medio de prevalencia del Síndrome de Burnout.

Tabla 2. *Clasificación de niveles de riesgo del Síndrome de Burnout.*

RIESGO ALTO	Entre 67 % y 99%
RIESGO MEDIO	Entre 34 % y 66%
RIESGO BAJO	Entre 1% y 33%

Así pues analizando los resultados obtenidos para cada dimensión del S.B se encontró lo siguiente:

Para la dimensión de *agotamiento emocional*, la prevalencia en general en la población objeto de estudio, fue un promedio de 31.44 (50%), lo cual representa un riesgo medio, en los límites, de presencia del S.B. El 43% de los encuestados una vez al mes o menos se sienten emocionalmente agotados por el trabajo, y una vez al mes o menos sienten que están trabajando demasiado.

Tabla 3. *Puntajes promedios obtenidos para la escala de agotamiento emocional.*

Total participantes	1. me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2. me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3. me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	6. trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	8. me siento "quemado" por mi trabajo.	13. me siento frustrado en mi trabajo	14. creo que estoy trabajando demasiado	16. trabajar directamente con personas me produce estrés	20. me siento acabado	Promedio total
Puntaje promedio	2,5	3,2	2,1	2,1	1,9	1,6	3,1	1,9	1,5	31,44

Con relación al análisis de los datos en la tabla anterior, en la cual se muestran las frases o preguntas del MBI, que miden la dimensión de agotamiento emocional, se encontró que de la población evaluada, un puntaje promedio de 31. Con relación a esto el 13.8 % se siente emocionalmente agotado por el trabajo algunas veces al mes o menos; el 19.4% se siente cansado algunas veces a la semana, al final de la jornada. Y con relación a sentirse acabado por el trabajo, se encontró que el 8.3 % se siente acabado algunas veces a la semana.

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que en promedio los participantes se sienten emocionalmente agotados por el trabajo, cansados al final de la jornada y creen que están trabajando demasiado, una vez al mes o menos; lo cual representa un riesgo medio para la presencia del S.B. Sin embargo la mayoría de ítems que miden el agotamiento emocional en la población, están en un promedio de pocas veces al año.

Se encontró para las mujeres un promedio de 30.49 (48.4%), lo cual representa un riesgo mediodo S.B, mientras que para los hombres el promedio en esta escala fue más alto, de 33

puntos (51.6%), con un porcentaje de 57.1% en: “*me siento cansado al final de la jornada*” y “*creo que estoy trabajando demasiado*”. Esto representa un riesgo bajo más alto en los hombres que en las mujeres. Lo cual concuerda con los resultados del estudio realizado por Rodríguez. M. y otros (2010), donde se encontró para la dimensión de cansancio emocional, es mayor en promedio en los hombres que en las mujeres.

Continuando con la escala de agotamiento emocional, relacionada con el estado civil, se encontró que el riesgo de S.B es más alto en las personas sin pareja que en las que tienen pareja; así se encontró que el promedio de agotamiento emocional en los que tienen pareja fue de 33 (51.4%), donde un 43% de los encuestados una vez al mes o menos se sienten emocionalmente agotados por el trabajo, se sienten cansados al final de la jornada, y una vez al mes o menos sienten que están trabajando demasiado. Mientras que para las personas sin pareja fue de 30 (47.5%). Sin embargo ambas poblaciones se encuentran en riesgo bajo. Donde un 57.1% se siente cansado al final de la jornada.

Los resultados descritos anteriormente no concuerdan con los resultados encontrados en el estudio realizado por Rodríguez et al (2010): “*síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre 2010*”, donde concluyen que como factores de asociación al S.B encontraron que los individuos casados presentaron más riesgo que aquellos no casados.

En la dimensión de *despersonalización*, el promedio general de la población encuestada fue de 24.21, (68.6%) lo cual representa un riesgo alto para la presencia del S.B.

Tabla 4. *Puntajes promedios obtenidos para la escala de despersonalización.*

Total participantes	5. creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	10. me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	11. me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	15. realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	22. siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.	Promedio total
Puntaje promedio	1,3	1,5	1,9	2,3	1,5	24,21

Teniendo en cuenta el análisis de los datos en la tabla anterior, en la cual se muestran las frases o preguntas del MBI, que miden la dimensión de despersonalización se encontró un promedio total de 24 puntos; también se detectó que el 30% de los participantes, pocas veces al año, les preocupa el hecho de que el trabajo los endurezca emocionalmente. También se encontró que el 13.8 %, de los participantes, todos los días, realmente no se preocupan por lo que le ocurre a los pacientes; y el 8.3%, algunas veces al mes, le preocupa el hecho que el trabajo los endurezca emocionalmente.

De acuerdo a la información anterior, se evidencia que de los 5 ítems o preguntas del MBI que miden la despersonalización, 4 de ellos puntuaron para los participantes, en promedio con la respuesta “pocas veces al año”, lo cual representa un riesgo alto para la presencia del S.B, ya que los participantes están teniendo respuestas negativas, apáticas e insensibles con relación al trabajo y a los pacientes pocas veces al año. Tal como lo señala Maslach y

colaboradores, desde una perspectiva psicosocial, consideran que el síndrome de burnout, se caracteriza por la vivencia de estar emocionalmente agotado y por actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (Gil et al, 1999).

Con relación a los encuestados con pareja se observó que el riesgo de S.B es alto, con un promedio de 27.01 (77.2%), con un 43% que realmente no les preocupa lo que le ocurre a los pacientes; mientras que los encuestados sin pareja presentan un riesgo medio con un promedio de 19.42 (55.5%).

Con relación a las mujeres y los hombres encuestados, para la dimensión de despersonalización, se encontró un promedio de 25.11 (71.7%) para las mujeres, lo cual representa un riesgo alto para el S.B, resaltando las preguntas 11 y 15: “me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente” y “realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes” (MBI). Y para los hombres se encontró un riesgo medio con un promedio de 25.35 (62.9%).

Los anteriores resultados se diferencian de los resultados encontrados en el estudio realizado por Illera(2006), “síndrome de burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán.”, donde se perfiló que para los hombres es mayor el sentimiento de despersonalización, al igual que en los individuos solteros o separados; pero para las mujeres

es mayor el sentimiento de cansancio emocional y baja realización personal, especialmente en aquellas solteras.

En la dimensión de *realización personal* el promedio general de los encuestados fue de 24.45, lo cual representa un riesgo bajo para el S.B, similar al promedio de los encuestados hombres (90.13), mujeres (92.06), con pareja (91.40) y sin pareja (91.20). En general se evidencia que los encuestados tienden a sentirse competentes y a autoevaluarse de manera positiva.

Tabla 5. *Puntajes promedios obtenidos para la escala de realización personal.*

Total participantes	4. comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	7. trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	9. creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	12. me siento muy activo	17. puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	18. me siento estimulado después de trabajar con mis	19. he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	21. en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	Promedio total
Puntaje promedio	2,1	1,7	1,7	1,5	2,0	2,0	1,3	1,5	24,45

Con relación al análisis de los datos en la tabla anterior, en la cual se muestran las frases o preguntas del MBI, que miden la dimensión de falta de realización personal, se encontró un puntaje promedio de 24,45. El 14% de los participantes pocas veces al año tratan eficazmente los problemas de los pacientes, pero el 75 % de los participantes creen que tratan muy eficazmente los problemas de los pacientes todos los días y el 19.4 % comprende fácilmente como se sienten los pacientes algunas veces a la semana.

Lo anterior, se puede relacionar con que uno de los rangos de mayor realización personal en los trabajadores de enfermería, es el reconocimiento que hacen con relación a lo conseguido laboralmente, gracias a la estabilidad laboral; teniendo en cuenta que esto último, es uno de los elementos psicosociales más significativos que durante los últimos tiempos, se ha visto impactado en Colombia, a través de las diferentes modalidades de contratación y legislación que han desfavorecido en algunas ocasiones los intereses del trabajador. Actualmente la clínica cuenta con el 100% de las vinculaciones de planta, permitiéndoles a los trabajadores gozar los beneficios y estabildades durante el tiempo.

9. Conclusiones

El Síndrome de Burnout, se determina y se confirma a partir de resultados con puntajes altos en la escala de agotamiento emocional y despersonalización, es decir que las respuestas de los trabajadores, frente a estas escalas sean en un nivel alto; pero que el puntaje o nivel para la escala de falta de realización personal sea baja. Así pues, para este estudio se encontró la escala de agotamiento emocional en un 50%, equivalente a un riesgo medio, la escala de despersonalización en un 68.6%, equivalente a un riesgo alto, y finalmente en la escala de realización personal 24.45 lo cual no representa riesgo.

Teniendo en cuenta los resultados, se concluye que no hay Síndrome de Burnout en el personal asistencial (enfermer@s), en la Clínica psiquiátrica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales. Sin embargo los resultados arrojan que hay un riesgo de que este síndrome se dé en esta población, y esto es fundamental a tener en cuenta, ya que el nivel de agotamiento

emocional es medio y el de despersonalización es alto. Por tanto es necesario implementar programas y/o estrategias de prevención e intervención para el agotamiento emocional y despersonalización.

La Despersonalización, en el presente estudio, permite observar como las demandas externas están siendo asociadas a la vida laboral, como se observó en los resultados, las parejas casadas logran identificar algo de escasas de empatía frente a los problemas de los pacientes; este punto puede verse impactado positivamente articulando los conceptos de calidad de vida laboral. Melchor Matéu, refiere que para todos los empleados, a todos los niveles de la organización, se les debe influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo, a través de la participación en las decisiones que lo afectan, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción. Cuando las empresas logran identificar este modelo de despersonalización pueden generar estrategias de intervención más eficaces.

Como factor protector ante el Síndrome de Burnout, se identificó la realización personal asistencial, este concepto puede atribuirse según un análisis de las características socio demográficas, a las condiciones laborales institucionales tales como la estabilidad laboral, en promedio el 66 % de la población lleva más de 5 años con la institución, esto sustentado a su vez a el dialogo realizado en los grupos de las aplicaciones de las encuestas donde expresaron los logros obtenidos tanto académicos como materiales en su permanencia en la institución.

También es importante tener en cuenta que los niveles de realización personal, que se encontraron en los resultados, se relacionan con la satisfacción laboral, la sensación de productividad y la autovaloración positiva de sí mismo; aspectos que actúan como un factor de prevención para que no se desarrolle el Síndrome de Burnout. De igual manera, la influencia que tiene la cultura organizacional de la Clínica San Juan de Dios, en el personal asistencial.

La presente situación laboral es compleja y el sector salud no es indiferente a esta problemática, como lo es la inestabilidad, la incertidumbre, la sub valoración del trabajo y el incremento del sub empleo. Estas problemáticas van generando altos niveles de estrés en el personal, afectando su relación laboral, familiar, profesional y con el usuario.

Paralelo a lo anterior, los centros o instituciones prestadoras del servicio de salud de salud, ejercen en algunas ocasiones jornadas laborales extensas que pueden ocupar gran parte del tiempo de su vida personal, lo que puede generar niveles de inconformidad y estrés; situaciones en muchos casos avaladas por la legislación Colombia, que pobremente ha creado estrategias laborales que invitan a los trabajadores a pertenecer a varias empresas para alcanzar una estabilidad económica digna. La Clínica San Juan de Dios, si bien no puede ser ajena a la legislación, cumple con sus programas de contratación legal y transparente, con el pago oportuno y ajustado a la realidad laboral. De igual manera, ejerciendo control permanente en los horarios laborales y demandas de funciones, y alianzas permanentes con instituciones externas que permite el crecimiento y desarrollo de los colaboradores.

A través de los resultados de este estudio, se identifica la necesidad de afianzar más la cultura organización de la Clínica analizada, para que ésta permee transversalmente a todos los colaboradores a través de diferentes estrategias de comunicación, enfocadas en la cultura religiosa de la organización, para disminuir el impacto en la despersonalización del personal, que puntuó en un rango alto, de modo que se enfatice en el servicio humanizado como divulgación, relacionada con dar a conocer, interesar y persuadir al otro, para que comparta lo que siente y piensa de su trabajo con el paciente con trastornos mentales.

10. Recomendaciones

Algunos autores señalan que los programas de intervención, basados en la comunicación, con pares, especialistas y familia, son vitales para disminuir los conflictos, en enfermería psiquiátrica, han mostrado la disminución de la agresión y la mejora entre los pacientes y enfermeros (Grau et al, 2009).

Trabajar en la comunicación como medio de participación a través de la Cultura Organizacional, define lo que la organización es, lo que desea, sus intereses, sus pensamientos, sus emociones, contribuye a la toma de decisiones y al establecimiento de la visión organizacional y a la manera de actuar de sus integrantes; reconociendo un buen modelo comunicativo ayudara indudablemente, a impactar positivamente la relación de los trabajadores consigo mismo y con el entorno.

Las instituciones de salud deben reconocer las diferentes situaciones y/o factores que se relacionan con la aparición del S.B en los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta que su labor asistencial los pone en mayor riesgo de padecer el síndrome. De igual manera, estas instituciones de salud mental, deben establecer planes de prevención, evaluación e intervención, para mejorar la calidad de vida de los trabajadores, por tal motivo se propone un enfoque transversal que reúna esferas intra y extralaborales

Se recomienda a su vez generar estrategias que busquen fortalecer las conductas protectivas actuales y que se ajusten a los requisitos de la modernidad, globalización y tecnologías, y que a su vez estén más cercanas e interactivas con su mundo (turnos, disponibilidades y accesibilidad). Las utilidades de comunidades virtuales pueden revolucionar la prevención de la salud, pues favorecen el cambio del actual paradigma centrado en las instituciones y las sesiones presenciales por un modelo autónomo, consciente. Esto se enmarcaría dentro de un contexto de cambio global de las atenciones asistenciales, donde los usuarios desempeñarían un papel cada vez más relevante y no dependería de otros más “especializados” para mejorar.

Como medida para fortalecer los factores protectivos, se deben generar espacios de apoyo social donde se fomente la autoestima, la valoración por el trabajo realizado, el trabajo en equipo para consolidar redes de relaciones interpersonales basadas en la confianza mutua, intercambiando opiniones, que faciliten el apoyo emocional, y la asistencia en caso de agotamiento o estrés. La importancia de las redes sociales entre compañeros y familiares, reside

en que permite afrontar mejor el burnout y el estrés, cuando se cuenta con apoyo como mediador en los procesos de burnout reduciendo el efecto estresante de las condiciones del entorno.

Dentro de la prevención del síndrome de Burnout, es importante retomar conceptos del coaching ontológico, este es un proceso de aprendizaje enfocado en diferentes campos de la vida de las personas, que permite la transformación individual, este modelo de coaching impacta directamente en las acciones que realizamos y en lo que observamos de la realidad; Además expande la forma en que los sujetos pueden ver la vida misma, logrando el mejoramiento en la convivencia con los demás, que a su vez puede replicarse en ámbitos laborales, familiares y sociales.

El coaching, promueve el crecimiento y desarrollo, más humanizado; un aprendizaje con perspectivas más sociales y relacionales, articulados con la enseñanza de postura críticas y reflexivas de lo que se ve, se oye, y se siente, disminuiría el riesgo sustancialmente de verse afectado por el estrés laboral.

10.1 Plan de intervención

Plan para la prevención de riesgos psicosociales y la optimización del bienestar laboral en la clínica San Juan De Dios De Manizales

10.1.1 Justificación

El estrés de origen laboral es el segundo problema de salud más frecuente relacionado con el trabajo, según reporte de diferentes organizaciones mundiales, el Síndrome de Burnout, cada vez se visibiliza más en el ámbito laboral. En la dinámica actual de la Clínica San Juan de Dios, no se ha evidenciado un riesgo alto de estrés o de Síndrome de Burnout, pero según diagnóstico realizado este debe prevenirse permanentemente.

Paralelo a lo anterior, el estrés y el Síndrome de Burnout, se constituyen en factores de riesgos psicosociales, tal como la violencia y la intimidación, la sobrecarga o la insatisfacción en el trabajo. La Resolución 2646 de 2008, refiere que:

Los factores psicosociales comprenden los aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas al trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas (Artículo 5).

La legislación colombiana cada vez apunta a la responsabilidad de los empleadores en ejecutar planes que intervengan las enfermedades psicosociales, y así velar por que sus trabajadores no resulten perjudicados por el trabajo, entre otras cosas mediante la exposición a riesgos psicosociales y al estrés de origen laboral. Investigar e intervenir la dinámica laboral

de manera positiva tiene impacto en la prevención y mejora de la calidad de vida de los trabajadores, en tanto este mejora el clima de las empresas, promueve la integración entre los colaboradores y reconoce el aporte de cada una de las personas fomentando la motivación organizacional.

10.1.2Objetivos

10.1.2.1 Objetivo general

Promover acciones para la prevención de riesgos psicosociales y la optimización del bienestar laboral en la Clínica San Juan de Dios de Manizales.

10.1.2.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar espacios para el conocimiento global del institución desde el ingreso y durante la permanecía en la misma.
- Incrementar las oportunidades para mejora los conocimientos y habilidades de todo el personal trabajador.
- Fomentar la claridad y la transparencia de funciones, definiendo los puestos de trabajo, las tareas asignadas y el margen de autonomía.
- Desarrollar estrategias que proporcionen estabilidad en el empleo y en todas las condiciones de trabajo
- Facilitar la compatibilidad de la vida familiar y laboral

- Ejecutar una planificación como base de la asignación de tareas, contando con los elementos y tiempos necesaria para realizar el trabajo.
- Generar espacios que impacten en el desarrollo emocional y motivacional de los trabajadores
- Ofrecer alternativas a los trabajadores, que les permitan canalizar sus energías hacia actividades de buen uso del tiempo libre, y que sirvan de soporte frente a generadores de estrés laboral.

10.1.3 Población

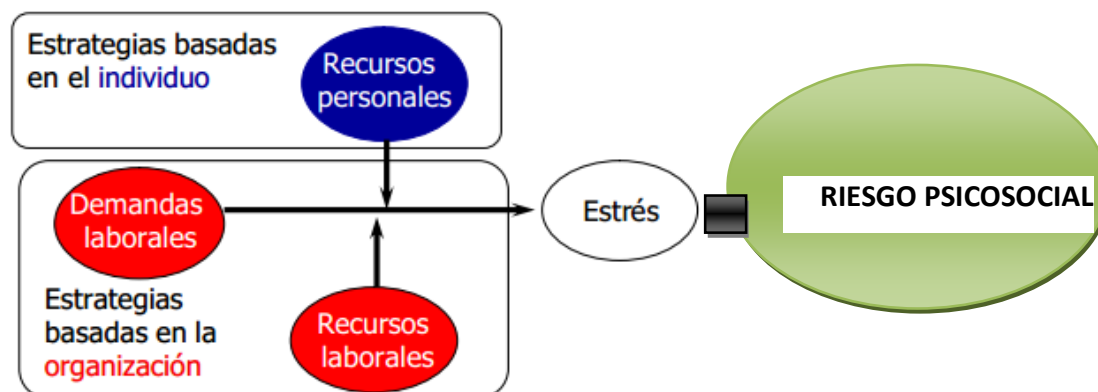
La propuesta está dirigida a todo el personal adscrito a la Clínica San Juan de Dios, sin importar cargo, área o nivel organizacional.

10.1.4 Metodología

El proyecto de intervención se realizara en diferentes vías:

1. Reunión y planeación con directivas en el desarrollo de acciones conjuntas y la delegación de recursos necesarios para la implementación de la propuesta de prevención de riesgos psicosociales y la optimización del bienestar laboral.
2. Establecimiento de variables que ejercen un control transversal e impacten positivamente la propuesta.
3. Delimitación de estrategias reconociendo la esfera personal, las demandas laborales y los recursos de la organización.

Dinámica de la estrategia de intervención



Fuente: Schaufeli & Enzman (1998)

10.1.5 Desarrollo de la propuesta

Para desarrollar la propuesta, se trabajara con las variables descritas en la Bateria de Instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio del Trabajo. Que permitirán impactar las dimensiones correctas del ser humano y del la organización; y que de no ser intervenidas a tiempo, pueden generar consecuencias en el medio laboral, en los resultados del trabajo, en la vida personal y en las condiciones de salud de cada trabajador.

10.1.5.1 Identificación de líneas de acción

Condiciones intralaborales:

Las condiciones internas de trabajo tienen un predominio sobre el estado de salud de quienes ejercen una función al interior de la clínica; influencia que puede verse reflejada en el estado de salud mental y puede afectar tanto el desarrollo de la actividad laboral como la calidad de vida de los trabajadores.

- ✓ Retroalimentación del desempeño
- ✓ Relaciones sociales en el trabajo
- ✓ Claridad del rol
- ✓ Reconocimiento y compensación
- ✓ Demandas de carga mental
- ✓ Control sobre el trabajo

- ✓ Gestión Administrativa

Condiciones extras laborales

Casi siempre cuando hablamos de un factor de riesgo extralaboral, nos relacionamos con el entorno laboral del empleado y hacemos mucho énfasis en aquellos que tienen que ver con los periodos en que el trabajador está en por fuera de su puesto de trabajo. Este tema sin embargo en el medio laboral es poco explorado abriendo dos frentes, el laboral y el familiar; campos no distantes y de alto impacto en el bienestar de los trabajadores.

- ✓ Relaciones familiares
- ✓ Situación económica del grupo familiar
- ✓ Características de la vivienda y de su entorno
- ✓ Desplazamiento trabajo vivienda-trabajo
- ✓ Bienestar y Recreación

Tabla 6. *Actividades de impacto por línea de acción, condiciones intralaborales*

CONDICIONES INTRALABORALES	ACTIVIDADES
Gestión Administrativa	<p>Diseñar el proceso de selección acordes a la cultura organizacional de la Clínica San Juan de Dios</p> <p>Realizar la descripción de cargos y perfiles definidos según la misión institucional</p>
Retroalimentación del desempeño	<p>Compra de software de evaluación de desempeño</p> <p>Realizar encuentro individual que permitan realizar acuerdos de debilidades y fortalezas.(Evaluaciones de desempeño periódicas)</p> <p>Establecer planes de acciones de mejora en conjunto empresa- trabajador</p>
Relaciones sociales en el trabajo	<p>Capacitaciones permanentes en competencias según responsabilidades</p> <p>Capacitaciones permanentes en valores y competencias organizacionales</p> <p>Realizar capacitaciones en comunicación asertiva, relaciones interpersonales, trabajo en equipo y temas de liderazgo</p>
Claridad del rol	<p>Socialización de perfiles, niveles de autoridad, responsabilidad económica y gestión</p>
Reconocimiento y compensación	<p>Creación de planes de carrera</p> <p>Diseño de actividades de bienestar social</p> <p>Reestructurar el Programa de incentivos para lograr una mayor socialización y desarrollo.</p> <p>Establecer herramienta de apoyo o acceso a entidades crediticias para la financiación de</p>

	<p>préstamos educativos</p> <p>Actividades de integración deportiva individuales y en conjunto como caminatas ecológicas, aeróbicos, rumboterapia, yoga, ejercicios de relajación entre otras.</p>
Demandas de carga mental	Realizar estudios de puestos de trabajo en los que se identifique demanda de la actividad cognoscitiva o carga mental
Control sobre el trabajo	Actividad reforzada a través de los perfiles de cargo

Tabla 7. *Actividades de impacto por línea de acción, condiciones extralaborales*

CONDICIONES EXTRALABORALES	ACTIVIDADES
Relaciones familiares	<p>Buscar estrategias a través de las redes de apoyo (Comfamiliares, Gobernación, Alcaldías, ICBF, comisarias de familia, y entidades privadas) que permitan la participación del grupo familiar y el sano esparcimiento.</p> <p>Estructuración de un programa de Escuelas de padres</p>
Situación económica del grupo familiar	Realizar actividades que le permitan a los colaboradores mejorar su capacidad económica y se puede realizar a través de redes de apoyo.
Características de la vivienda y de su entorno	Establecer convenios de libranza con sectores bancarios para acceder a créditos para vivienda.
Desplazamiento trabajo vivienda-trabajo	<p>Realizar estudios diagnósticos para evidenciar dificultades de traslado</p> <p>Generar un proyecto sobre accesibilidad empresarial -familiar</p>

Tabla 8. *Cronograma y presupuesto*

MES	LINEA DE ACCION	UNIDAD	COSTO
Enero - Marzo 2015	Gestión Administrativa	6 horas profesionales	\$ 1.500.000
	Compra e instalación de software de desempeño	1 programa sistematizado	\$ 10.100.00
	Retroalimentación del desempeño	136 horas de gestores de área	\$ 12.240.000
Marzo-Diciembre 2015	Relaciones sociales en el trabajo	96 horas	\$ 1.980.000
Marzo- Abril 2015	Claridad del rol	136 horas profesionales	Se optimiza recurso de la retroalimentación
Enero A Diciembre 2015	Reconocimiento y compensación		\$12.000.000
Julio De 2015	Demandas de carga mental	20 horas	sin costo aplicado por la ARL
Marzo De 2015	Control sobre el trabajo		Se optimiza recurso de la retroalimentación
Enero - Marzo 2015	Relaciones familiares	12 horas profesionales	\$ 1.200.000
	Situación económica del grupo familiar	4 horas de gestiones	\$ 400.000
	Características de la vivienda y de su entorno	4 horas de gestiones	\$ 600.000
Marzo-Diciembre 2015	Desplazamiento trabajo vivienda-trabajo	4 horas	\$ 400.000
TOTAL			28.420.000

11. Anexos

11.1 MBI (inventario de burnout de Maslach)

**ANEXO N° 1
MASLACH BURNOUT INVENTORY
ESCALA DE MASLACH**

NOMBRE:				N° CC:		
EMPRESA:		AREA:		FECHA:		
EDAD:		SEXO:		ESTADO CIVIL:		
ESCOLARIDAD:				ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA:		
TURNICIDAD:				TIPO DE CONTRATO:		
1 NUNCA	2 POCAS VECES AL AÑO	3 UNA VEZ AL MES O MENOS	4 ALGUNAS VECES AL MES	5 UNA VEZ A LA SEMANA	6 ALGUNAS VECES A LA SEMANA	7 TODOS LOS DÍAS
ESCRIBA EN CADA CUADRICULA DE LA DERECHA DE CADA FRASE EL NUMERO CORRESPONDIENTE						
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.					
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.					
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.					
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.					
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.					
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.					
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.					
8	Me siento "quemado" por mi trabajo.					
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.					
10	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.					
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.					
12	Me siento muy activo.					
13	Me siento frustrado en mi trabajo.					
14	Creo que estoy trabajando demasiado.					
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.					
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.					
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.					
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.					
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.					
20	Me siento acabado.					
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.					
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.					

12 Bibliografía

- Cáceres, G. (2006). *Prevalencia del síndrome de Burnout en personal Sanitario militar* (tesis Doctoral). Universidad Complutense, Madrid, España.
- Gil, P. Carretero, N. y Roldán, M. (2005). Algunos procesos psicosociales del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11(2-3), 281-290
- Ministerio de la Protección Social (2014). Ley 1616 de 2013, resolución 2646 de 2008. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx.
- Gil, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15 (2) 261-268.
- Gómez, S y Gómez, I. (2004). Síndrome de Burnout: Intervención cognoscitiva conductual. *Pensamiento psicológico*, 3, 25-40.
- Grau, E. Gil, P. García, J. y Figueriedo, H. (2009). Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. *Ciencia y trabajo*, 32.
- Grau, J. Vallejo, R. y Agulló, E. (2004). El Burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 1, 125-131.
- Illera, D. (2006). Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. Recuperado de <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/septiembre/BOURNOT.pdf>.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y trabajo*, 32, 37-43.

Paredes, G. Olga, L. Sanabria-Ferrand, Pablo A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med* [en línea], 16 (enero-junio). Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91016105>> ISSN 0121-5256 http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldf/mendoza_1_p/capitulo3.pdf. La Web como plataforma educativa. Capítulo 3.

Rodríguez, M. Rodríguez, R. Riveros, A. Rodríguez, M. y Pinzón, J. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010* (tesis de especialización). Universidad del Rosario- Universidad CES, Bogotá, Colombia.

Sauter. S, Murphy. L, Hurrell. J, y Levi, L (2001). Factores psicosociales y de organización. Enciclopedia de la OIT. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>.

Tejada, P. y Gómez. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al Burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (3). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000300008&script=sci_arttext