

**CARACTERIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT EN DOCENTES DE LA
FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES**

María del Pilar Estupiñan Fonseca

Lizeth Viviana Montilla Beltrán

FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BOGOTA 2014

**CARACTERIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT EN DOCENTES DE LA
FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES**

**María del Pilar Estupiñan Fonseca
Lizeth Viviana Montilla Beltrán**

Proyecto de grado para obtener el título de psicóloga

**Asesor de Proyecto de grado
Dir. María Orquídea Escobar**

**FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BOGOTA 2014**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Pregunta de investigación.....	13
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos generales.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. JUSTIFICACION	15
4. MARCO TEORICO.....	18
4.1 Estrés.....	18
4.2 Síndrome de Burnout.....	20
4.2.1 Definición.....	20
4.3 Investigación del Síndrome de Burnout en Colombia.....	24
4.4 Estudios sobre Síndrome de Burnout en docentes.....	25
4.5 EDO – Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout).....	29
4.5.1 Salud, estrés y trabajo.....	29
4.5.2 Síndrome de Burnout.....	31
4.5.3 Cansancio emocional (agotamiento).....	32
4.5.4 Despersonalización.....	32
4.5.5 Falta de realización personal (Insatisfacción del Logro).....	33
4.5.6 El Burnout y sus fases : dos modelos tridimensionales.....	33
4.5.7 Medición.....	34
4.6 Trabajo.....	36
4.7 Carga mental.....	36
4.8 Fatiga laboral.....	37
4.9 Motivación.....	37
5. FACTORES PSICOSOMATICOS.....	38
5.1 Trastornos del sueño.....	38
5.2 Trastornos psicosexuales.....	39
5.3 Trastornos por dolor.....	40
5.4 Trastornos de ansiedad.....	40

5.5 Trastornos de depresión.....	40
5.6 Trastornos gastrointestinales.....	42
6. MARCO INSTITUCIONAL.....	43
6.1 Misión.....	43
6.2 Visión.....	43
7. MARCO LEGAL.....	44
8. METODOLOGIA.....	67
8.1 Tipo y enfoque de investigación.....	67
8.2 Población y muestra.....	67
8.3 Instrumento de investigación.....	68
8.4 Técnica	68
9. ANALISIS DE RESULTADOS.....	69
9.1 Aspectos demográficos.....	69
9.2 Nivel del Síndrome de Burnout.....	71
9.3 Niveles de agotamiento en la población.....	74
9.4 Niveles de despersonalización en la población.....	77
9.5 Niveles de insatisfacción del logro en el población.....	80
9.6 Niveles de trastornos psicosomáticos.....	83
9.7 Análisis Cualitativo	87
10. PROPUESTA DE INTERVENCION.....	93
10.1 Objetivos.....	93
10.1.1 Objetivo general.....	93
10.1.2 Objetivos específicos.....	93
10.2 Información pedagógica.....	93
10.2.1 Temas principales.....	94
10.2.2 Metodología.....	94
10.3 Talleres.....	94
10.3.1 Actividades.....	94
10.3.2 Metodología.....	95
10.4 Actividades de bienestar.....	95
10.5 Recursos.....	96
CONCLUSIONES.....	97
REFERENCIAS.....	103
ANEXOS.....	107

NOTA DE ACEPTACION

**Firma de presidente
de jurado**

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá, Abril 2014

DEDICATORIA

A Dios por este logro profesional que me guio en cada camino
A mis padres Jairo y Stella quienes fueron mi apoyo durante toda mi carrera.
A mi Hija Mariana quien llego en medio de mi carrera y me prestó de su tiempo siendo mi
mayor fortaleza para continuar.
A mi esposo Arbey quien me apoyo en cada paso y me motivo siempre con su amor
A mi hermana Tatiana por su colaboración infinita cuidando de mi hija para logar culminar
mi carrera profesional.
A mi compañera y amiga Pilar con la cual compartí momentos valiosos de los cuales aprendí.

LIZETH VIVIANA MONTILLA BELTRAN

A Dios por permitirme cumplir una vez más mis sueños y metas.
A mis padres Carlos e Isabel por ser un buen ejemplo de vida, por la paciencia y el apoyo que
me han dado durante este proceso de aprendizaje, gracias por que ambos son seres
maravillosos con un gran corazón.
A mis hermanos en especial a mi hermana Martha por ser ese apoyo incondicional y
enseñarme a ser mejor cada día.
A mis sobrinos y cuñados que con su apoyo desinteresado aportaron a mi formación
profesional de manera especial.
A mi compañera y amiga Viviana por ser un complemento en mi formación profesional,
donde me enseñó que si sembramos una buena amistad recogeremos grandes triunfos.

MARIA DEL PILAR ESTUPIÑAN FONSECA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por amarnos tanto y permitirnos estos años de enseñanza y aprendizaje que hoy reflejan nuestro primer fruto, de constancia y perseverancia. A nuestros padres, hermanos, esposo e hija, que nos han regalado la oportunidad de crecer y que en este proceso han estado con nosotras, saben que son el motor de nuestras vidas... los amamos.

A la Fundación Universitaria los libertadores que nos abrió la puerta y nos permitió formarnos profesionalmente como psicólogas.

A nuestra asesora Orquídea Escobar, que ha sido una gran guía donde nos ha sabido aconsejar, entender para el desarrollo y culminación de nuestro proyecto de grado.

A los docentes de nuestra investigación por su colaboración desinteresada.

RESUMEN

Esta investigación de enfoque metodológico mixto, buscó identificar el Síndrome de Burnout en 40 docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores. Donde el objetivo de estudio consistió en identificar esta problemática la cual radica en la respuesta prolongada de estrés en el organismo, causada por factores que se presentan en el ambiente laboral. La caracterización del síndrome, se realizó por medio de la Escala de Desgaste Ocupacional - EDO (Burnout), evaluando los siguientes factores: despersonalización, agotamiento emocional e insatisfacción del logro y algunos factores psicósomáticos; además, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para complementar la información.

PALABRAS CLAVES: Docentes, Síndrome de Burnout, Despersonalización, Agotamiento Emocional, Insatisfacción del Logro.

ABSTRACT:

This investigation of methodological mixed approach, Burnout's Syndrome sought to identify in 40 teachers of the University Foundation the Liberators. Where the aim of study consisted of identifying this problematics which takes root in the long response of stress in the organism caused by factors that they present in the labor environment. The characterization of the syndrome, there was realized by means of the Scale of Occupational Wear - EDO (Burnout), evaluating the following factors: depersonalization, emotional depletion and dissatisfaction of the achievement and some psychosomatic factors; in addition, interviews were carried out semistructured to complement the information.

KEY WORDS: teachers, Burnout Syndrome, depersonalization, Emotional exhaustion, Dissatisfaction Achievement

INTRODUCCION

En la actualidad vivimos en un mundo donde el estrés laboral hace parte del vivir diario de los trabajadores; a pesar de que el contexto laboral es muy importante e indispensable para la realización del individuo, éste mismo lo está afectando psicológicamente, ya que el trabajo o las actividades que requieren de mucha demanda para el sujeto promueven la aparición de este factor.

Según Bosqued (2008), el estrés hace parte del Síndrome de Burnout; el autor plantea que “es una forma de estrés laboral crónica y especialmente virulenta que conlleva graves secuelas para los afectados”; esto indica que día tras día el Síndrome se ha convertido en un peligro para el bienestar de los trabajadores.

Muchos autores científicos y psicólogos han investigado acerca de este tema, puesto que se presenta con frecuencia en todos los seres humanos; en los años setenta aparece por primera vez el concepto de Síndrome de Burnout como resultado de los diversos estudios acerca del estrés; este concepto fue nombrado por primera vez por (Freudenberg, 1974; citado por Bosqued, 2008), como resultado de los estudios acerca del estrés, donde lo denominó “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”; pero más tarde se aceptó y se oficializó este término a raíz de las investigaciones de Maslach citado por Moriana y Herruzo (2004).

El Síndrome de Burnout ha sido objeto de estudio desde mediados de los años 70 en el terreno de las instituciones del sector salud; es en la última década que las investigaciones se trasladan al sector educativo. Existen escasas referencias de investigaciones latinoamericanas, las cuales abordan la depresión como la consecuencia más directa asociada al Síndrome de Burnout.

Los investigadores se preguntan por qué las personas responden de manera diferente al estrés (Moreno, J. González, G. Garrosa, H. 2003); donde incluyen las variables de personalidad resistente y sentido de la coherencia en profesores de Colegios e Institutos Públicos.

Por otro lado encontramos el contexto laboral de los docentes que representa una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral (Rodríguez, A Moreno P, Beltrán A 2003) donde identifican la prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con las actividades que realizan los maestros.

Teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de este Síndrome, esta investigación se plantea con un enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo; esto para determinar si existe el Síndrome de Burnout en los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores.

La investigación se llevó a cabo en tres fases. En la primera, se estableció la temática a ser desarrollada junto con la definición de objetivos que permitieron establecer los alcances y las limitaciones que se debían tener en cuenta durante la ejecución de la investigación.

En la segunda fase, se llevó a cabo una revisión teórica sobre el tema y la aplicación del instrumento Escala de Desgaste Ocupacional - EDO (Burnout), con el fin de identificar las características del Síndrome: cansancio emocional, despersonalización e insatisfacción del logro; a partir de estos resultados se generó una entrevista semiestructurada, cuyos resultados se categorizaron en matrices de análisis; de esta forma, se lograron determinar los factores predominantes para identificar el Burnout en los docentes participantes en la investigación.

Finalmente, se diseñó una propuesta de intervención, para así desarrollar dentro del contexto laboral actividades que permitan mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El concepto de “quemarse en el trabajo”, expresado como *Burnout* por su significado en Inglés surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70. Feudenberguer en 1974 lo utilizó para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativas, entre otros; cuando el autor utiliza por primera vez el término “Burnout” se refiere preferiblemente a aquellos voluntarios que al cabo de un periodo

más o menos largo, entre 1 y 3 años en la mayoría de las ocasiones, se encuentran desmotivados, y faltos de todo interés por el trabajo. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto en su jornada laboral, tener un pago muy escaso en un contexto social exigente, habitualmente tenso y comprometido.

Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores, que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional. El investigador observó que muchos voluntarios con los que trabajaba presentaban un proceso gradual de desgaste anímico y de desmotivación. Generalmente, ese proceso duraba aproximadamente un año e iba acompañado de síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado sentirse “exhausto”.

El síndrome se conoce como un síntoma que afecta las organizaciones y por consecuencia la esfera laboral del empleado, de esta manera se pretenden identificar los factores por los cuales este síntoma influye en el bienestar de la empresa como del empleado, generando en éste diferentes consecuencias como estrés, carga mental, fatiga laboral y pérdida de estabilidad emocional. De esta manera el empleado tiende a actuar de manera predeterminada en diferentes contextos ya que este síntoma induce a actuar con limitaciones impuestas por el mismo medio.

Una de las enfermedades que más ha sido objeto de investigación en el entorno ocupacional es el Síndrome de Burnout, según Buzzeti (2005), citado por Ramírez y Ferias (2011). “el Síndrome de Burnout es un padecimiento que tiende a presentarse mayoritariamente en personas cuyo desempeño laboral sobresale y han establecido un lazo fuerte de compromiso y responsabilidad con su trabajo”.

El tipo de población que se escogió es susceptible a presentar el Síndrome de Burnout, y en consecuencia se decidió investigar a cerca de esta muestra; con el fin de conocer en qué nivel se encuentran los docentes, ya que se presenta una fuerte presión al terminar el semestre por factores determinantes como: la entrega de notas a tiempo, el control ejercido por la universidad sobre los docentes en el cumplimiento de horarios, la incertidumbre en la

renovación semestral de sus contratos lo cual les genera impedimentos en la obtención de líneas de créditos bancarios, la continuidad en los aportes generadores de una buena pensión debido a que los contratos por 4 meses les dificultad obtener este tipo de beneficios, al igual que el cumplir con horarios y notas en otras universidades y finalmente el sacrificio de no poder compartir el tiempo necesario con la familia e hijos.

Cabe resaltar que otra de las responsabilidades que adquieren los docentes es el estar preparados; donde una mayor prioridad son las maestrías o especializaciones que se encuentran cursando.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características del Síndrome de Burnout en docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características del Síndrome de Burnout, como cansancio emocional, insatisfacción del logro y despersonalización, en docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar mediante la prueba de Síndrome de Burnout EDO - Escala de Desgaste Ocupacional el grado de cansancio emocional en los docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores
- Indagar en los docentes las situaciones estresantes que se presentan en el contexto de su actividad laboral y como estas generan la insatisfacción del logro.
- Observar el grado de despersonalización de los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores.

3. JUSTIFICACION

Con frecuencia los empleados en el entorno educativo y de salud principalmente, presentan síntomas como: la fatiga laboral, las jaquecas, insomnio, poco control emocional, poca motivación laboral, irritabilidad hacia los compañeros, razones por las cuales se produce el ausentismo laboral y un clima organizacional negativo; donde estos últimos son problemáticas importantes en las organizaciones, el estado físico, mental y emocional de los empleados afecta significativamente la productividad, crecimiento y desarrollo de las empresas; por todo esto es importante estudiar e investigar este fenómeno, que no solo aqueja a las personas laboralmente activas, sino a todos los individuos que hoy en día ejerzan otro tipo de actividades.

El Síndrome de Burnout también llamado Síndrome de “estar quemado” , es un proceso que se desarrolla a causa de una respuesta prolongada de estrés, tensión física y emocional; según Maslach y Jackson (1986) , citado por Martínez Pérez, Anabella (2010) , el “Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP)”

Por esta razón, es necesario tener claro que el Síndrome de Burnout no solo se presenta en profesionales de la salud como se había mencionado años anteriores, este Síndrome puede estar presente en cualquier tipo de persona, ya que es un estado de agotamiento mental, físico y emocional vigente en individuos que trabajan directamente con personas o donde su actividad laboral es demandante, como por ejemplo en docentes, ya que manejan una carga alta que conlleva a un desgaste físico y psicológico; por ejemplo en un estudio con docentes oficiales en la ciudad de Medellín se identificó que el 46.8 % de ellos presentaban burnout o estaban en alto riesgo de presentarlo (Quinceno ,M. Vinaccio, E.2007) . En otro estudio en Ibagué, los resultados señalan que gran parte de los docentes de la muestra presentaba un nivel de burnout bajo, pero se destacaba el hecho de que el 34 % presentaran niveles altos en cinismo (Despersonalización) y el 31 % reportaran un alto grado de ineficiencia en el trabajo, las cuales son características importantes del síndrome de Burnout (Hermosa, 2006; Restrepo-Ayalal, Colorado & Cabrera, 2005).

Además, un estudio en Bogotá encontró una prevalencia del síndrome del 15.6 % en docentes de colegios públicos y porcentajes altos en los factores asociados relacionados con el entorno laboral (18.96 %) y la satisfacción persona (16.34 %).

Este síndrome si no es tratado puede tener consecuencias fisiológicas, emocionales y conductuales, tal como lo menciona, Azuara Rodríguez et al. (2008), en este estudio dentro del *nivel físico*, se encontraron *manifestaciones generales*, como: cansancio, pérdida de apetito, malestar general, *problemas osteomusculares*, como: dolores de espalda, dolores cervicales y contracturas musculares; a *nivel emocional*, como: *alteraciones inmunológicas* las cuales son; aumento de las infecciones, alergias, problemas dermatológicos, problemas cardiacos como; palpitaciones, dolor precordial, hipertensión arterial. *Problemas respiratorios* como; catarros frecuentes, crisis de taquipnea, crisis asmáticas. *Problemas digestivos* como; gastritis, ulcera duodenal, náuseas, diarrea. *Problemas sexuales* como: impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, vaginismo. *Alteraciones del sistema nervioso* como: jaquecas, trastornos de sueño, sensación de vértigo con inestabilidad locomotriz y sensación de vacío. Y de *alteraciones hormonales* como trastornos menstruales; a *nivel conductual* como: agotamiento, sentimientos de vacío, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración con olvidos frecuentes, tristeza con tendencia a la depresión, falta de compromiso laboral, escasa o nula realización personal, baja autoestima y despersonalización.

Teniendo en cuenta lo anterior y según investigaciones como la de (Miro, Solanos, Martínez, Sánchez y Marín 2007), donde se observan la relación entre el Burnout o “síndrome de quemarse por el trabajo”, la tensión laboral y las características del sueño, para (Gilbert, Garcés e Hidalgo 2008), el Burnout en fisioterapeutas españoles, evidencia que éste Síndrome se está convirtiendo en un problema de salud en los individuos, ya que en áreas como la fisiológica en el individuo se ve afectada, debido a esto, este proyecto busca establecer la relación existente entre Síndrome de Burnout ya que algunas investigaciones que se centran otros objetivos como: medida del Burnout en futbolistas (Arce, Andrade, Arce y Raedeke 2010), predictores del síndrome de Burnout en estudiantes universitarios (Carlotto, Goncalves y Camara 2008), cuestionario de Burnout para amas de casa (Ramírez, Landero, Rene y Moral 2009).

Unos años atrás la Fundación Universitaria Los Libertadores empezó un proceso de acreditación con el ministerio de educación nacional para todos sus programas académicos donde varios de estos ya fueron acreditados y los que hacen falta en proceso esto con el fin de prestar un mejor servicio a la comunidad Libertadora y a todos aquellos que quieran ser parte de ella. En los docentes recae gran parte del trabajo de acreditación, ellos hacen un papel importante ya que ayudan con la recolección de documentos.

A partir de las investigaciones realizadas sobre el Síndrome de Burnout una de las poblaciones más afectadas es la del sector educativo donde los directamente afectados son los docentes, por lo tanto nuestro trabajo de grado fue encaminado hacia esta población para así mismo aportar un estudio donde beneficie a los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores.

4. MARCO TEORICO

A continuación se introduce acerca de los diferentes fundamentos conceptuales o referentes teóricos del Síndrome de Burnout; se explicara de manera clara y concisa su historia, causantes principales, consecuencias, instrumentos, igualmente se profundizará acerca del estrés laboral ya que es un factor primordial de este síndrome. Así mismo, se hablara sobre el trabajo docente y por último se mencionara algunas investigaciones que se han realizado acerca del síndrome en nuestro país.

4.1 El Estrés

Todas las definiciones del estrés comparten un interés específico, se basan en el proceso interactivo entre cada sujeto y su entorno emocional, este término tiene poco más de 60 años y acompaña al ser humano desde sus inicios de vida, para Mingote y Pérez (2003) el estrés se estudia desde tres perspectivas fundamentales, “la tradición ambiental, la tradición psicológica y la tradición biológica”. La primera, hace referencia a que el ser humano en su entorno de trabajo, debe adaptarse a los diferentes sucesos externos que se le presenten; la segunda según Mingote y Pérez (2003) “se centra en las evaluaciones subjetivas de las demandas y de los recursos disponibles para afrontarlas”, y la tercera explica que a raíz de la

adaptación que el ser humano realiza en la tradición ambiental, hay una alteración en el sistema orgánico del mismo.

Muchos autores hablan acerca del estrés, pero muy pocos lo hacen en el mismo sentido, esta palabra tan popular fue utilizada por Walter Cannon en 1911 citado por Migonte y Perez (1999), para “designar a todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo” pero el concepto de estrés fue introducido por primera vez en 1936 por Hans Selye, este filósofo y médico austrohúngaro - canadiense, observó que sus pacientes sufrían de los mismos síntomas independientemente de la enfermedad que padecieran cada uno de ellos; presentaban, baja de peso, cansancio, pérdida del apetito, fatiga, debilidad física y psíquica, entre otras, lo cual lo llevo a estudiar más a fondo este fenómeno y al final lo terminó llamando el síndrome de estar enfermo.

Posteriormente en sus investigaciones, Selye citado por Mingote y Pérez (2003) lo definió como “la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos”, denominándolo síndrome general de adaptación, lo anterior significa que “el estrés es aquella respuesta inespecífica que el individuo presenta ante cualquier situación o demanda a la que sea sometido”. Selye describió tres etapas por las cuales atraviesa este síndrome:

Alarma: el cuerpo recibe una señal de alarma ante cualquier agente nocivo preparándolo para la defensa o huida, esta fase inicial ocurre en el sistema nervioso autónomo, comienza con una descarga de una sustancia llamada adrenalina en las glándulas suprarrenales que como función tienen regular las respuestas al estrés.

Los efectos que esta adrenalina desencadene en el organismo van a depender del modo en que se realice la secreción o de la cantidad segregada. Estas reacciones producirán efectos como concentración de glucosa en la sangre, coagulación sanguínea, incremento de la actividad y rapidez mental.

Todas estas reacciones son útiles para el sujeto ya que mediante ellas el cuerpo sabrá que hacer y cómo actuar ante dicha situación, pero cabe decir que en esta fase existe gran peligro para el organismo, pues se ve expuesto a desencadenar reacciones que provoquen o perjudiquen el estado de salud del sujeto, como un infarto de miocardio, sobre carga de

tensión arterial o una situación de bloqueo. Esta fase termina con bastante rapidez porque el organismo no sostiene esta situación por muchos segundos.

Todas estas reacciones son útiles para el sujeto ya que mediante ellas el cuerpo sabrá que hacer y cómo actuar ante dicha situación, pero cabe decir que en esta fase existe gran peligro para el organismo, pues se ve expuesto a desencadenar reacciones que provoquen o perjudiquen el estado de salud del sujeto, como un infarto de miocardio, sobre carga de tensión arterial o una situación de bloqueo. Esta fase termina con bastante rapidez porque el organismo no sostiene esta situación por muchos segundos.

Adaptación: en esta etapa el ser humano construye una resistencia a dicho estado permitiéndole al mismo sobrevivir de la primera. Si el organismo no ha conseguido resolver el motivo de alarma se verá en la necesidad de buscar una respuesta a dicho estímulo exterior. Selye baso sus estudios principalmente en esta fase, descubrió que en esos cambios adaptativos por los cuales el organismo debía pasar intervenían tres elementos fundamentales del sistema endocrino; el hipotálamo cuya función es regular nuestra conducta, siente las emociones y sentimientos adaptando al individuo a su entorno, la hipófisis, es una glándula controlada por el hipotálamo, segrega hormonas estimulantes y a la vez organiza todo funcionamiento del organismo y finalmente las glándulas suprarrenales cuya función es regular el metabolismo y defender el organismo en situaciones de estrés.

Agotamiento: en cuanto empieza a acabarse la resistencia a dicha adaptación, aparece la fatiga o agotamiento manifestado en signos físicos y psicológicos que indican que el organismo debe descansar para reponer las energías gastadas. Dependiendo de la prolongación o duración del estrés el cuerpo entra a esta etapa, el organismo pierde su capacidad de respuesta afectándolo, así mismo a no poder afrontar las diferentes situaciones provocadas por el agente nocivo.

De la anterior, podemos se definir entonces el estrés, como aquella relación entre el sujeto y el medio ambiente que lo rodea y el cual influye directamente en él, provocándole así diferentes estresores o sucesos propios del sujeto destinados a que se adapte a la nueva situación. Se debe tener claro que el ambiente no solo implica lo que físicamente rodea al sujeto, también se refiere al ambiente laboral, psicológico y familiar a los cuales está sometido diariamente y puede ocasionar estrés.

a. *SINDROME DE BURNOUT*

4.2.1 Definición

El Síndrome de Burnout fue definido por Freudenberg en el año de 1974 citado por Ingrid Gómez & Sandra Gomes (2006) “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobre carga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual de un trabajador”; luego Freudenberg en 1980 se da una nueva definición la cual parte de un “vaciamiento de sí mismo” que se ve provocado por el desgaste de los recursos físicos y mentales tras un esfuerzo excesivo al realizar un objetivo.

Otros autores como María Pérez, citado por Azuara Rodríguez et al. (2008) lo describe como “tipo específico de estrés laboral padecido por profesionales de la salud, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y precisiones laborales” (p.11), Alejandro Rivera citado por Azuara Rodríguez et al. (2008) señala “el concepto más importante es que el “Burnout” es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes)” (p.12)

Por consiguiente se puede intentar hacer una diferenciación según Azuara Rodríguez et al. (2008) entre lo que es estrés y Burnout, ya que “el estrés a menudo puede ser experimentado en forma positiva a diferencia del “burnout” que es un proceso con connotaciones siempre negativa” (p.11).

Maslach & Jackson, (1979) citado por Azuara Rodríguez et al. (2008) lo define como “respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.” (p.10), estas áreas se caracterizan por:

- Agotamiento emocional: es caracterizado cuando el individuo percibe un agotamiento referente a sus recursos afectivos, generando en el que las personas que tiene que atender se vuelvan objetos de trabajo.
- Despersonalización: se da cuando el individuo da respuestas negativas, como actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, esto genera endurecimiento afectivo que conlleva a que culpe a los clientes de sus problemas.

- Disminución de la realización personal: evaluación negativa por parte del individuo acerca de la realización de su trabajo, por tal manera los individuos se sienten descontentos consigo mismo y con su trabajo, esto no permite en ellos un buen desempeño laboral y frustración en el mismo.

El proceso evolutivo del burnout según Leiter y Maslach (1988) citados por Mansilla (2010) se da desde “el agotamiento emocional que sería la dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal. El agotamiento emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando este proceso mediatizado por despersonalización”; además según Leiter y Maslach (1988) “el agotamiento emocional sería lo que sentiría un trabajador con burnout y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias observables del Burnout como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo”.

Según Azuara Rodríguez et al. (2008) el Burnout es un “proceso dinámico y se desarrolla por acumulación de estímulos”, para este desarrollo intervienen factores como las organizaciones, la personalidad individuo y la naturaleza del trabajo.

Dentro de las principales factores asociados condicionantes del Burnout encontramos que Azuara Rodríguez et al. (2008), menciona las siguientes:

- Edad y Estado Civil: este síndrome radica más en jóvenes, solteros y separados.
- Falta de Información: insuficiente información al momento de realizar una labor.
- Acceso Largo y Penoso al Mundo Laboral: relación no existente entre el conocimiento previo adquirido y labor a ejecutar.
- Condiciones Laborales: el entorno laboral es determinante para su evolución se ven factores como la rutina, condiciones ambientales, falta de estabilidad laboral, horarios extensos, y las relaciones con los jefes.
- Conflictos de valores: se tienen en cuenta los valores que impone la empresa y como el trabajador las percibe en cuanto a lo que quiere, lo que hace y lo que posiblemente les genere tensión.

- Falta de estímulos: hace referencia a lo que el trabajador espera recibir tras su esfuerzo laboral, que sea acorde con su desgaste físico-cognitivo, entrando en crisis cuando esto no se manifiesta.
- Falta de confianza en las relaciones interpersonales: tener una buena relación con el cliente es de gran importancia ya que cuando no ocurre puede desencadenar malestar en el trabajador y más cuando no se da una buena comunicación,
- Naturaleza de la actividad laboral: cuando el trabajo a realizar genera sufrimiento en el trabajador.

Según Rodríguez, A (2008), “se trata de un cuadro con desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo, y podía describir tres fases en su evolución” las cuales las categoriza de la siguiente manera: en primera medida se da un estrés psicosocial, en segunda medida hay una situación de tensión psicofisiológica, y la tercera y última, donde se ven cambios a nivel conductual en su ritmo laboral.

Gómez, I y Gómez, S (2006), afirma que “las consecuencias del Burnout, no solo están relacionadas con problemas de salud física, si no también se afectan las dimensiones psicosociales de los profesionales”; es decir afecta tanto su comportamiento emocional como conductual relacionado con relaciones tanto familiar y social, afectando la calidad de vida del individuo.

Según Rodríguez, A (2008)”, las consecuencias que genera este síndrome en los profesionales que lo padecen son múltiples y variadas, mezclándose unas con otras e interrelacionándose entre sí. Unas llevan a otras empeorando la situación.”, Se manifiestan consecuencias a nivel físico, como lo son manifestaciones generales, en la cual se encuentran cansancio, pérdida de apetito, malestar general; problemas osteomusculares como: dolores de espalda, dolores cervicales y contracturas musculares; alteraciones inmunológicas las cuales son: aumento de las infecciones, alergias, problemas dermatológicos; problemas cardiacos como: palpitaciones, dolor precordial, hipertensión arterial; problemas respiratorios como: catarros frecuentes, crisis de taquipnea, crisis asmáticas; problemas digestivos como: gastritis, ulcera duodenal, náuseas, diarrea; problemas sexuales como: impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, vaginismo; alteraciones del sistema nervioso como:

jaquecas, trastornos de sueño, sensación de vértigo con inestabilidad locomotriz y sensación de vacío y alteraciones hormonales como: trastornos menstruales.

A nivel emocional se presentan síntomas como: agotamiento, sentimientos de vacío y fracaso, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración con olvidos frecuentes, tristeza con dependencia a la depresión, falta de compromiso laboral, escasa o nula realización personal, baja autoestima y despersonalización.

A nivel conductual, aparecen conductas adictivas con abuso de sustancias tóxicas como por ejemplo al tabaco, alcohol, benzodiazepinas y otras drogas; además irritabilidad, cambios bruscos de humor, hostilidad, aislamiento, agresividad, cinismo, comportamiento paranoide y agresivo, problemas de pareja, falta de eficacia, disminución de la capacidad para tomar decisiones, menor rendimiento laboral y absentismo laboral.

Se observan consecuencias familiares y sociales como: deterioro de la vida de pareja, aislamiento, con el consiguiente deterioro de las relaciones de su entorno social. Por todo esto, lo principal en este síndrome es su prevención como primera medida y un empleo eficaz en su afrontamiento, ya que muchos que la padecen suelen negar el malestar.

Alrededor de un 20-30% de los profesionales médicos muestran síntomas de depresión clínica, frente al 15% de la población general, teniendo las mujeres 1.5 más probabilidad de presentarla que los hombres, debido a la multitud de estresores que se ven sometidos, por los conflictos del rol que experimentan entre las exigencias de su actividad profesional, su vida familiar y su vida personal. (Rodríguez, A et al., 2008,).

Rodríguez Marín (1995) citado por Ingrid Gómez y Sandra Gómez (2006) “sugieren tener en cuenta entre otros, los siguientes aspectos: el manejo del tiempo libre, el establecimiento de metas y objetivos tanto personales como profesionales; la formación continua y la planeación adecuada de las condiciones del trabajo.”

También algunos autores como Golembiewski, Munzenrider y Carter, (1983) citados por Mansilla (2010) señalan que “el síndrome de burnout se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no exclusivamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo” De hecho. En una gran parte de sus estudios utilizan como

trabajadores muestras de directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios con personas según señala Mansilla (2010).

Además el Síndrome de Burnout según las investigaciones de Mansilla (2010) ha sido declarado como accidente laboral en varios países, como: el País Vasco, Barcelona, Cataluña, Sevilla, Andalucía.

4.3 Investigaciones del Síndrome de Burnout en Colombia

Se indagó por algunos estudios que se han realizado sobre el tema, dentro de los cuales se encontró un estudio realizado por Stefano Vinaccia Alpi y Liliana Alvaran Flórez en la ciudad de Medellín, Colombia, de la Universidad San Buenaventura en el año 2003. El estudio fue llamado “el Síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio” y su objetivo fue estudiar la relación entre el Síndrome de Burnout, el índice de percepción de estrés laboral, las habilidades de enfrentamiento al estrés y la percepción de apoyo social en una muestra de auxiliares de enfermería de una clínica privada de la ciudad de Medellín.

La población estaba constituida por 60 mujeres entre las edades de 20 y 40 años, utilizaron como instrumento Versión abreviada del inventario de Maslach, desarrollada por González- Roma (1988), el índice de percepción de estrés laboral (Maeland y Havik, 1986), el inventario sobre habilidades de enfrentamiento al estrés de Beech, Burns y Sheffield (1982), compuesto por 22 preguntas y la escala para la evaluación del apoyo social de Conde y Franch (1984).

En la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en Bogotá, Colombia se realizó un estudio en el años 2008, el objetivo principal era conocer la “Prevalencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas y su relación con el bienestar Psicológico y con variables sociodemográficas y laborales”, la muestra conto con 138 residentes a los cuales se les aplico el cuestionario breve Burnout (CBB,) que evalúa tres dimensiones: causas del Burnout, síndrome y consecuencias. En los resultados obtenidos se evidencio que el 12, 6% presentó un alto nivel de Burnout, no se encontró ninguna relación significativa entre las variables sociodemográficas y laborales.

Otro estudio, tuvo como objetivo establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout (SB) en estudiantes de último año de medicina en el

internado rotatorio I y II, en el Hospital Universidad del Norte en el 2006. La población estaba compuesta por 55 estudiantes de último año en internado rotatorio I y II de ambos sexos; los instrumentos utilizados fueron una encuesta anónima sobre características sociodemográficas, laborales y la escala de Maslach. Los resultados obtenidos arrojaron que la prevalencia global del SB fue de 9.1%, en cuanto a sus tres dimensiones: agotamiento emocional (41.8%) despersonalización: (30.9%) realización personal baja: (12.7%)

Por otra parte Rafael Tuesca-Molina, María Iguarán Urdaneta, Melissa Suárez Lafaurie, Glenda Vargas Torres y Deisy Vergara Serpa, realizaron un estudio cuyo objetivo era analizar el grado de desgaste profesional de las/os enfermeras/os que laboran en los área metropolitana de Barranquilla (Colombia).

La muestra fue conformada por 103 enfermeras/os. Se diseñó un estudio descriptivo; ex el instrumento aplicado fue el Maslach Burnout Inventory (MBI), en el que se valoran el cansancio emocional, la despersonalización, los logros personales, variables socio demográficas y laborales. En los resultados se evidenció que la prevalencia del síndrome fue de 1,9%, el cansancio emocional con un puntaje de El 15,5%, para la despersonalización el 16,5% y 9,7% para la realización personal, concluyendo que la presencia del Síndrome de quemado en enfermeras/os en los área metropolitana de Barranquilla es relativamente baja en las tres categorías.

Igualmente en la ciudad de Bogotá, Margarita Roza Sánchez realizó un estudio con el objetivo de determinar el grado y los factores asociados al Síndrome de estrés asistencial, en los profesionales de la salud del área de pediatría del Hospital Occidente de Kennedy III nivel de Bogotá; la muestra estuvo conformada por 35 profesionales de la salud a los cuales se les aplico el instrumento Maslach Burnout Inventory. Los resultados fueron los siguientes: el 11.42% obtuvieron puntuaciones altas en la categoría de Cansancio emocional (CE), el 48.57% puntuaciones medias y el 40% puntuaciones bajas, En cuanto a la categoría de Despersonalización, el 31.42% alcanzaron puntuaciones altas, el 45.71% medias y el 22.87% bajas y en la categoría de Realización Personal el 22.85% tuvo puntuaciones altas, el 45.71% medias y el 31.42% baja; al final se encontraron 4 personas con alto grado de estrés asistencial.

4.4 ESTUDIOS SOBRE SINDROME DE BURNOUT EN DOCENTES

Hermes Marin y Maritza Paredes realizaron un estudio en la universidad de los Andes acerca del síndrome de Burnout donde el título de su investigación es “estudio del síndrome de burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes”

El “Síndrome de *Burnout*”, también conocido como “síndrome del estrés crónico laboral”, “síndrome de desgaste profesional”, “síndrome del quemado” o “síndrome del estrés laboral asistencial”, es un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones del trabajo o sobrecarga profesional (Freudenberger,1974). Quien padece este síndrome, además de encontrarse cansado, desilusionado, malhumorado y hasta agresivo, se convierte de forma progresiva en mal trabajador. No existe una definición admitida en forma consensuada sobre el síndrome de desgaste profesional, no obstante hay una ausencia generalizada en considerar que se presenta en el sujeto como una respuesta al estrés laboral crónico. Entre los autores más reseñados en el ámbito internacional y que dan su propia definición de *burnout* están: Edelwich y Brodsky (1980), Cherniss (1980), Pines y cols. (1981), Golembiewski y cols. (1983), entre otros; pero la definición más reconocida es la que Maslach y Jackson dieron en 1981. Estos autores lo definen como “un síndrome que consta básicamente de tres dimensiones que son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima profesional”

El anterior es un estudio donde el muestreo más adecuado era el aleatorio estratificado proporcional fijando cinco estratos que corresponderían a cada una de las categorías del escalafón de los profesores. El error de estimación real del estudio fue del 6.9 % a nivel global. De los 194 profesores que integraron la muestra definitiva 50 habían sido respondidas por Profesores Titulares, 32 por Asociados, 35 por Agregados, 36 por Asistentes, 39 por Instructores y sólo 2 no respondieron. Por otro lado respondieron al cuestionario 127 hombres (65,5%) y 67 mujeres (34,5%). El 94% tenía edades comprendidas entre 30 y 60 años. El 73% estaban casados, 16% solteros y 9% divorciados. Más del 80 % tiene al menos un hijo. La mitad de profesores invierten más de 4 horas semanales a practicar algún deporte o cualquier otra actividad que lo distraiga, así mismo la mitad duerme lo necesario para descansar adecuadamente el cuerpo y la mente. El 90% de los profesores tenía dedicación exclusiva y el 90% eran ordinarios. En cuanto a la facultad de adscripción el 23% de las encuestas fueron rellenas en la facultad de Humanidades y Educación, el 23% en la de Ingeniería y en las demás facultades la participación fue regular (entre 1,5% y 12,9%),

excepción de la facultad de Farmacia cuyos profesores se negaron rotundamente a participar en el estudio.

En cuanto al grado académico el 53,5% tenía maestría y el 17,5% doctorado. Mientras que el 50% de los Profesores dictaba entre 8 y 12 horas de clase a la semana, mientras que el 50% decía invertir 10 o menos horas en actividades de investigación y el otro 50% más de 10 horas a la semana. Sino también su equilibrio físico y psíquico, con importantes consecuencias en la calidad de la enseñanza. En el caso de los profesores universitarios, el deterioro va a incidir directamente en la formación de los estudiantes y, por tanto, su influencia en las futuras generaciones es evidente; además el rendimiento de la institución y el prestigio de la misma, se verán claramente disminuidos. Es importante resaltar que la mayoría de los trabajos relacionados con *Burnout* en profesorado se han desarrollado en el entorno de la enseñanza Primaria y Secundaria, existiendo muy pocos trabajos que estudien un colectivo de profesores de educación superior. Más recientemente han aparecido trabajos sobre *Burnout* en profesores universitarios como los de Guerrero (1998), Vilorio (2000) y Paredes (2001).

Otro artículo que nos habla acerca del Síndrome de Burnout en docentes es el que realizaron Lucia Barbosa, Maria Liliana Muñoz , Paola Rueda y Karen Suarez de la universidad Javeriana , el título de la investigación es “ síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios” , es un estudio de tipo “descriptivo y correlacionar para determinar el nivel de Síndrome de Burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se contó con la colaboración voluntaria de 30 docentes, a quienes se aplicaron dos instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, y la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) elaborada por Carver, Scheier y Weintraub, en 1989. El nivel del síndrome es bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización, y medio para realización personal.

Las relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres”. La

metodología utilizada en esta investigación fue “de 48 docentes de la Facultad de Educación de una universidad privada en Bogotá participaron 30. La participación de los sujetos en el estudio fue voluntaria y anónima. Finalmente se analizaron datos de 28 docentes dado que 2 de ellos diligenciaron de manera incompleta los instrumentos” el instrumento utilizado fue el de Maslach Burnout Inventory (MBI) en su traducción al español de Maslach & Jackson (1981).

Zamanda Correa de la universidad del Cauca, realizó una investigación acerca de “el síndrome de Burnout en profesores universitarios de los sectores público y privado”

El objetivo es analizar la relación entre Burnout y una serie de variables socio demográficas, causas y consecuencias del síndrome, en profesores universitarios de los sectores público y privado de la ciudad de Popayán. Donde en su método utilizo La población de los sectores público y privado, tanto de sexo masculino como femenino, con edades entre los 20 y los 60 años. Se utilizó como instrumento el Cuestionario Breve de Burnout, validado para Latinoamérica y para profesores. Es un estudio cuantitativo transversal; por otro lado para analizar los datos se utilizan estadísticas descriptivas y la prueba de chi cuadrado, se aceptaron niveles de significación estadística de $p < 0.05$. El análisis es univariado y bivariado. , los resultados obtenidos en esta investigación indican una baja presencia del síndrome de Burnout en esta población. Para concluir Existe una baja presencia de síndrome de Burnout en esta población. Las variables que están altamente asociadas con la dimensión despersonalización y las consecuencias físicas y sociales, tanto en el sector público como el privado son: número de horas que se labora en la semana y tiempo que se lleva en la universidad y en el mismo cargo. Solo en el sector público, en un mínimo porcentaje, los profesores presentaron antecedentes del síndrome y consecuencias psicológicas

4.5 EDO - Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout) – Jesús Felipe Uribe Prado

4.5.1 SALUD, ESTRÉS Y TRABAJO

Tradicionalmente, los modelos de salud hacían énfasis en la cura de enfermedades, y cuando se podían señalar modelos novedosos, estos incluían prevención y promoción de la salud. Afortunadamente, los conceptos de salud han mejorado y ahora se habla de bienestar

biológico, social y psicológico. En otras palabras, la salud ha dejado de ser la “ausencia de enfermedad”, para pasar a ser “bienestar físico, social y mental”. De acuerdo a Winett, King & Atman (1989), la salud no ocurre en vacío; se presenta en un contexto conformado por constelaciones de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales, que involucran aspectos como política pública, ambientes físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales.

El desarrollo de la psicología y la salud en general han tenido un desempeño paralelo a los modelos médicos sin precedentes, gracias a la sustitución de enfermedad por bienestar. Es en este contexto que Matarazzo (1980), definió a la psicología de la salud como “ el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas”.

Uno de los aspectos que la psicología de la salud ha contemplado son los procesos cognitivos, producto de las interacciones entre un ambiente externo nocivo y el organismo, tal es el caso de estrés. Según Lazarus (1966), uno de los estudiosos más destacados del fenómeno, la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio.

Uno de los escenarios más importantes e influyentes en la vida de una persona que genera las demandas más estresantes es el mundo del trabajo, siendo este un contexto tan amplio y complejo que el campo de la salud, en general, y en particular la psicología de la salud, ha tenido que delegar no solo a médicos y psicólogos, sino a antropólogos, abogados, sociólogos y fisiólogos, tanto por su complejidad etiológica como por su impacto social, legal y biológico. Con base en lo anterior, el estrés laboral es uno de los conceptos que la psicología de la salud ha investigado ampliamente y, que a pesar de la vasta literatura, son poco los acuerdos sobre sus significados y definición (Hart & Cooper, 2001).

Según Gil – Monte (2005), uno de los principales desacuerdos se presenta cuando hay que decidir si el termino estrés se aplica al estímulo u objeto estresante, a la percepción subjetiva que se hace del estímulo u objeto , o a la respuesta psicológica y fisiológica interna o externa, que se desarrollan después de una evaluación de la percepción del estímulo. En lo anterior hay un proceso, el cual inicia con un posible objeto estresante, un proceso cognitivo de evaluación para determinar si el estímulo es un estresor y el resultado a lo anterior

mediante estrategias de afrontamiento; por último, la eficacia de las estrategias determina las consecuencias del estrés laboral.

Las respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas del proceso de estrés pueden convertirse con el tiempo en consecuencias; es decir, la coexistencia en el tiempo de varias respuestas al estrés laboral convierte lo que fue una respuesta en consecuencias más o menos permanentes, que afectan significativamente el ritmo de vida de la gente en términos de disminución de desempeño laboral, acompañado de agotamiento emocional y sentimiento de minusvalía. Todos estos factores se combinan con una serie de malestares físicos y somáticos en un espiral de deterioro que terminan en una enfermedad (p.ej., depresión, asma, hipertensión, dolores, impotencia sexual, infartos, diabetes, etc.).

Algunas investigaciones sugieren que para identificar al estrés laboral en términos de respuestas o consecuencias, el mejor criterio es el tiempo que un síntoma permanece después de haber sido considerado como respuesta a un estresor (Burke & Gróenlas, 1995; Krausz, Koslowsky, Shalom & Elyakim, 1995).

4.5.2 SINDROME BURNOUT

Gil- Monte (2005) señala que el agotamiento emocional y los sentimientos de minusvalía, así como algunos malestares hacia el ambiente, son en realidad una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio rol profesional; probablemente como respuesta al estrés laboral: todos estos malestares, presentan una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que impactan de manera nociva a las personas, por lo tanto, a las organizaciones laborales.

la distinción entre estrés laboral y lo descrito como agotamiento , minusvalía y malestar apareció por primera vez en la literatura científica hasta el decenio de 1970 – 79, cuando Freudenberger (1974) describió una serie de síntomas y comportamientos experimentados por profesionales que proporcionaban servicios de salud ,denominándolo en el idioma ingles como *burnout*, mas tardes, Maslach & Pines (1977), lo definieron como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, escaso auto concepto y perdida del interés hacia los clientes por parte de los profesionales de las organizaciones de servicio.

Maslach (1982), lo describe como un síndrome de respuestas crecientes, compuestas por sentimientos de agotamiento emocional, actitudes negativas hacia los receptores de un servicio (despersonalización), una tendencia a evaluarse a sí mismo de manera negativa y relacionando sentimientos de insatisfacción con el puesto de trabajo.

Después de revisar diversas definiciones elaboradas entre 1974 y 1980, Perlman y Hartman (1982) concluyeron que el Burnout es una respuesta al estrés emocional crónico que concluye tres componentes; agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización, el síndrome de burnout trae resultados negativos tanto para el sujeto que lo sufre como para la organización que lo ha encontrado.

En el primero puede ocasionar alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, ulcera, insomnio, mareos, ansiedad, depresión, alcoholismo, tabaquismo, etc; en la empresa puede observarse deterioro de la calidad en el servicio que otorga el trabajador y , por lo tanto, habrá alteraciones en la organización, rotación de personal, ausentismo, problemas de asiduidad, y hasta abandono de trabajo (Burke, 1998; Cordes, Dougherty & Blum , 1977; Daniel & Pérez, 1999; Gil- Monte, 2005; Gil-Monte & Peiro, 1997 ; Golembiewski 1982, Goodman & Boss; 2002; Manzano & Ramos, 2000; Mingote , 1997; Moreno & Oliver, 1993, Schaufeli & Dierendock, 1995, entre otros).

De acuerdo a Buendía & Ramos (2001), la consecuencia de Burnout es el colapso físico, emocional y cognitivo, lo que obliga a los trabajadores a dejar su empleo, o a una empresa a liquidar a una persona, o a trasladarla de puesto para tener una vida profesional presidida por la frustración y la insatisfacción, ya que es un proceso que voluntaria o involuntariamente desentiende al trabajador de su puesto de trabajo como respuesta al estrés y agotamiento experimentado. Se habla de un proceso porque el trabajador no logra solucionar sus problemas relacionados con el síndrome mediante las técnicas personales a su alcance; los cambios de conducta y actitud son ineficaces.

Partiendo de la estructura tridimensional sugerida por Maslach & Jackson (1982), de cansancio emocional- despersonalización y falta de realización personal, se han llevado a cabo diversas propuestas para que el proceso sea considerado como Burnout, debido al orden y gravedad de sus consecuencias. Para lo anterior se dispone de dos modelos: el de Leiter & Maslach (1988) y el de Golembiewski & Munzenrider (1988). Maslach & Jackson (1981, 1982), así como Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), señalan que el Burnout se define principalmente en las siguientes tres dimensiones.

4.5.3 Cansancio emocional (agotamiento): pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste y fatiga. Situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios; una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos, clientes, etc.)

4.5.4 Despersonalización: se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, presos, pacientes, alumnos, etc.) puede considerarse como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas. Por ejemplo, el enfermo bien se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto detestable, el preso es un delincuente que merece su condena, el alumno merecer ser reprobado, etc.

4.5.5 Falta de realización personal (insatisfacción del logro): son respuesta negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y, de manera especial, esa evaluación negativa afecta en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden.

4.5.6 El Burnout Y Sus Fases: Dos Modelos Tridimensionales

Existen dos modelos tridimensionales que describen las fases del síndrome que desarrolla (Leiter y Maslach(1988) y Golembiewski & Muzenrider , 1988).Según Leiter y Maslach(1988), el síndrome se desarrolla en cuatro fases, la secuencia de factores se inicia con el **cansancio emocional**, producto del desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales, posteriormente, pasa a la **despersonalización**, que se convierte en una salida a la situación creada, y concluye en la falta de **realización personal** , resultado de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial o de atención al público (figura 1)

Factores / fases	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Alto	Alto

Despersonalización	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	baja	Alta

Figura 1-1.Proceso de modelo de Leiter

Para Golembiewski y colaboradores (Golembiewski, Hilles & Daly, 1986, Golembiewski & Muzenrider, 1988, Golembiewski, Schreb & Boufreau, 1993; Golembiewski; Sun, Lin & Boudreau, 1995), el síndrome es un proceso en que los trabajadores pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. Estos investigadores apoyan la secuencia de Leiter, es decir, la respuesta al conflicto con las experiencias y condiciones laborales, específicamente en situaciones de sobrecarga laboral (demasiada estimulación y grandes retos profesionales en un puesto) y pobreza del rol (puestos en los que existe poca estimulación y pocos retos profesionales) (figura 1-2)

Factores / fases	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización personal	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Bajo	bajo	alto	Alto	Alto	Alto

Figura 1-2. Proceso del modelo de Golembiewski

Hay otros modelos que aquí no se mencionan por razones de espacio, los cuales han estimulado el debate sobre el tema; muchos de estos, al igual que los de Leiter & Golembiewski, se están probando en situaciones de investigaciones. Por ejemplo, el de Gil-Monte (1994 – 2005), que integra síntomas de deterioro del sistema cognitivo que deriva en un sentimiento de culpa; el de Eagly & Chaiken (1993), que explica funciones de las actitudes; el de Edwlwich & Brodsky (1980), que aborda la función de la frustración, y el de Price & Murphy (1984) que también incluye sentimientos de culpa, entre otros.

4.5.7 MEDICION

En sus inicios, el Burnout fue descrito mediante técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, auto informes y cuestionarios; en fecha reciente, estos métodos de evaluación se han sustituido por instrumentos más confiables en términos de escalas para medir principalmente los tres factores de Leiter. Algunos de los instrumentos más conocidos son:

- Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach & Jackson , 1981 , 1986)
- Burnout Measure – BM (Pines & Aronson , 1988)
- Teacher Stress Inventory – TSI (Schutz & long , 1988)
- Teacher Burnout Scale – TBS (Seidman & Zager , 1987, en Buendia & Ramos 2011)
- Hollan Burnout Assessment Survey – HBAS (Hollan & Michael , 1993)
- Stress Profile for Teachers – SPT (klas, Kendail & Kennedy , 1985)
- Cuestionario Breve de Burnout – CBB (Moreno & Oliver , 1993)
- Escalas de evaluación de estrés , satisfacción laboral y apoyo social – EESSA (Reig & Caruana , 1987)
- El cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo- CESQT (Gil-Monte, 2005)

Como puede observarse no hay una escala mexicana para medir el Burnout, el instrumento más utilizado y confiable en México para medir estrés es el de Salud Mental Estrés y Trabajo – SWS Survey (Osterman & Gutierrez, en Gutiérrez, Ito & Contreras, 2002); sin embargo este instrumento abarca estrés laboral y otros factores de salud, pero no incluye el síndrome de Burnout bajo un modelo progresivo en términos de proceso. Otro instrumentos muy utilizado en México y en muchos países de habla hispana es el MBI de Maslach & Jackson (1981 -1986) , que consta de 22 reactivos y se basa en los tres factores de Leiter, sin embargo, de acuerdo a Schute, Toppinen ; Kalimo & Schaufeli (2000), diversos estudios hechos por diferentes investigadores, las normas, puntuaciones y criterios presentan problemas en las clasificaciones de patología, diagnósticas y niveles de Burnout, ya que pueden diferir según las profesiones, el país y la cultura, inclusive, los autores recomiendan elaborar criterios culturales y puntos de corte clínicamente validos que permitan hacer clasificaciones y diagnósticos individuales, y no solo muestrales a nivel estadístico, entre otros problemas normativos y legales por derechos de autor (Gil-Monte, 2005). Además, recomiendan conservar la estructura original de los conceptos: **despersonalización, realización personal y cansancio emocional.**

Según Leiter (1991), diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del Burnout, entre ellas, la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentando, las que estarían relacionadas con el cansancio emocional, pero desvinculadas de la despersonalización y la realización personal. Burke & Richardsen (1996) lo relacionan a organizaciones con sobrecarga de trabajo; Schwab, Jackson & Schuler (1986) lo vinculan al conflicto y a la ambigüedad del rol; Friesen y Sarros (1986), además del conflicto y ambigüedad del rol, lo relacionan con actitudes negativas hacia los clientes o usuarios. Karesek (1979) propuso un modelo conocido como de latitud de la decisión o de demanda – contra, el cual plantea que si el estrés es función directa de la intensidad de la demanda, es función inversa de la amplitud del control o capacidad de decisión que el sujeto tiene de su propio trabajo.

4.6 TRABAJO

El término trabajo se refiere a una actividad propia del ser humano. También otros seres actúan dirigiendo sus energías coordinadamente y con una finalidad determinada. Sin embargo, el trabajo propiamente dicho, entendido como proceso entre la naturaleza y el hombre, es exclusivamente humano. En este proceso el hombre se enfrenta como un poder natural, en palabras de Karl Marx, con la materia de la naturaleza. La diferencia entre la araña que teje su tela y la del hombre es que este realiza en la materia su fin. Al final del proceso del trabajo humano surge un resultado que antes de comenzar este proceso ya existía la mente del hombre. Trabajo, en un sentido amplio es toda actividad humana que transforma la naturaleza a partir de cierta materia dada. La palabra deriva del latín “*tripaliare*”, que significa torturar; de ahí pasó a la idea de sufrir o esforzarse, y finalmente de laborar u obrar

4.7 CARGA MENTAL

Es frecuente que los conceptos de carga mental y estrés se confundan, ya que ambos describen fenómenos similares (Rubio, Martín y Díaz, 1995). Mientras que para unos autores, como por ejemplo Wickens (1992), el estrés sería una respuesta de afrontamiento en tareas con demandas cognitivas elevadas, otros conciben el estrés como uno de los componentes de la carga mental (Hart y Staveland, 1988).

Esta confusión tiene su origen en la definición de ambos términos. Así, estrés y carga mental hacen referencia a la relación entre las demandas ambientales y los recursos de que dispone el sujeto para hacerles frente. En las teorías de carga mental, como veremos más adelante, los recursos representan la capacidad de procesamiento que tiene el individuo para realizar una determinada tarea, y las demandas hacen referencia exclusivamente al procesamiento que requiere esa tarea en particular para ser desempeñada con éxito. Sin embargo, en las teorías sobre el estrés, la definición de ambos elementos es mucho más amplia. Las demandas no se refieren sólo a la tarea sino también al ambiente laboral en su conjunto, incluyendo los factores físicos, psicosociales y organizacionales.

4.8 FATIGA LABORAL

La fatiga se refiere a la sensación de "claudicación fisiológica del organismo, como consecuencia, generalmente, de un esfuerzo físico o psíquico. Conduce a una disminución de las capacidades del organismo: fatiga visual, fatiga auditiva, intelectual, muscular, en relación con el componente orgánico que se ha "saturado" por el esfuerzo.

A veces existen diferencias entre la fatiga física o muscular, y la psíquica o mental aunque en realidad, ambas están relacionadas (componente psico-físico de la fatiga).

4.9 MOTIVACION

La motivación es un concepto ampliamente utilizado, sin embargo, la Psicología lo hace propio a través de la definición que el afamado psicólogo de los Estados Unidos, Abraham Maslow, hace de este concepto y la división que hace de él en diferentes niveles. La motivación se define como la razón por la cual un individuo realiza determinada actividad o acción, comportándose como una de las causas de cierto acto.

La motivación puede incluir en sí tanto los impulsos consientes como los inconscientes, de este modo, es posible, a partir de la psicología, hacer referencia de las motivaciones primarias y secundarias. Las primeras son aquellas que guardan relación con la satisfacción de las necesidades humanas básicas como lo son el comer, el respirar, el beber, entre otras. Por otra parte, las motivaciones de carácter secundario son aquellas que satisfacen necesidades de orden social, tal como es el caso del afecto o el logro. Como es de suponer, es requerimiento poder lograr la satisfacción de las motivaciones primarias a fin de lograr satisfacer las secundarias.

5. FACTORES PSICOSOMATICOS

5.1 TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología.

- ✓ Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia, estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento, a su vez, estos trastornos se subdividen en disomias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en para somnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño- vigilia).
- ✓ El trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente , los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia
- ✓ El trastorno del sueño debido a una enfermedad medica consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica sobre el sistema sueño-vigilia
- ✓ El trastorno del sueño inducido por sustancias consisten en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

Las personas al dormir pasan por 4 etapas del sueño, lo cual la primera es donde están en un estado de transición entre la vigilia y el sueño , teniendo en cuenta que la persona se encuentra relajada y este se identifica porque son ondas cerebrales bajas y rápidas , seguida de la segunda etapa donde la persona entra a un sueño más profundo y aquí las ondas son más lentas y se dan interrupciones momentáneas y adicional a esto es más difícil despertar a una persona si se encuentra en esta etapa; el individuo al pasar a la etapa tres se encuentra que las

ondas son más lentas que en la etapa dos , ya para finalizar sigue la etapa 4 aquí es la etapa más profunda del sueño donde el individuo es menos sensible a los factores externos y algún tipo de estimulación, teniendo en cuenta que hay personas que tiene un sueño más liviano y claramente esta última etapa no se va a dar con la misma profundidad .

5.2 TRASTORNOS SEXUALES

Este tipo de trastorno no solo se da por alguna causa fisiológica, también se pueden presentar por algún tipo de problema psicológico o ya sea por el estrés y la ansiedad que este manejando en ese momento

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo
2. Excitación: esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son el vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
3. Orgasmo: esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. Resolución: esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. durante ella los varones son refractarios fisiológicamente en la erección y el orgasmo durante un periodo de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

5.3 TRASTORNOS POR DOLOR

Consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica, además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

5.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Todos, en un momento u otro, experimentamos ansiedad, una sensación de tensión, en reacción a situaciones estresantes. No hay nada malo en este tipo de ansiedad. Es decir es una reacción normal al estrés, esta no es perjudicial, a nuestro funcionamiento cotidiano. Quizás si no experimentamos algún grado de ansiedad, gran parte de nosotros no tendríamos o no sentiríamos esa motivación para realizar las cosas, el estar horas en el trabajo o presentar algún examen.

Por otro lado hay que tener en cuenta que hay personas que sienten la ansiedad en situaciones donde no hay ningún tipo de razón o motivo, y cuando la ansiedad se da sin alguna justificación y de una u otro forma altera la vida cotidiana de la persona se puede considerar que hay una situación psicológica donde la podemos llamar trastorno de ansiedad

5.5 TRASTORNO DE DEPRESION

Hoy en día tenemos un mal concepto de lo que es depresión, la gente del común sobre todo los adolescentes se sienten tristes y ya hablan de que se encuentran deprimidos y no saben realmente lo que esto ni sus verdaderos síntomas , por eso a continuación damos una pequeña definición acerca del trastorno.

Un trastorno depresivo puede afectar todo tu ser, desde la manera como comes y duermes hasta como piensas y sientes acerca de ti mismo/a. Muchas personas hablan de estar "deprimidos", pero la verdadera depresión no es sólo pasar por un bajón de ánimo que desaparecerá mañana con un poco de esfuerzo y voluntad. De hecho, no se puede eliminar con la voluntad y no tiene caso que los amigos te digan "ponte las pilas y sigue adelante con la vida". Un tratamiento adecuado puede ayudar a la gran mayoría de los que sufren de este

trastorno. Pero, sin tratamiento, la condición puede durar muchos meses o años. Donde sus principales síntomas son:

La forma de padecer depresión varía mucho de persona a persona. Los síntomas tienen que ser suficientemente severos como para interferir con las actividades del diario vivir o del trabajo como para que sean indicadores de depresión mayor. Cuatro o más de los nueve síntomas descritos a continuación y que duren dos semanas o más requieren atención profesional:

- Cambio importante del patrón de sueño.
- Cambio importante del apetito.
- Menor capacidad para sentir placer, por ejemplo, pérdida de interés y de goce de cosas que antes deleitaban.
- Sentimientos de minusvalía, de no valer nada, de desesperanza, de desamparo.
- Sentimientos inapropiados de culpa.
- Problemas con el pensar, con la concentración y con la atención.
- Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.
- Pena y tristeza abrumadora.
- Síntomas físicos: fatiga, disminución o pérdida de la libido.

No podemos dejar a un lado que también presentan síntomas de ansiedad, aislamiento y falta de motivación

5.6 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

los Trastornos gastrointestinales son problemas fisiológicos que se dan debido a una mala alimentación, principalmente a causa de la cantidad de trabajo que puedan tener y esto los obliga a comer a deshoras , el segundo factor es la dieta que llevan , consumen alimentos llenos de grasas y todo esto producen problemas gastrointestinales.

6. MARCO INSTITUCIONAL

La Fundación Universitaria Los Libertadores es una Institución de Educación Superior sin ánimo de lucro y utilidad común, creada el 14 de mayo de 1982, por un destacado grupo de personalidades de la vida nacional, quienes tuvieron como fundamento esencial la obra

libertaria, soportada en los principios, sueños e ideales de los símbolos de nuestra nacionalidad: Bolívar, Santander y Nariño, quienes, como protagonistas políticos, plasmaron los valores de libertad, orden y justicia, ideales educativos en los cuales se inspira el horizonte educativo de nuestra Institución. En esta fecha, se suscribió el acta de constitución y la asamblea estructuró el primer consejo directivo provisional.

6.1 Misión

Formar integralmente profesionales y ciudadanos críticos con amplio sentido de lo social, ético, estético y político; competentes investigativos, innovadores y con espíritu emprendedor, mediante la cualificación permanente del proyecto pedagógico, curricular y administrativo, que estén en concordancia con los avances de la ciencia, la tecnología y sustentados en el desarrollo económico, político, social, educativo y cultural de los ámbitos local, regional, nacional e internacional.

6.2 Visión

La Fundación Universitaria Los Libertadores se proyecta como una organización social de educación superior con liderazgo en el uso de las tecnologías como mediadoras en los procesos de formación integral en los campos social, económico, cultural, político, humanístico y científico mediante estrategias presenciales, a distancia y virtuales, con propuestas de formación permanente, uso de metodologías innovadoras adecuadas al contexto de la educación superior local, nacional e internacional para contribuir al desarrollo de la sociedad Colombiana

7. MARCO LEGAL

A continuación relacionaremos la ley de salud mental, en lo cual solo nos enfocaremos en los artículos 9, 21 y 34 que son los que se manejan para el síndrome de Burnout

Es por ello que en la actualidad es imposible que los gobiernos en el mundo, las instituciones prestadoras de salud y los entes administradores de riesgos profesionales cuestionen que los cuadros de estrés derivados de actividades laborales excesivas y

extenuantes traen como consecuencia enfermedades laborales y el aumento del nivel de tensión psicológica del trabajador. Un ejemplo de ello es la postura por parte del Ministerio de la Protección Social en Colombia: “Se considera enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.”(Marulanda, 2007, p. 17)

LEY 1616 DE 2013

(Enero 21)

Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

Estado del documento: Vigente.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, 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, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2º. Ámbito de Aplicación. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Artículo 3°. *Salud Mental.* La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. *Garantía en salud mental.* El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. *Definiciones.* Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Promoción de la salud mental.** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.
2. **Prevención Primaria del trastorno mental.** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el

reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención *secundaria* y *terciaria*, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.
4. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.
5. **Trastorno mental.** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.
6. **Discapacidad mental.** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. **Problema psicosocial.** Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. **Rehabilitación psicosocial.** Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos – que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap –o desventaja– de un trastorno mental– para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deseabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

TÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS

EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Artículo 6º. *Derechos de las personas.* Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus

riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. . Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psi coeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. . Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. . Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. . Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. . Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

TÍTULO III

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Artículo 7°. *De la promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos. El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.

El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.

Artículo 8°. *Acciones de Promoción.* El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes.

El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental. Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el

Artículo 9º. *Promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental en el Ámbito Laboral.* Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

Es decir que cada una de las organizaciones deben tener implementado un plan de acción y de prevención en el tema de salud mental, y de esto se debe encargar el área de gestión humana especialmente el o la psicóloga ya que son temas que requieren de un especial cuidado a la hora de tratarlo

TÍTULO IV
ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA
EN SALUD MENTAL
CAPÍTULO I

Artículo 10. *Responsabilidad en la atención integral e integrada en Salud Mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de

atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación.

Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

Artículo 11. *Acciones complementarias para la atención integral.* La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transitoria e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

CAPÍTULO II

Red integral de prestación de servicios De salud mental

Artículo 12. *Red integral de prestación de servicios en Salud Mental.* Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contra referencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.

Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras de riesgos laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre

que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.

Artículo 13. *Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.* La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

Artículo 14. *Prestadores de servicios.* Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.

Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

Artículo 15. *Puerta de entrada a la red.* El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental.

Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

Artículo 16. *Estandarización de procesos y procedimientos.* Los entes territoriales deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 17. *Mecanismos de seguimiento y evaluación.* Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 18. *Equipo Interdisciplinario.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional,

Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.

Artículo 19. *Capacitación y formación de los equipos básicos en salud.* De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente. El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.

Artículo 20. *Mejoramiento continuo del talento humano.* Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud para lo de su competencia.

Artículo 21. *Protección especial al talento humano que trabaja en Salud Mental* Las Administradoras de Riesgos Laborales, de conformidad con el nivel de riesgo identificado, prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con la atención directa en consulta externa o hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres

En todo caso las Administradoras de Riesgos Laborales deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de

Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones ordenadas en el presente artículo.

Este artículo nos garantiza como psicólogos, trabajadores sociales el respaldo para la implementación de programas de prevención en el tema de salud mental, donde estos como administradores tendrá una importante tarea que es la de vigilar el cumplimiento dentro de la organización de la ley

Artículo 22. *Talento humano en atención Pre hospitalaria.* Las personas que hagan parte del equipo de atención pre hospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Pre hospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención pre hospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

CAPÍTULO V

Atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes

Artículo 23. *Atención integral y preferente en Salud Mental.* De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

Artículo 24. *Integración Escolar.* El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental. Los Ministerios de Educación y de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos,

diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.

Las Entidades Territoriales Certificadas en Educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades individuales, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

Artículo 25. *Servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.* Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

TÍTULO V

PLAN DE BENEFICIOS

Artículo 26. *Plan de beneficios.* La Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada en salud mental de conformidad con lo preceptuado en la Ley 1438 de 2011, la presente ley y demás normatividad vigente y complementaria.

TÍTULO VI

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 27. *Garantía de participación.* En el marco de la Constitución Política, la ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social

deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

Artículo 28. *Asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores.* Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses a partir de la vigencia de la ley.

Artículo 29. *Consejo Nacional de Salud Mental.* La instancia especializada creada en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 se denominará Consejo Nacional de Salud Mental y será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las órdenes consignadas en la Ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. Este Consejo tendrá carácter consultivo bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Salud Pública, la cual ejercerá la secretaría técnica del mismo y lo convocará mínimo dos (2) veces al año. El Consejo es una instancia mixta integrada por:

1. El-la Ministro-a de Salud y Protección Social o el Viceministro Delegado, quien lo presidirá.
2. El-la Defensor-a del Pueblo o su delegado.
3. El-la Director-a de Salud Pública, quien ejercerá la secretaría técnica de manera indelegable.
4. Un (1) representante de cada uno de los siguientes colegios, consejos o asociaciones profesionales, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de Psicólogos, Asociación Nacional de Enfermeras, Consejo Nacional de Trabajo Social, Federación Médica

Colombiana, Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Pre hospitalaria, Emergencias y Desastres, Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional

5. Dos (2) representantes de los prestadores de servicios de Salud: Uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas; y uno de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI.
6. Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental.
7. Un (1) representante de las asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud.
8. Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.
9. Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias.

De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 las funciones de este consejo serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoría y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Los representantes de las organizaciones profesionales, de pacientes y demás señalados en este artículo serán elegidos por aquellas, y su designación será oficialmente comunicada a la Secretaría Técnica del mismo.

Parágrafo. En cada uno de los departamento del país se conformará el Consejo Departamental de Salud Mental, liderado por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicho Consejo la cual estará integrada por los respectivos secretarios de Salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por los representantes de cada asociación en el departamento señalados en el presente artículo según la existencia de tales asociaciones en el Departamento. Estos Consejos Departamentales rendirán un informe anual en los términos de este artículo al Ministerio de Salud.

Artículo 30. *Funciones del Consejo Nacional de Salud Mental.*

Son funciones del Consejo:

1. Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y

cumplimiento de la Ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, Conpes y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.

2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.

3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transitoria que impacten la prevención y la atención integral en salud mental.

4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.

5. Rendir y divulgar anualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.

TÍTULO VII

CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL

Artículo 31. *Política Pública Nacional de Salud Mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país. Esta política deberá ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la

rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.

Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública.

Artículo 32. *Observatorio Nacional de Salud.* Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 8° y 9° de la Ley 1438 de 2011, el I Observatorio Nacional de Salud Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá:

1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.
2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.
4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

Parágrafo. El Observatorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un área de este en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 33. *Acción transitoria e intersectorial.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces y las autoridades territoriales de Salud desarrollarán en virtud de la política Nacional de Salud Mental la acción transectorial e intersectorial necesaria y pertinente para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas.

Parágrafo. Entre las acciones transectoriales se debe promover, fortalecer y gestionar lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos.

Artículo 34. *Salud mental positiva.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

Es obligación como empresa o institución promover una salud mental positiva; y para esto tiene que dar los recursos que se requieran para garantizarles a los empleados sanas condiciones de trabajo.

TÍTULO VIII

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 35. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica.* El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.

Artículo 36. *Sistema de Información.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. De igual forma incluirá dentro del sistema

de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley. La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud.

TÍTULO IX

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 37. *Inspección, vigilancia y control.* La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando porque estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe integral anual de gestión y resultados dirigidos a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la presente ley.

TÍTULO X

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 38. *Incapacidades en Salud Mental.* Las personas que por razón de algún trastorno mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad en las condiciones establecidas en las normas vigentes para los trabajadores dependientes e independientes.

Artículo 39. *Investigación e innovación en salud mental.* En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus

veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.

Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.

Artículo 40. *Tratamientos de alto costo y enfermedad laboral.* El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces examinarán y ajustarán la clasificación actual de los tratamientos de alto costo, con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja, permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de todos los regímenes. De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4° de la Ley 1562 de 2012 El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la tabla de enfermedades laborales en Colombia, incluyendo aquellas patologías causadas por la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo.

Artículo 41. *Conpes en Salud Mental.* El Gobierno Nacional expedirá un documento Conpes para el fortalecimiento de la Salud Mental de la población colombiana en concurso con los actores institucionales y sociales.

Artículo 42. *Reglamentación e implementación.* El Gobierno Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley que le permita la construcción de la agenda estratégica para el cumplimiento e implementación de las órdenes contenidas en la presente ley.

Artículo 43. *Aportes del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha Contra el Crimen Organizado (Frisco) a las Enfermedades Crónicas en Salud Mental.* El Consejo

Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Salud en programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental.

El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención de las enfermedades en salud mental enfatizando en los factores protectores y de riesgo, en su automanejo dirigido a los individuos, población escolarizada y familias.

Artículo 44. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Leonardo Barreras Montealegre.

El Secretario General de honorable Senado de la Republica,

Gregorio Eljach Pacheco.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Augusto Posada Sánchez.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Jorge Humberto Mantilla Serrano.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D.C., a 21 de enero de 2013.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Mauricio Cárdenas Santamaría.

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Enfoque de investigación.

La presente investigación se abordó desde un enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, partiendo que es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos numéricos y conceptuales en un mismo estudio. Mediante la prueba EDO -Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout) se identificaron las características del Síndrome de Burnout y con base en entrevistas semiestructuradas se ampliaron aspectos del tema de investigación.

Según Sampieri el enfoque mixto “representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigaciones que implican la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (Hernández, Sampieri y Mendoza 2008).

8.2 Población y Muestra

Se utilizó una muestra a conveniencia, la cual se trata de muestras fortuitas, tal como lo menciona, Hernández, Fernández y Baptista (2006) donde la elección de los participantes depende de circunstancias muy variadas entre estas el género edad, la muestra está comprendida por 40 docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores, de los cuales, 17 son mujeres y 23 hombres, con edades comprendidas entre 35 y 50 años; el estado civil reportado fue: 18 casados, 6 separados, 7 solteros y 9 en unión libre; el tiempo de permanencia en el trabajo como docente se encontró entre 1 a 15 años; así mismo la cantidad de hijos fue de 7 docentes con 0 hijos, 9 docentes con 1 hijo, 17 docentes con 2 hijos, 5 docentes con 3 hijos y 2 docentes con 4 hijos, y el nivel de escolaridad mínimo es profesional.

Obedeciendo a normas éticas se realizó un consentimiento informado con el fin de proteger la identidad de los docentes investigados.

8.3 Instrumento de investigación

Para medir el síndrome de Burnout se utilizó el instrumento Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), que consta de 105 reactivos, donde miden los tres factores de desgaste ocupacional (agotamiento, despersonalización e insatisfacción del logro). Los reactivos (2,4,5,6,14,19,20,26,27) miden el factor de agotamiento; los reactivos (3,7,9,16,18,21,22,23,29,) evalúan el factor despersonalización y los reactivos (1,8,10,11,12,13,15,17,24,25,28,3) miden el factor de insatisfacción del logro; 40 reactivos

miden los trastornos psicosomáticos en aspectos como: sueño, sexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, depresión, ansiedad y dolor; los 40 reactivos restantes corresponden a datos sociodemográficos.

El EDO es una prueba psicométrica con un modelo estadístico de respuesta al ítem y análisis factorial exploratorio y confirmatorio, con una calificación de tipo diferencial semántico y lo cual se aplica a población con niveles normales de escolaridad. (Jesús Felipe Uribe Prado, 2010)

Igualmente se utilizó una entrevista narrativa con el fin de encontrar detalles relacionados con el tema. Como lo menciona, Bonilla y Rodríguez (2005) “es un tipo particular de entrevista individual a profundidad, no estructurada, a partir de la cual se anima al informante a contar una historia sobre un evento particular del contexto social del cual hace parte, cuyos hechos son objeto de estudio”; en este caso, la narración se refiere a su vida laboral como docente y los factores que intervienen en su vida emocional, laboral.

TECNICA:

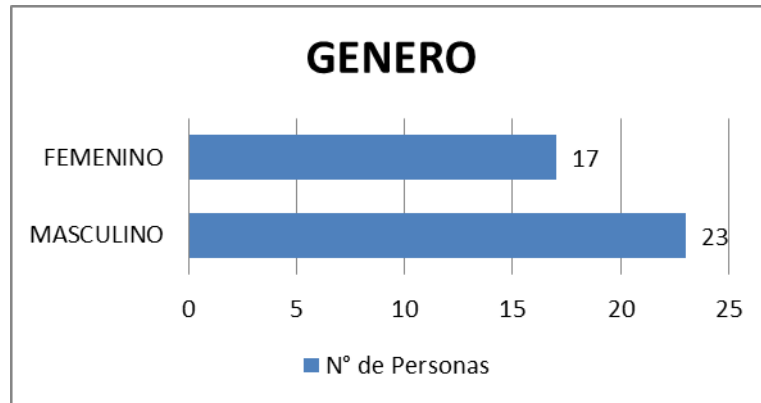
Esta investigación se abordó por medio del análisis de contenido sabiendo que el este es "una técnica de investigación que identifica y describe de una manera objetiva y sistemática las propiedades lingüísticas de un texto con la finalidad de obtener conclusiones sobre las propiedades no-lingüísticas de las personas y los agregados sociales”, por lo cual a partir de las entrevistas que se realizaron a las personas participantes de la muestra escogida se determinó categorizar cada una de las entrevistas consiguiendo así la validez de la muestra y sobre todo la pertinencia de las categorías y subcategorías escogidas en relación tanto al documento como a los objetivos de la investigación

9. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

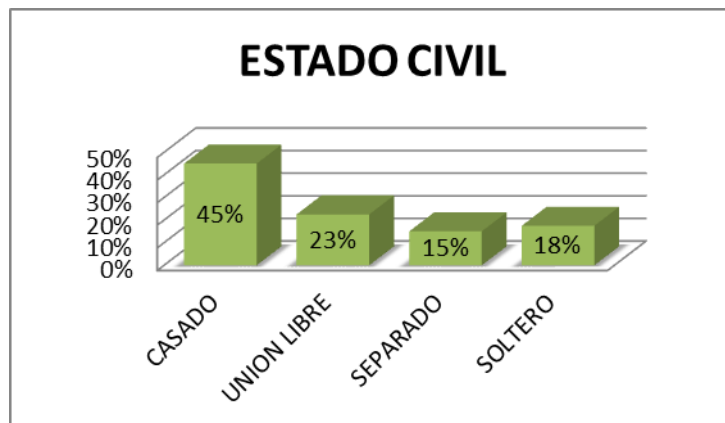
Las gráficas de la 1 a la 4 se refieren a la composición de la muestra lo cual hablan del género, estado civil, número de hijos y carga laboral, donde las relacionaremos primero que todo con el nivel general del Síndrome de Burnout, seguido de los niveles de agotamiento, la despersonalización e insatisfacción del logro, y finalmente se relacionan los aspectos demográficos con el total de la población

9.1 Aspectos Demográficos

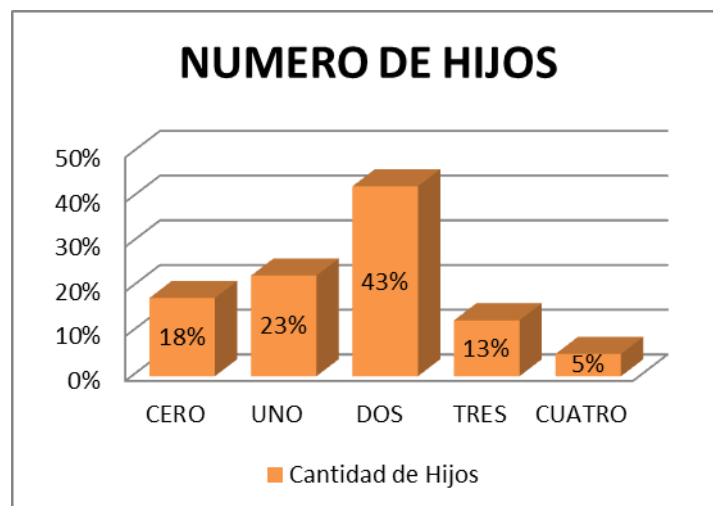
Las gráficas del 1 al 4 se refieren a la composición de la muestra lo cual hablan del género, estado civil, número de hijos y carga laboral.



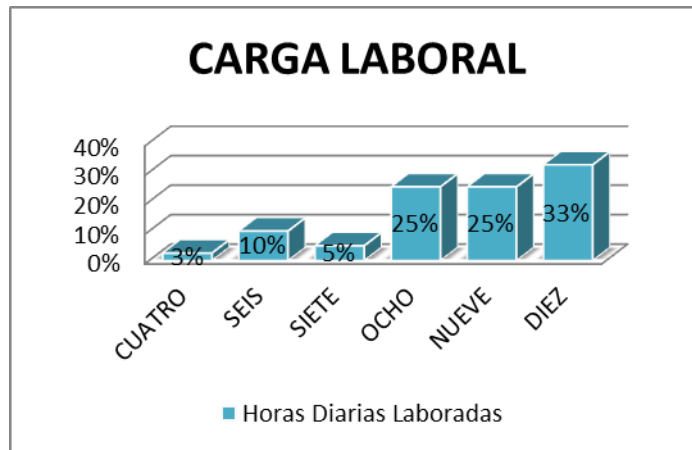
Grafica 1 - Genero



Grafica 2 – Estado Civil



Grafica 3 – Numero de Hijos



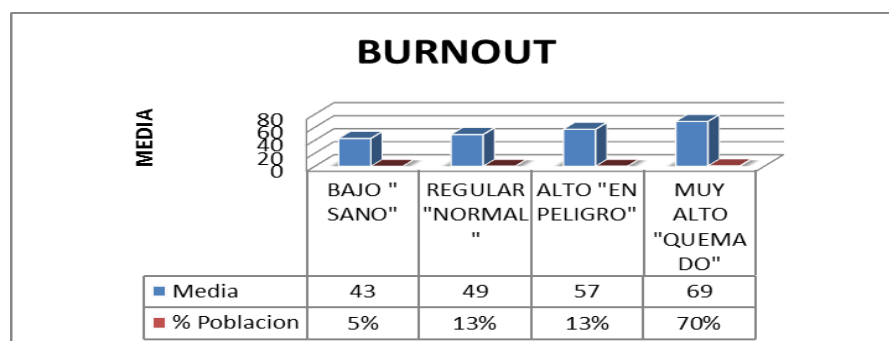
Grafica 4 – Carga Laboral

Se observa en la grafica 1 que la muestra esta compuesta por 40 personas, con mayor enfansis en hombres (23) y en mujeres (17), en edades comprendidas entre 35 y 50 años, Un 68 % de la poblacion nos indican que actualmente se encuentran con pareja ya sean casados o en union libre (ver grafica 2).

Por otro lado en la grafica N°3 se puede observar que un 66% de los entrevistados manifiestan tener entre uno y dos hijos ,asi como tambien el 83% mantienen una carga laboral de 8, 9 y 10 horas diarias con un total de,esto debido a que la permanencia en su trabajo esta comprendida entre 1 a 15 años de antigüedad laboral (ver grafica 4).

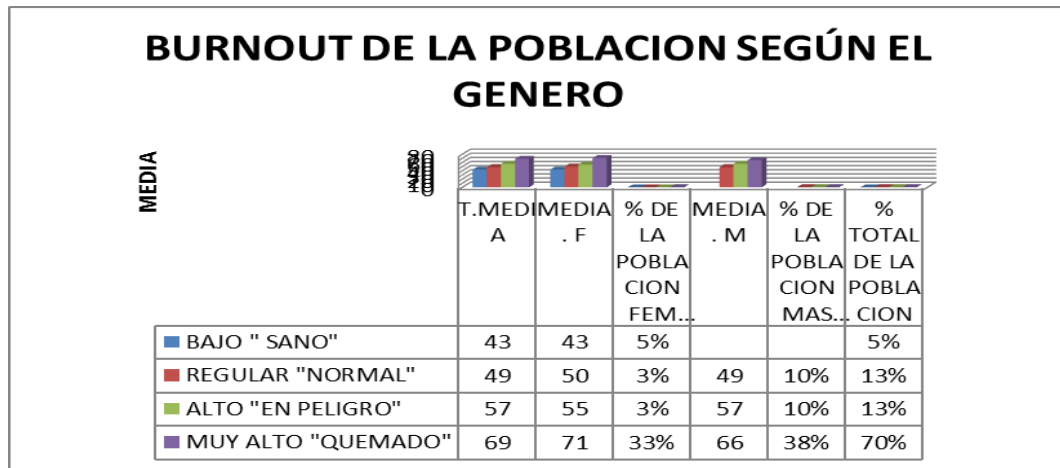
9.2 Nivel de Burnout

En las siguientes graficas se observa el nivel general del Síndrome de Burnout según los aspectos demográficos.



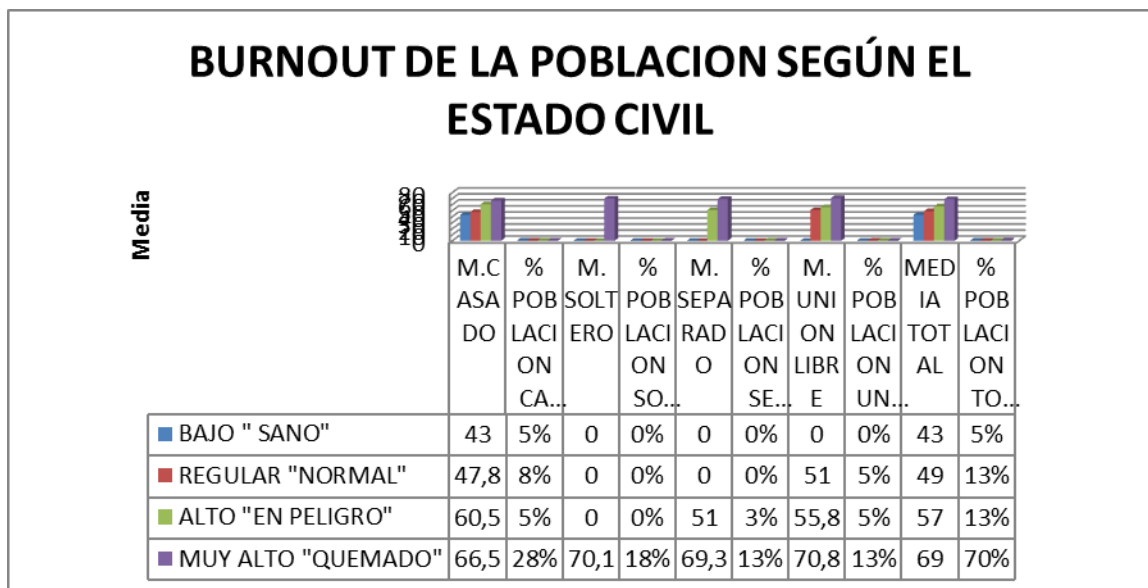
Grafica 5 - Burnout

Referente al nivel de Burnout en la población total, el 83% manifiestan estar en el nivel alto “peligro” y muy alto “quemado”, con una diferencia del 18% que manifiestan estar en un estado sano, por lo cual representa un paralelismo entre la población que se está representando.



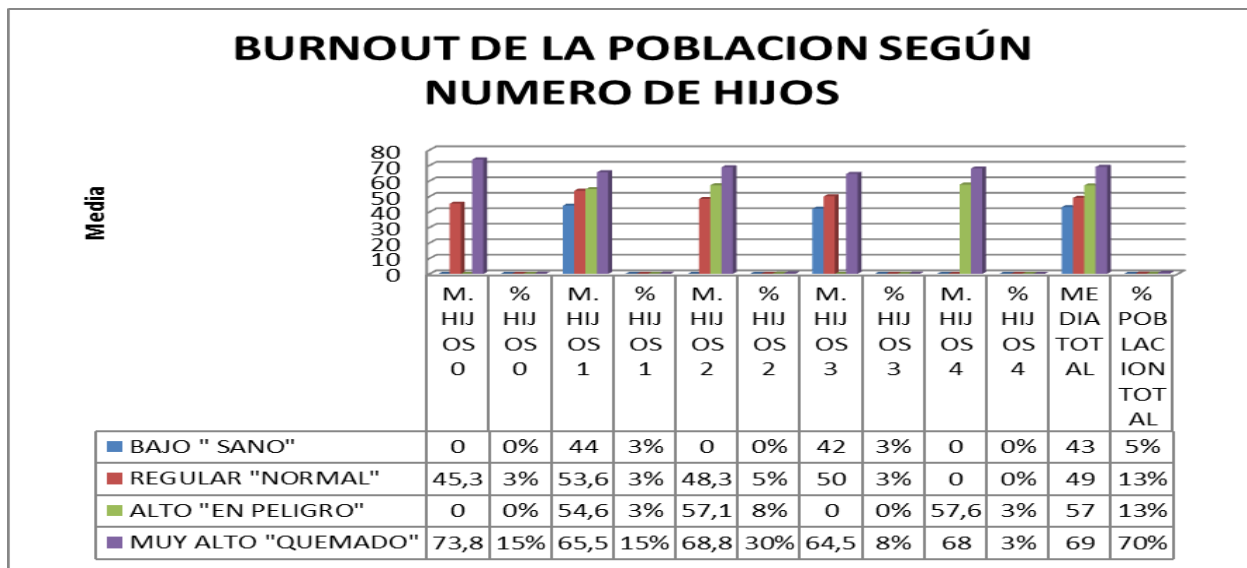
Grafica 5.1 – Burnout de la Poblacion según el Genero

Un 84% de la muestra tanto hombres como mujeres, se encuentra en un estado alto”peligro” y muy alto “ quemado”, lo que representa que en nuestro indice los hombres con un 48% son los mas vulnerables a tener este Síndrome,es de aclarar que en nuestra investigacion el numero de hombres es mayor al de las mujeres de la muestra.



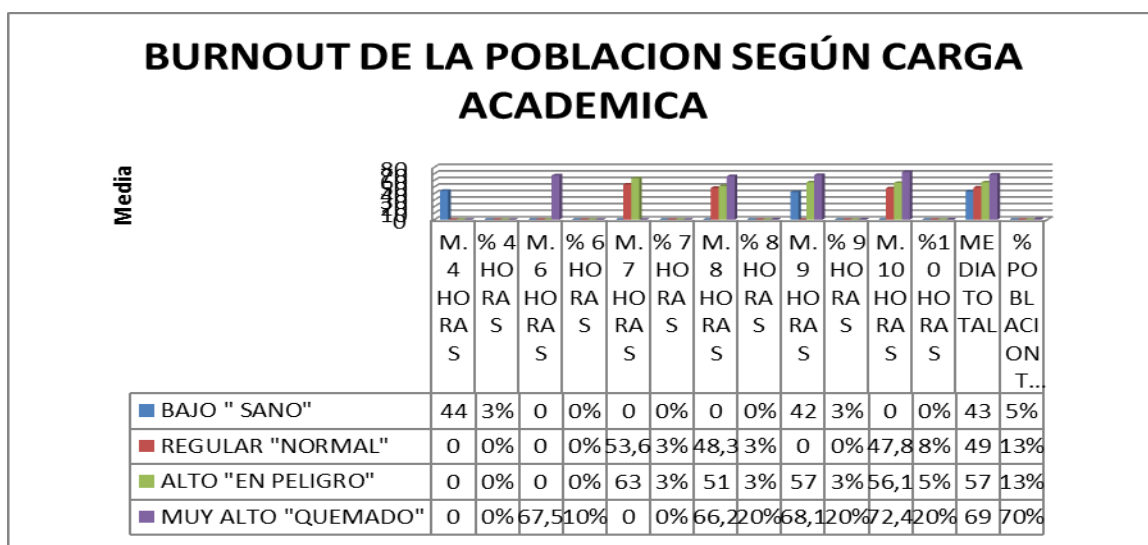
Grafica 5.2 – Burnout de la Poblacion según el Estado Civil

En lo que se refiere al estado civil se observó que el 85% de la población presentan síntomas de Burnout, donde los casados representan un 33% de esta población con síntomas, a comparación con un 15% donde manifiestan estar en un estado sano, lo que significa que las personas que mantienen una relación tienden a presentar el síndrome.



Grafica 5.3 – Burnout de la Población según Números de Hijos

Un 71% de la muestra nos indica que se encuentra en un nivel muy alto “quemado” del síndrome de Burnout donde los que tienen 2 hijos hacen mayor inferencia, contrario a los docentes que tienen un número de hijos mayor a este.

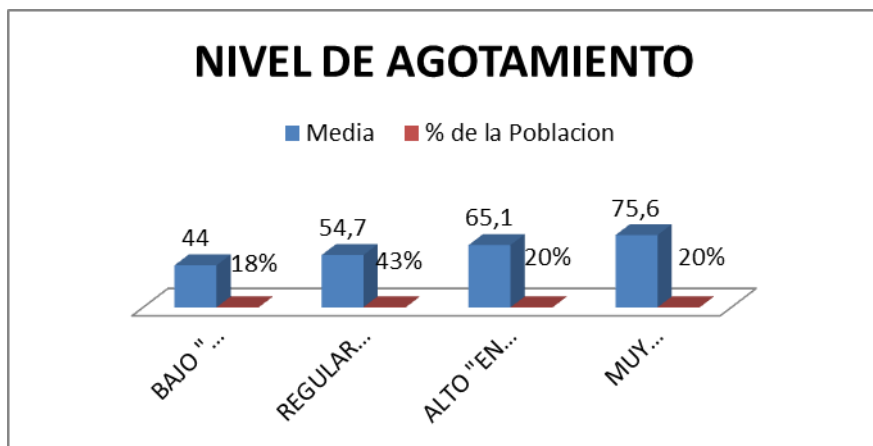


Grafica 5.4 – Burnout de la Población según Carga Academica

Aca se observa que la población que trabajan de 8 horas diarias en adelante, con un 60%. manifiestan estar en un nivel muy alto “quemado” ,para lo cual este un factor que tiende a generar en los docentes el Síndrome de Burnout.

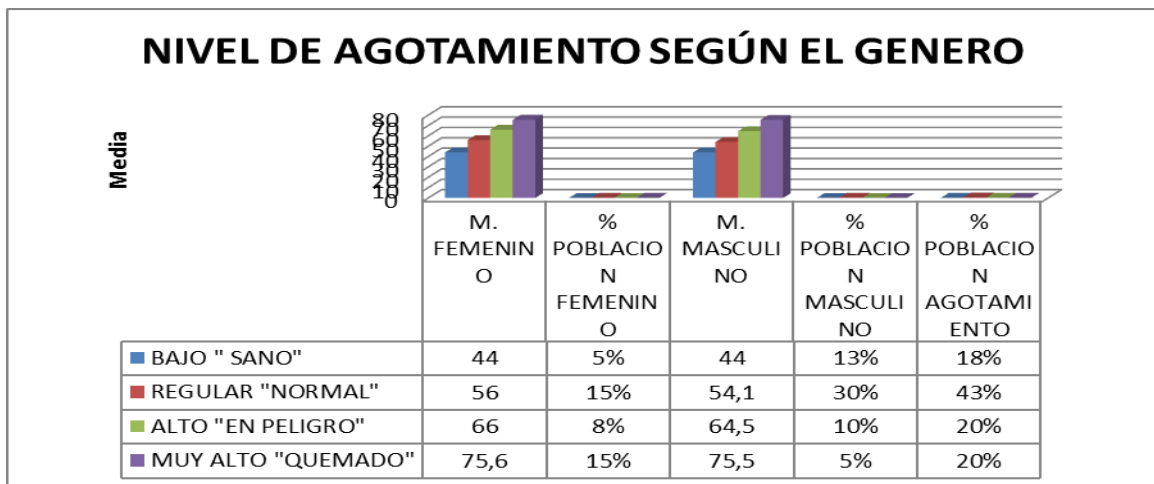
9.2 Niveles de Agotamiento en la Población

A continuación se observa en qué nivel de agotamiento se encuentra la muestra con relación a los aspectos demográficos.



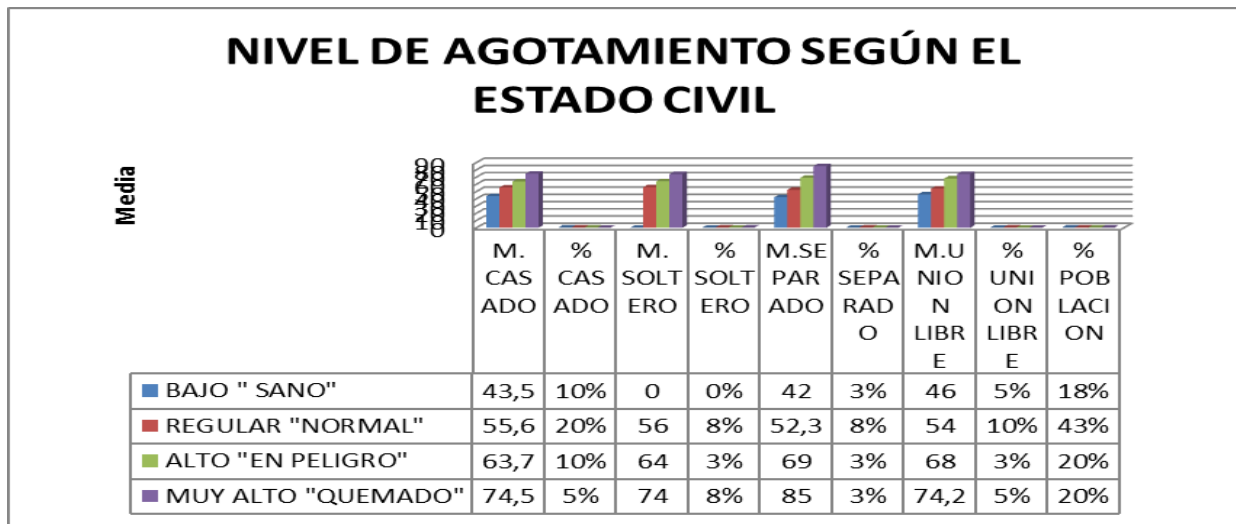
Grafica 6 - Nivel de Agotamiento

De la muestra de docentes entrevistados el 60% se encuentran en el estado bajo “sano” y regular “normal”, en comparación con un 40% que expresan un nivel alto y muy alto “quemado”, generando así su estado de agotamiento en un nivel medio dentro de toda la población.



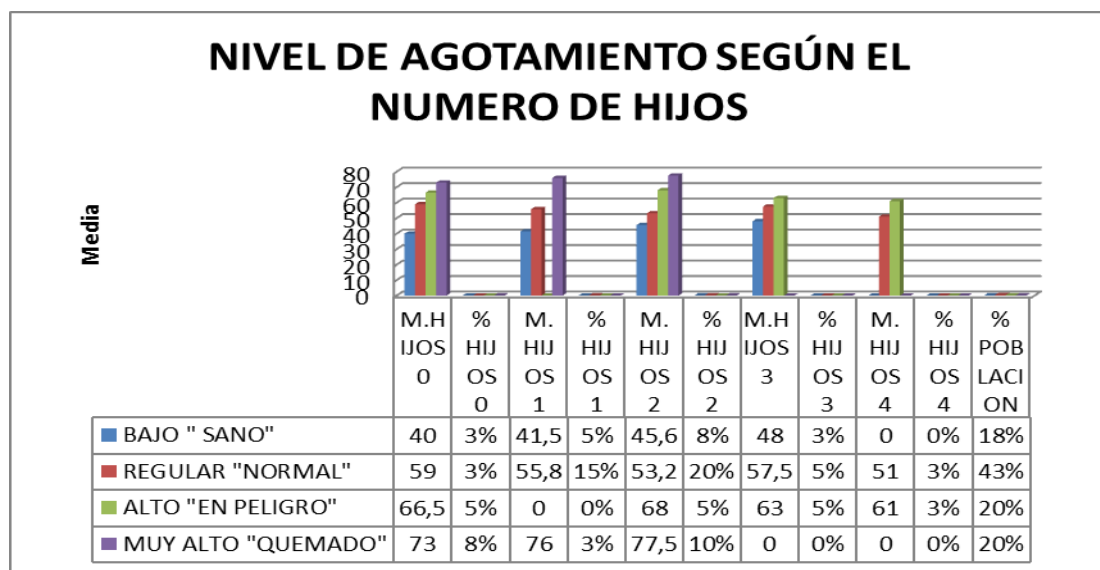
Grafica 6.1 Nivel de Agotamiento según el Genero

La mayor parte de la población con un 61% se encuentran en un nivel normal del síndrome a diferencia de un 40% lo cual manifiesta síntomas del síndrome de Burnout, es decir que el género femenino indica estar en un nivel alto de agotamiento.



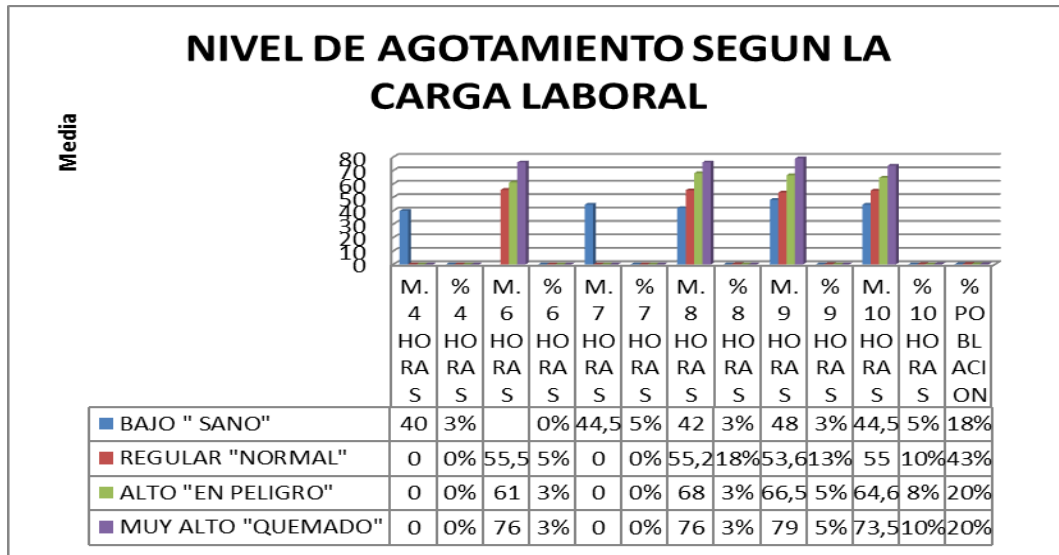
Grafica 6.2 – Nivel de Agotamiento según el Estado Civil

En esta grafica se observa que la mayor parte de la población con un 64% manifiestan estar en un nivel bajo “sano” y regular “normal”, es así que en el nivel de agotamiento la mayor población son los docentes que se encuentran casados



Grafica 6.3 – Nivel de Agotamiento según el Numero de Hijos

En este nivel la mayor parte de la población se encuentran en el nivel bajo “sano” y regular “normal” con un porcentaje del 65%, haciendo mayor diferencia a los que tienen entre 1 y 2 hijos .

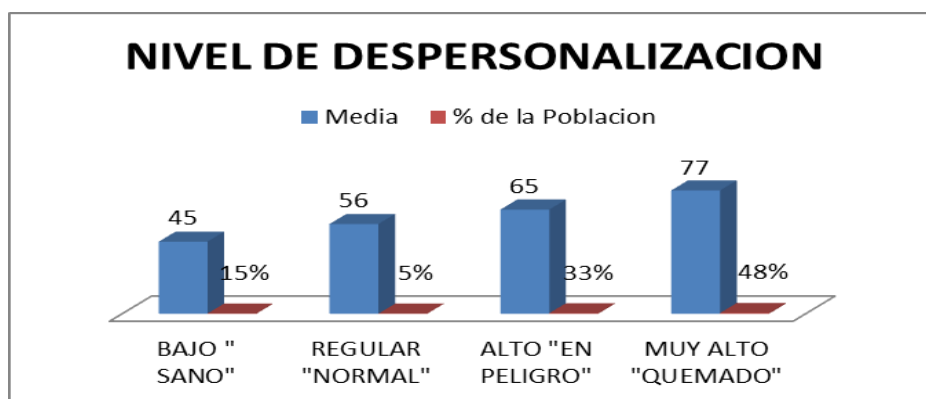


Grafica 6.4 – Nivel de Agotamiento según la Carga Laboral

El 61% de la muestra manifiesta estar en un nivel bajo “sano” y regular “normal” en el factor de agotamiento a diferencia del 39% que indican tener niveles altos de agotamiento.

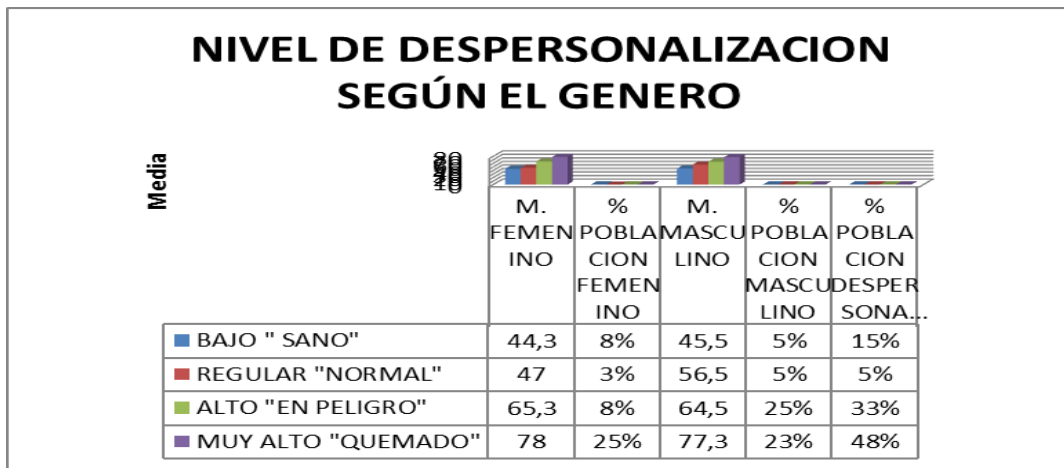
9.3 Niveles de Despersonalización en la población

Estas graficas hacen referencia al factor de Despersonalización a nivel general de la población, con relación a los aspectos demográficos.



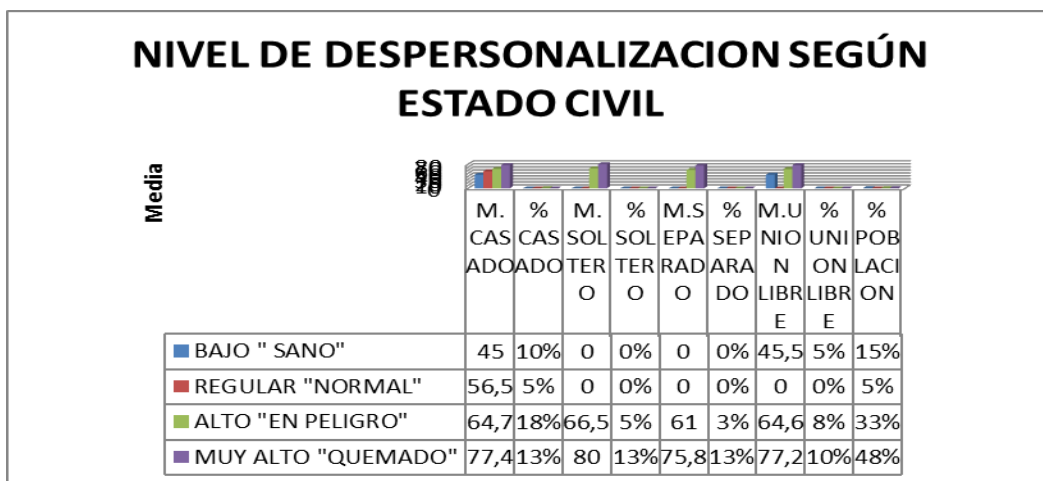
Grafica 7 – Nivel de Despersonalización

En este factor de despersonalización el 81% de la población se encuentran en los niveles altos “en peligro” y “quemado”, lo cual indica que estas personas han desarrollado sentimientos negativos y de cinismo hacia otras personas.



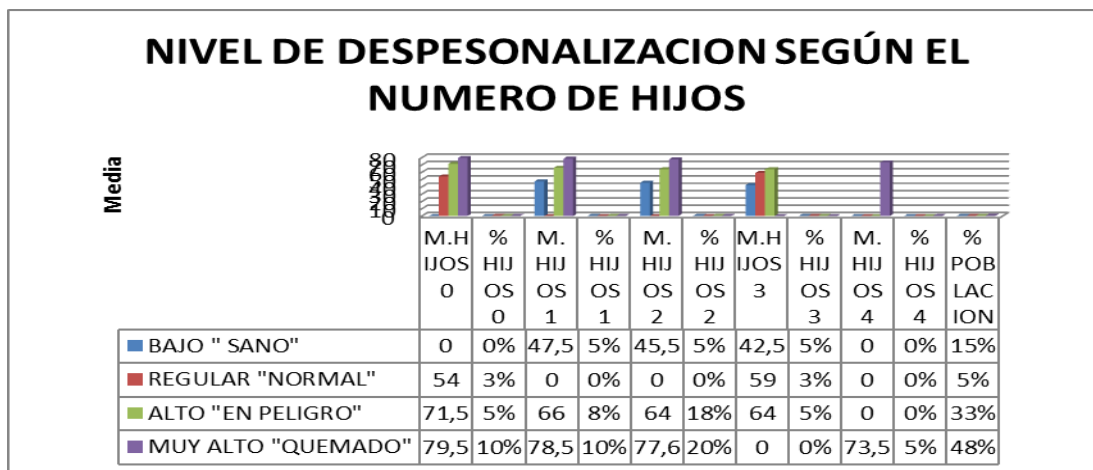
Grafica 7.1 - Nivel de Despersonalización según el Genero

En esta grafica se observa que el 81% de la población indica estar en los niveles altos “peligro” y muy alto “quemado”; donde la mayor influencia está en la población de los hombres con un 48%.



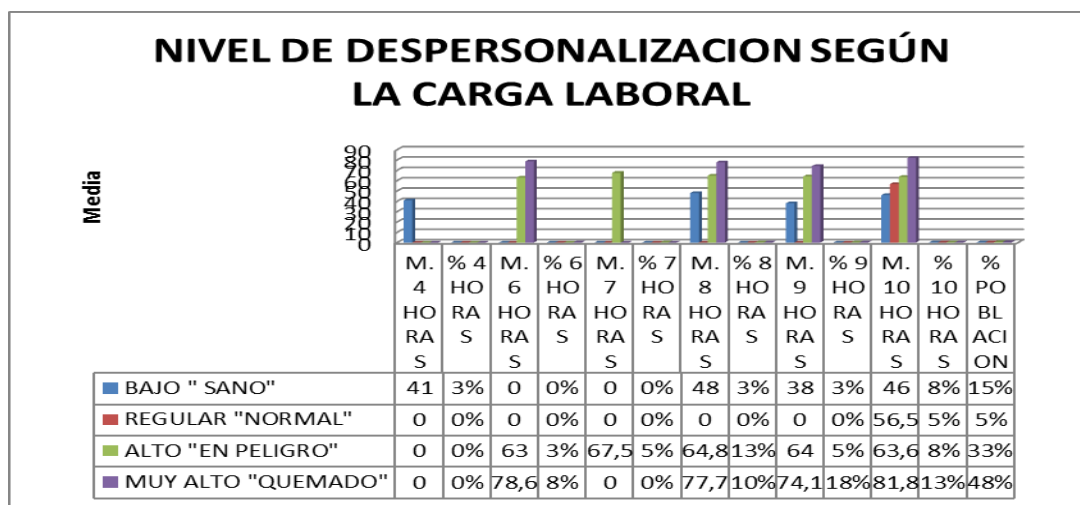
Grafica 7.2 – Nivel de Despersonalización según Estado Civil

De la muestra entrevistada el 81% hace referencia en los niveles alto “peligro” y muy alto “quemado en el factor de despersonalización; donde el 31% de esa población son casados.



Grafica 7.3 – Nivel de Despersonalización según el Número de Hijos

Un total general de 81 % de la muestra se encuentran ubicados en niveles altos “peligro” y muy alto “quemado” donde la mayor muestra con un 56% son los docentes que tiene uno y dos hijos.

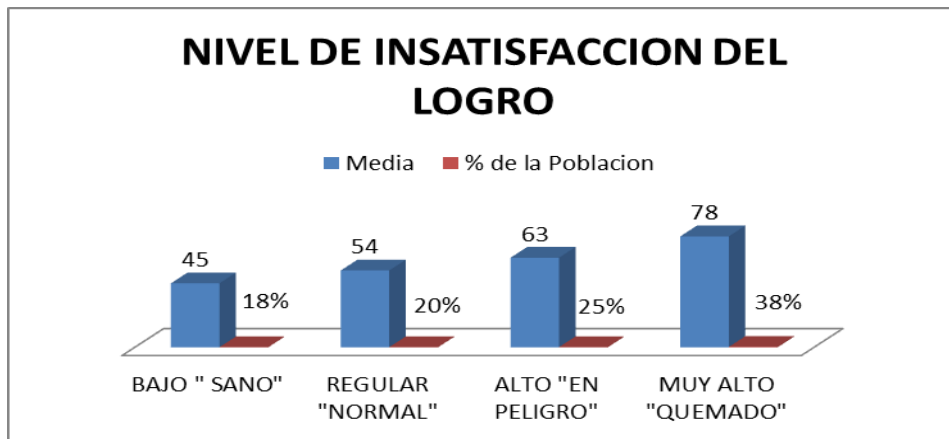


Grafica 7.4 – Nivel de Despersonalización según la Carga Laboral

Los aspectos relacionados con el nivel de depersonalización y la carga laboral nos muestran que un 57% se encuentran en el nivel alto “en peligro” y muy alto “quemado”, donde la población son los docentes que trabajan desde 8 horas diarias en adelante.

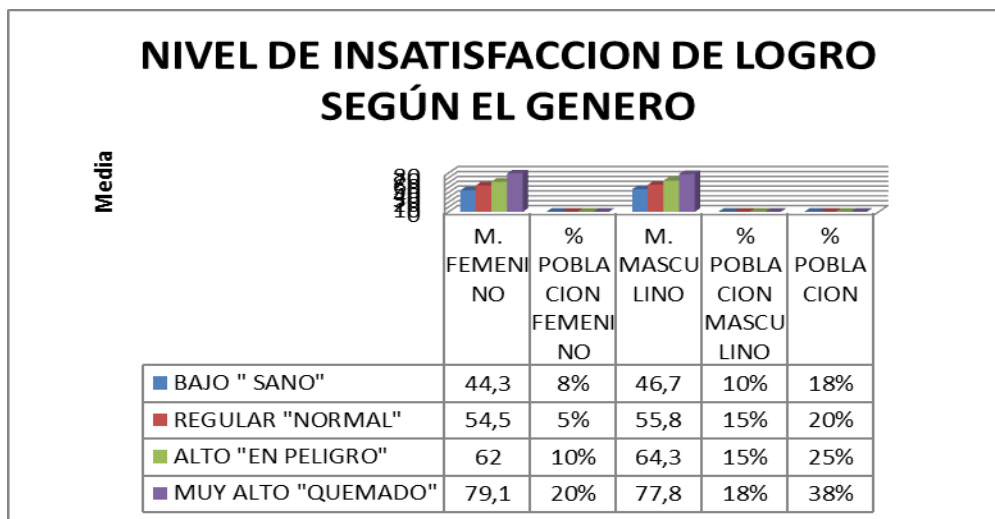
9.4 Niveles de Insatisfacción de Logro en la población

Con las siguientes graficas se da a entender el nivel general de la población acerca de la insatisfacción del logro, relacionados con los aspectos demográficos.



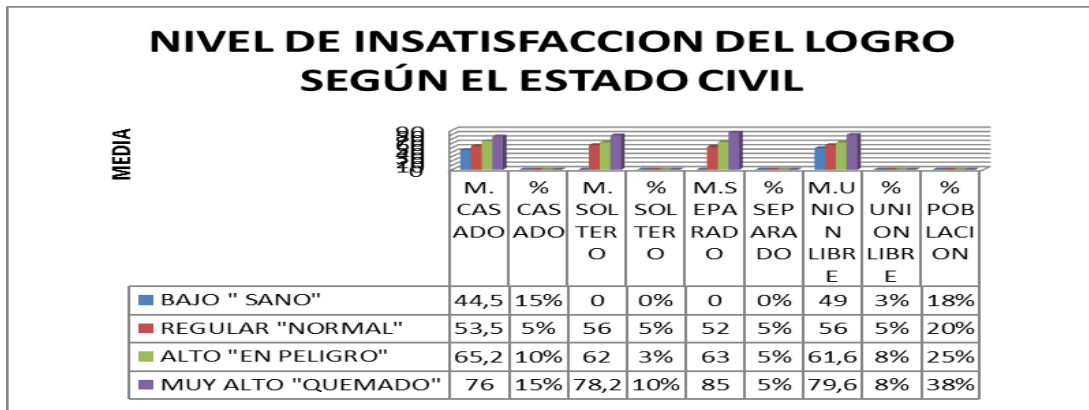
Grafica 8 – Nivel de Insatisfacción del Logro

El 63% de población entrevistada se encuentran en los niveles altos “quemado” donde manifiestan respuestas negativas hacia lo que hacen y hacia ellos mismos.



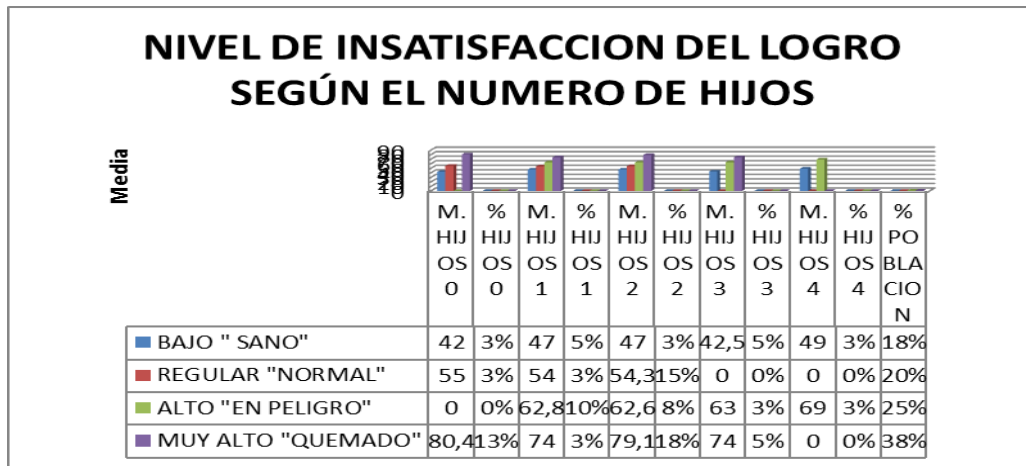
Grafica 8.1 – Nivel de Insatisfaccion de logro según el Genero

Respecto al nivel de insatisfaccion de logro la muestra se polariza, donde los hombres con un 33% y las mujeres con un 30% se encuentran en el nivel alto “en peligro” y muy alto “quemado”.



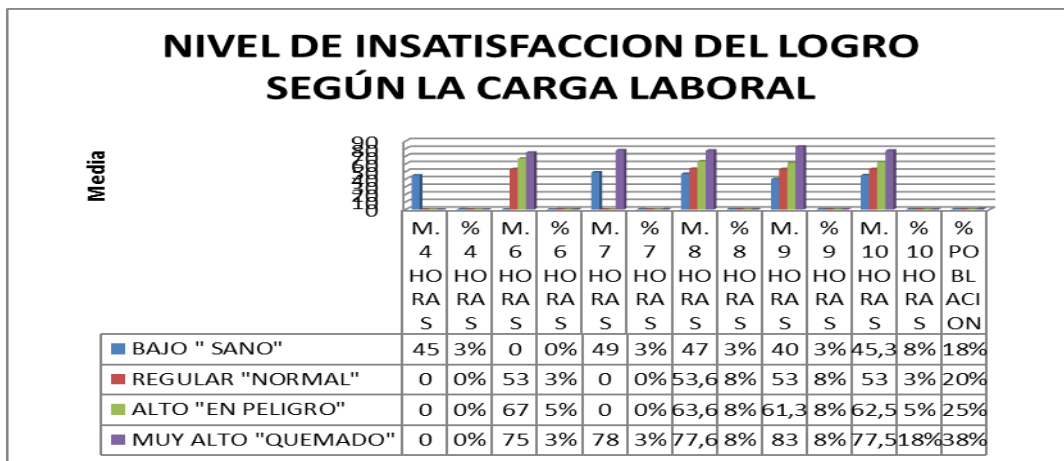
Grafica 8.2 – Nivel de Insatisfaccion del Logro según el Estado Civil

Un 64% de la muestra manifiestan estas en el nivel alto "en peligro" muy alto "quemado", lo cual hace mayor énfasis en la población de casados con un 25%, seguidos de los docentes en Union Libre con un 16%.



Grafica 8.3 - Nivel de Insatisfaccion del Logro según el Numero de Hijos

Respecto al nivel de insatisfaccion del logro según el numero de hijos un 63% de la población, se encuentran en el nivel alto "en peligro" y muy alto "quemado" los cuales son los que tiene entre uno y dos hijos.



Grafica 8.4 – Nivel de Insatisfacción del Logro según la Carga Laboral

Los aspectos relacionados con el nivel de despersonalización y la carga laboral nos muestran que un 63% de los docentes que trabajan desde 8 horas diarias en adelante se encuentran en el nivel alto “en peligro y muy alto “quemado”.

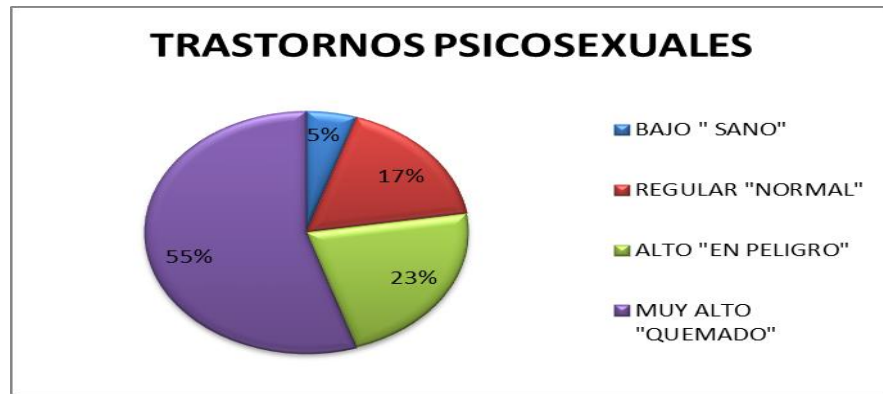
9.5 Nivel de Trastornos Psicosomáticos

En la prueba de escala de desgaste ocupacional (EDO), describen aspectos psicosomáticos como los que se relacionan a continuación en las gráficas.



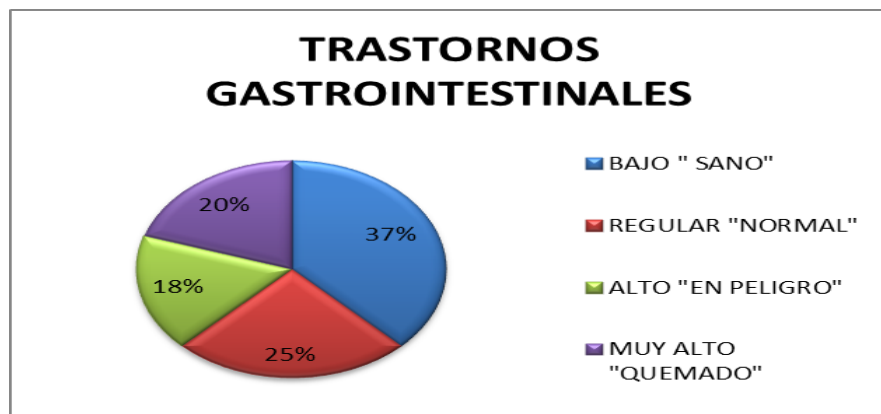
Grafica 9 – Trastornos del Sueño

De la muestra entrevistada un poco mas de mitad se encuentra en peligro de tener problemas de trastornos de sueño esto con un 57% de la poblacion, a diferencia del 43% que no presentan ningun tipo de problema .



Grafica 10 – Trastornos Psicosexuales

El 78% de la población manifiesta tener problemas o dificultades con las relaciones sexuales lo cual afecta de manera significativa la relación de pareja, lo contrario a la población que se encuentra en un nivel normal con un 22%.



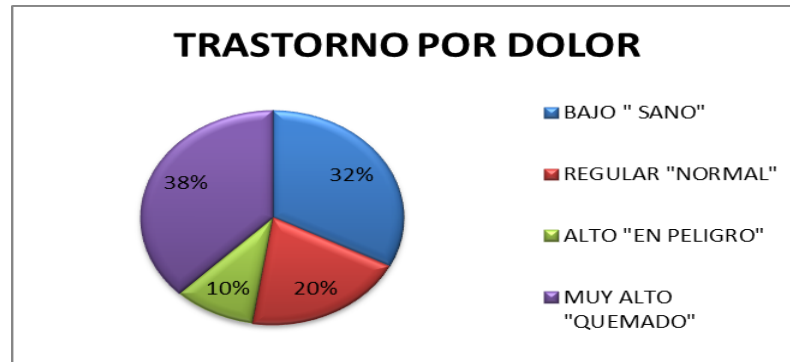
Grafica 11 – Trastornos Gastrointestinales

Un 62% de la población se encuentra en un estado normal, comparado con un 38% de la población que expresa sufrir de trastornos gastrointestinales.



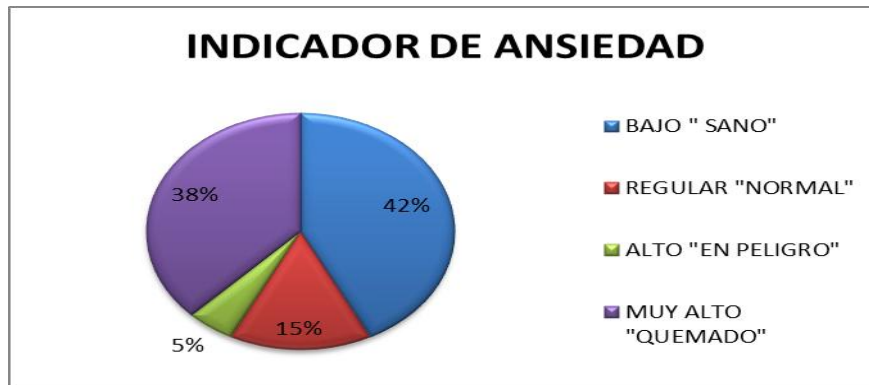
Grafica 12 – Trastornos Psiconeuroticos

Los aspectos relacionados con trastornos psiconeuroticos tienen una importante presencia entre los entrevistados, con un 65% en un nivel alto “peligro” y muy alto “quemado”, en tanto que el 35% restante se encuentra un estado normal.



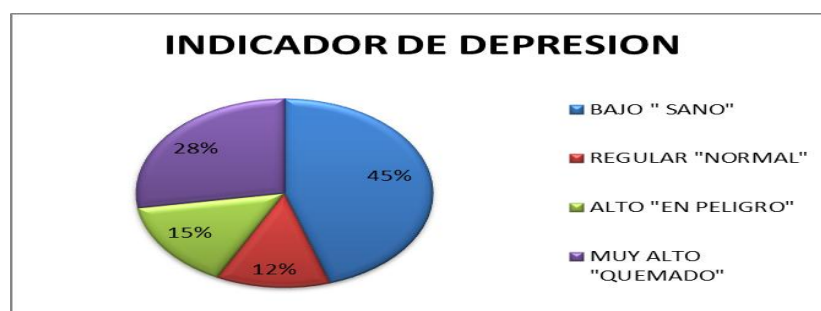
Grafica 13 – Trastornos por Dolor

Respecto a los trastornos por dolor la muestra se polariza, quienes se encuentran en un estado normal con un 52% y quienes tienden a padecer síntomas relacionados con el dolor en un 48%



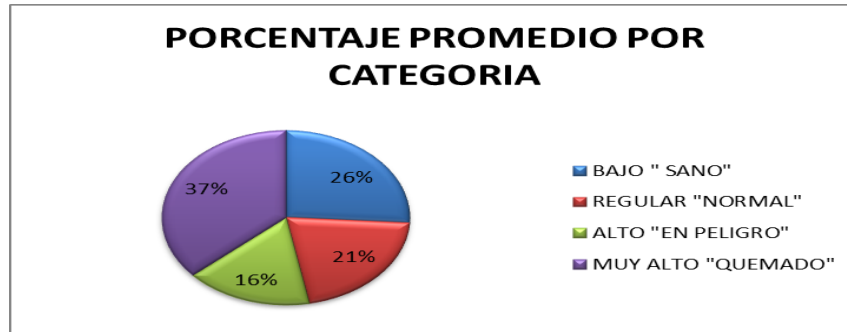
Grafica 14 – Indicador de Ansiedad

Se observa en la grafica que la poblacion esta ligeramente inclinada hacia un estado de salud o situacion normal con un 57%, contra un 43% de la población que muestra síntomas de ansiedad.



Grafica 15 – Indicador de Depresion

El 43% de los participantes no presenta niveles extremos de depresion, en comparación con una muestra del 57% que expresa un nivel sano en este aspecto.



Grafica 16 – Porcentaje Promedio por Categoría

En total se puede decir que el 53% de la población se encuentra en un nivel alto “peligro” y muy alto “quemado” referente a los factores psicosomáticos y el 47 % restante de la población manifiestan un estado normal es los factores Psicosomáticos.

ANALISIS CUALITATIVO

Según las respuestas dadas en la entrevista semiestructurada por las participantes de la investigación se definieron las categorías, junto con sus respectivas subcategorías que nos aportan de manera significativa para dar respuesta a la pregunta problema de nuestra investigación. A continuación observamos cada una de las matrices con sus respectivos análisis.

RELACIONES INTERPERSONALES		
CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Trato a los profesores	Los directivos nos brindan buen trato, son corteses y amables.- El trato es bueno por parte de los directivos y comunidad en general. -En general es un buen trato.- No tengo queja alguna todo lo contrario han sido muy amables no solo conmigo, creo que con todos los profesores. -A mi parecer es muy normal, sin tanta me locería pero tampoco descorteses.	Los docentes sienten que reciben un trato afable por parte de los directivos.

Apoyo a los profesores	Nos guían en los trabajos que debemos realizar.	Los docentes sienten apoyo por parte de los directivos.
------------------------	---	---

En cuanto a las relaciones interpersonales, los profesores entrevistados consideran que son tratados de manera aceptable por parte de los directivos de la Institución y reciben orientación suficiente para desarrollar su labor docente, lo cual les hace sentir agrado por su vinculación con Los Libertadores.

“Nos guían en los trabajos que debemos realizar”

“Los directivos nos brindan buen trato, son corteses y amables”

“No tengo queja alguna todo lo contrario han sido muy amables no solo conmigo, creo que con todos los profesores.”

RELACIONES FAMILIARES		
CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Relaciones familiares	Tenemos que dejar nuestros hijos bajo el cuidado de personas particulares. – Aunque el horario es flexible la cantidad de responsabilidades me impide dedicarle tiempo a mi familia. – Mi esposa y mis hijos me reclaman porque no les dedico el tiempo que ellos quieren.- Solo quiero tener tiempo para mi familia y para mí, pero es algo imposible. – Muchas ocasiones me toca decir no a eventos sociales y el compartir con mi familia por la cantidad de responsabilidades que tengo.- Esporádicamente tenemos que cumplir con jornadas largas y nos afecta la vida personal y familiar	A los docentes les preocupa la situación de no poder dedicar el tiempo necesario a sus parejas e hijos, al igual que compartir en algunos momentos con sus amigos.

A la mayoría de los docentes les inquieta el tema de dejar a sus hijos al cuidado de terceros, el no poder compartir con sus parejas y no tener momentos de esparcimiento, lo cual evidencia el vacío que sienten por no participar en otras actividades extra laborales.

“Muchas ocasiones me toca decir no a eventos sociales y el compartir con mi familia por la cantidad de responsabilidades que tengo.”

“Tenemos que dejar nuestros hijos bajo el cuidado de personas particulares”

FACTORES LABORALES ESTRESANTES		
CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Agotamiento	Como en todas las instituciones educativas existen estudiantes con problemas de disciplina y todos esos aspectos hacen que mi trabajo sea más complicado.- termino la jornada agotada y en algunas ocasiones quisiera abandonar el cargo. – En algunas ocasiones, porque hay estudiantes que son muy complicados para manejar.- si me siento agotado. – A veces hay irritabilidad y desgaste.- Hay ocasiones que se tiene más trabajo y hay un poco de cansancio y se quiere abandonar.- No solo he querido abandonar mi cargo, sino olvidarme de todo lo que en este momento me demanda tiempo. – Si me siento cansado, pero realmente no he hecho nada para cambiar la situación.	Los docentes manifiestan cierto nivel de agotamiento e irritabilidad al terminar sus jornadas laborales.

En cuanto a los factores estresantes los docentes entrevistados manifiestan que las largas cargas laborales es el principal factor de agotamiento, con un adicional que es el manejo de grupo; cuando en estos hay estudiantes que no se saben comportar y complican el poder dar una clase amena.

“Termino la jornada agotada y en algunas ocasiones quisiera abandonar el cargo”

“En algunas ocasiones, porque hay estudiantes que son muy complicados para manejar”

“No solo he querido abandonar mi cargo, sino olvidarme de todo lo que en este momento me demanda tiempo.”

ELEMENTOS METODOLOGICOS		
CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Positivos	Permite que tenga el liderazgo y trabajen a su propio ritmo , pero se maneja un grado alto de presión en la carga de actividades.- Que haya más integración y todos cumplan a cabalidad con las responsabilidades asignadas.- Es algo que ya está establecido.-	Gran parte de los docentes se conforman con las reglas y metodología establecidas
Negativos	Realmente no me convence, espero que la mejoren en algún momento.- Nose, yo creo que se debe mejorar algo desde la parte interna de la universidad.- Pienso que se puede hacer más y hacer que los estudiantes sean más proactivos y aprendan mas.- Mostrar que los resultados con esta metodología están muy malos.- Es algo que tenía que aceptar desde el momento que ingrese a esta institución.- Es un tema que así no esté a gusto, me toca respetar y acatar las normas.- Que tengan en cuenta a los docentes.	Los docentes no se sienten a gusto con la metodología asignada por la universidad, se observan carencias por parte de los directivos y los docentes en la forma de enseñanza.

Es evidente que la metodología juega un papel importante dentro de la labor del docente, según lo anterior tiene sus pros y sus contras para que los docentes puedan realizar sus funciones de una manera adecuada; y que no se sientan presionados cumpliendo con las tareas establecidas por la universidad.

“Mostrar que los resultados con esta metodología están muy malos”

“Que haya más integración y todos cumplan a cabalidad con las responsabilidades asignadas.”

MOTIVACIONES		
CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Familiares	Sacar adelante nuestra familia.- Pienso que mis hijos, ellos son el mayor motor para hacerlo.- Como te decía anteriormente es imposible porque si no trabajo, no podría ofrecerle una estabilidad a mi esposa e hijos.	Para los docentes su mayor motivación es sacar a su familia adelante, y brindarles todo lo necesario.
Laborales	Para que se cumplan los objetivos que nos proponemos.- Espero que algunos aspectos de mi labor como docente se mejoren.- Trataré de buscar estrategias metodológicas que hagan más fácil mi labor como docente.	Para los docentes también es fundamental que su parte laboral funcione para realizar un buen trabajo.

La principal motivación para los docentes es la familia, la cual juega un papel importante en la estabilidad emocional del profesor; ya que esto les genera seguridad para realizar sus tareas diarias de la mejor manera y así obtener los resultados que desean en el trabajo.

“Sacar adelante nuestra familia”

“Para que se cumplan los objetivos que nos proponemos”

RAZONES DE PERMANENCIA

CATEGORIA	FRASES	INTERPRETACION
Razones de Permanencia	Amor por la profesión.- Por el sueldo lo hago.- Cada día la experiencia me da más herramientas.- Contribuir al mejoramiento de la calidad educativa.-Porque es la carrera que se escogió.- Por motivos de fuerza mayor no lo hago.	Los docentes refieren que por temas económicos y amor a la profesión no abandona el cargo.

Para los docentes existen varias razones, lo cual les impide dejar el trabajo ;una de esta y tal vez la más importante es el amor por la labor que realizan. Y el compromiso que sienten por aportar sus conocimientos y lograr que otras personas crezcan a nivel profesional y personal.

“Contribuir al mejoramiento de la calidad educativa.”

“Amor por la profesión”

10. PROPUESTA DE INTERVENCION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS DOCENTES DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

A partir de la investigación realizada por medio de la escala de desgaste ocupacional (EDO) se observó que los docentes prestan síntomas de síndrome de Burnout , dada por la cantidad de responsabilidades que tiene cada uno , al no contar con el tiempo y las herramientas para sobre llevar la situación .

También se comprobó que a pesar del desgaste en el que se encuentran los docentes se siguen exigiendo al máximo para poder cumplir a los estudiantes y la institución, sin importar el daño que se está causando tanto físico como psicológico.

Es por esto que se presenta una propuesta donde el principal objetivo es garantizar una mejor condición para los docentes , desde lo emocional hasta lo psicológico para que así los docentes obtenga una vida diaria más satisfactoria.

10.1 OBJETIVOS

10.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Garantizar un bajo nivel del síndrome de Burnout en los docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores.

10.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar la información necesaria acerca del síndrome de Burnout
- Realizar talleres de autoayuda
- Promover las actividades lúdicas en los docentes

10.2 Primera parte - INFORMACION PEDAGOGICA

Al dar acatamiento a los objetivos planteados, la idea es capacitar a todos los docentes de la institución sobre el síndrome de Burnout y sus consecuencias, y allí tengan un espacio para resolver sus dudas e inquietudes.

10.2.1 TEMAS PRINCIPALES

Los principales temas al tratar en esta capacitación serían

- Concepto del síndrome de Burnout
- Síntomas del síndrome de Burnout
- Etapas del síndrome de Burnout
- Consecuencias del síndrome de Burnout

10.2.2 METODOLOGIA

Los temas mencionados anteriormente se desarrollarían en una sesión de 1 hora a hora y media aproximadamente, donde los docentes puedan socializar sus experiencias y concluir con reflexiones, adicional a esto pueda aclarar las dudas por medio de preguntas

10.3 Segunda parte – TALLERES

Con estos talleres se busca que los docentes por medio de técnicas logren afrontar situaciones estresantes

10.3.1 ACTIVIDADES

La función principal de esta primera actividad es estabilizar el nivel de agotamiento en los docentes

- **Inoculación de estrés**

Creada por Miechenbaum y Cameron (1974). Esta es una técnica de carácter cognitivo y comportamental. La metodología es similar a la de la desensibilización sistemática. A partir

del aprendizaje de técnicas de respiración y relajación para poder relajar la tensión en situación de estrés, se crea por el sujeto una lista en la que aparecen ordenadas las situaciones más estresantes. Comenzando por las menos estresantes el individuo irá imaginando esas situaciones y relajándose. Después el individuo tendrá que desarrollar una serie de pensamientos para afrontar el estrés y sustituirlos por anteriores pensamientos estresantes; por último, el individuo utilizará en vivo estos pensamientos de afrontamiento y esas técnicas de relajación en situaciones reales para abordar situaciones estresantes.

Con esta actividad se busca estabilizar los niveles de insatisfacción del logro de los docentes

- **Detención del pensamiento**

La acción de esta técnica está dirigida a la modificación de pensamientos negativos reiterativos que conducen a sufrir alteraciones emocionales (ansiedad) es decir que no contribuyen a buscar soluciones eficaces del problema sino a dificultarlo. Consiste en lo siguiente: cuando aparece una cadena de pensamientos repetitivos negativos intentar evitarlos mediante su interrupción (golpeando la mesa o vocalizando la expresión "basta", por ejemplo) y sustituir esos pensamientos por otros más positivos y dirigidos al control de la situación. "La lógica de esta técnica se basa en el hecho de que un estímulo suficientemente potente atraerá la atención sobre él haciendo que se deje de prestar atención a los pensamientos que se están desarrollando" (Peiró y Salvador, 1993).

La función principal de esta tercera actividad es estabilizar los niveles de despersonalización en los docentes

- **Terapia racional – emotiva de Ellis**

Es una aproximación a los trastornos emocionales y de estrés basada en el supuesto de que la mayoría de ellos tienen su origen en evaluaciones irracionales o defectuosas de las situaciones, de modo que la capacidad estresora de una situación reside más bien en la interpretación que hace el sujeto de ella. La terapia intenta identificar los pensamientos inadecuados y los patrones de pensamientos y creencias subyacentes desarrolladas y actuar para cambiar dichas creencias y patrones inadecuados, por otros más adecuados y favorables, mediante técnicas imaginarias y conductuales, verbales, sugerencias e intercambio de ideas.

10.3.2 METODOLOGIA

Estos talleres se realizarían en tres sesiones de una hora cada una, donde los docentes tenga la disposición para realizar las actividades, esto se hará en un lugar donde no haya ningún tipo de ruido y no intervengan en la concentración que se requiere.

10.4 Tercera parte - ACTIVIDADES DE BIENESTAR

En esta tercera parte la idea es que los docentes hagan parte de una actividad lúdica, de las que la universidad ofrece a los estudiantes, esto con el objetivo de que los docentes tengan momentos de esparcimiento y así puedan lograr una relajación tanto mental como muscular, y no solo eso, sino que adquieran otro tipo de conocimientos como son los de manualidades, instrumentos musicales y deportes; se recomienda que dentro de la carga académica se exija una o dos horas de esta actividad de bienestar totalmente pagas.

10.5 RECURSOS

Para esta intervención se requiere de los siguientes materiales

- Salón de conferencia
- Presentación en videobeam
- Folletos con la información
- Colchonetas deportivas

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación se examinaron diferentes factores que interfieren en el ambiente laboral, como también el grado de tensión y estrés que los docentes manejan, los cuales ayudaron a determinar las características fundamentales del síndrome de Burnout en los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores.

Dados los resultados que se obtuvieron mediante la prueba Escala de desgaste ocupacional (EDO) y la entrevista semi-estructurada, se determinaron cuatro factores sociodemográficos: género, estado civil, número de hijos y carga laboral, que de una u otra forma ayudan a la acumulación de estrés; también se presentan algunos factores psicosomáticos, que influyen en el incremento del nivel del síndrome de Burnout.

Ahora bien, según los resultados generados por la prueba EDO Escala de Desgaste Ocupacional, se identifica que los docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores manejan un alto grado de estrés con características de despersonalización, agotamiento e insatisfacción del logro, que en ocasiones puede llevar a unos trastornos psicósomáticos como: sueño, sexuales, gastrointestinales, neuróticos, dolor, ansiedad y depresión.

Respecto al agotamiento el género femenino se encuentra en los niveles alto (en peligro) y muy alto (quemado) ya que hay mujeres cabeza de hogar y tienen varias responsabilidades, adicional a esto los docentes que se encuentran casados con 1 o 2 hijos también están en un nivel alto de agotamiento, como consecuencia de la responsabilidad que ameritan las obligaciones laborales y académicas teniendo en cuenta la carga laboral que sobre pasa las 8 horas reglamentarias, además de esto deben cumplir con las responsabilidades tanto económicas como afectivas con cada miembro de sus familias.

Cabe destacar que los docentes con hijo único presentan un nivel muy alto (quemado) de agotamiento, ya que están experimentando una nueva etapa en sus vidas lo cual puede traer como consecuencia desesperación, agotamiento, preocupación y miedo a fallar.

En el factor de despersonalización del 100% de la muestra el 81%, se encuentra en un nivel alto (en peligro) muy alto (quemado) donde el género masculino muestra mayor incidencia, ubicando a los docentes casados y los docentes con 1 o 2 hijos en un nivel alto (en peligro) de despersonalización, este resultado puede estar relacionado con situaciones como estrés laboral, comunicación asertiva lo que conlleva a estas personas a expresar sentimientos negativos de cinismo hacia otras personas.

En la insatisfacción del logro muestra que de un 100% de la muestra el 63%, se encuentran en los niveles alto (en peligro) y muy alto (quemado) tanto hombres como mujeres en este factor manifiestan respuesta negativas hacia ellos mismos, teniendo en cuenta que los docentes casados y en unión libre sienten que no han logrado culminar satisfactoriamente los

logros y metas tanto personales como profesionales que se han propuesto ; ya que no cuentan con el tiempo suficiente para alcanzar dichos propósitos.

Por otra parte se observaron características laborales que influyen directamente sobre el Síndrome de Burnout en los Docentes entre las cuales podemos destacar los horarios de trabajo, un aspecto de gran relevancia ya que los docentes manifiestan un grado de malestar al no contar con tiempo suficiente para sus familias, como también la metodología de trabajo y trato por los estudiantes lo que conlleva a generar en su ámbito laboral y familiar , por ello en ocasiones tienden a percibir su trabajo de manera negativa ya que las condiciones de éste les impide hacer aquello que desean, por lo que disminuye su grado de satisfacción con las distintas facetas relacionadas en el trabajo, este aspecto se evidencia claramente durante el desarrollo de las entrevistas.

Así mismo podemos concluir que cuando los docentes tienen una jornada laboral muy extensa se les dificulta la ejecución de las tareas domésticas y el compartir con su familia, pareja como también la oportunidad de estar con sus hijos aun cuando están pequeños; de acuerdo a lo expresado por los cinco docentes entrevistados, todo ello puede generar numerosas dificultades en la dinámica familiar, con la pareja e hijos pero también conlleva a realizar un trabajo sin motivación a pesar del tiempo que tienen en su profesión y el gusto que sienten por la misma.

Sin embargo es importante resaltar la semejanza que se encontró en el tema de sus familias frente a el gusto por su profesión, la oportunidad de compartir su conocimiento con los demás, pero por otro lado el pensar en dejar su labor actual y cambiar por otra donde reciba mejores beneficios lo cual han dejado de hacer por la situación actual del país en un índice alto de desempleo.

Los docentes de la fundación universitaria los libertadores presentan nivel alto “en peligro” y muy alto “quemado” en dos de los factores de la escala de desgaste ocupacional (EDO); es decir, en la población entrevistada existe alta despersonalización así como insatisfacción del logro, lo cual indica que para el agotamiento emocional el nivel es bajo “sano” y regular “normal”; en este último factor que no se muestran características del síndrome de Burnout.

También se concluye que los aspectos demográficos como son el género, estado civil, número de hijos y carga laboral si intervienen en los factores que mide la escala de desgaste ocupacional, donde en esta investigación la población masculina presenta altos niveles del síndrome, y donde el estar casados o en unión libre con más de dos hijos afecta la estabilidad emocional del docente, por otro lado el hecho de tener que trabajar más de 8 horas diarias también es un indicador importante para el desgaste tanto físico como emocional.

Adicional a esto, otros factores importantes en la presencia del Síndrome de Burnout son los trastornos psicosomáticos; donde en esta investigación se observa que el trastorno más afectado dentro de la población de docentes de la Fundación Universitaria los Libertadores es el trastorno psicosexual con un porcentaje que sobre pasa más de la mitad de la muestra; esto se puede dar por la situación de estrés y ansiedad que maneja el docente más los conflictos internos que pueda tener con su pareja.

Por otro lado se puede concluir que los otros factores psicosomáticos no son de gran importancia para la presencia del Síndrome de Burnout en los docentes, esto desde una mirada general de la población; ya que para algunos docentes prevalece más un trastorno que otro.

Encontramos semejanzas en la investigación realizada por universidad de los Andes sobre un “Estudio del Síndrome de Burnout o Desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes” Quienes encontraron que el cuestionario lo respondieron 127 hombres (65,5%) y 67 mujeres (34,5%). El 94% tenía edades comprendidas entre 30 y 60 años. El 73% estaban casados, 16% solteros y 9% divorciados. Más del 80 % tiene al menos un hijo. La mitad de profesores invierten más de 4 horas semanales a practicar algún deporte o cualquier otra actividad que lo distraiga, así mismo la mitad duerme lo necesario para descansar adecuadamente el cuerpo y la mente. El 90% de los profesores tenía dedicación exclusiva y el 90% eran ordinarios. En cuanto a la facultad de adscripción el 23% de las encuestas fueron rellenas en la facultad de Humanidades y Educación, el 23% en la de Ingeniería y en las demás facultades la participación fue regular (entre 1,5% y 12,9%), excepción de la facultad de Farmacia cuyos profesores se negaron rotundamente a participar en el estudio.

Contrario a lo anterior se evidencio también un estudio realizado por Zamanda Correa de la Universidad del Cauca en profesores universitarios del sector público-privado de la ciudad de Popayán donde existe una baja presencia de síndrome de Burnout en esta población. Las variables que están altamente asociadas con la dimensión despersonalización y las consecuencias físicas y sociales, tanto en el sector público como el privado son: número de horas que se labora en la semana y tiempo que se lleva en la universidad y en el mismo cargo.

Otro aspecto importante para mencionar es la ley de salud mental; ya que como psicólogos y sin importar el enfoque y el campo en el cual trabajamos, debe ser de gran importancia conocer la ley; para esta investigación nos interesa algunos artículos de la ley donde le garantiza al trabajador que la empresa donde labora; diseña programas de prevención y promoción para la salud mental.

Es aquí donde el Psicólogo Organizacional cumple un papel importante al implementar esta acción de trabajo, para así generar un bienestar adecuado a los trabajadores y por ende un excelente clima laboral.

Indagando un poco más sobre las responsabilidades del docente, se observa que en gran parte el compromiso que adquieren estos profesores va más allá de la situación en que se encuentran, es una vocación el querer trasmitir enseñanzas y el poder ayudar de manera desinteresada a los demás.

Por ende los seres humanos necesitamos relacionarnos con otras personas y así aprender a comportarnos dependiendo del lugar donde nos encontremos; el relacionarnos no solo nos ayuda a compórtanos sino a adquirir un grado de responsabilidad, y así empezar a reflejar buenas acciones.

Para terminar, podemos decir que se cumplieron los objetivos propuestos en la que utilizamos la prueba estandarizada de Desgaste Ocupacional (EDO) como método cuantitativo y una entrevista semiestructurada que generó matrices para un método cualitativo, esto con el fin de crear a partir de estos resultados una propuesta de Mejoramiento que sea de gran ayuda para los docentes, su familia y la comunidad Libertadora.

Hoy en día, el síndrome de Burnout en el ámbito laboral es indicador de una amenaza para la salud del docente, que pueden llevar a que la institución presente un desequilibrio interno; respecto al individuo como tal, como seres humanos el organismo posee mecanismos de defensa ante situaciones que conllevan al estrés.

Finalmente se considera que este estudio es un aporte en la investigación de Síndrome de Burnout en los Docentes de la Fundación Universitaria Los Libertadores resaltando la importancia del equilibrio trabajo relacionando características que anteriormente no habían sido estudiadas y realizando una propuesta de intervención o que complemente lo que se evidencio con la prueba estandarizada, propiciando así un sustento teórico y empírico que facilite la implementación y puesta en marcha programas de bienestar laboral con el fin de generar una mejor calidad de vida, no solo para la Fundación Universitaria los Libertadores sino para otras universidades que requieran de este programa para así garantizar un bienestar a sus empleados.

Hoy en día, el síndrome de Burnout en el ámbito laboral es indicador de una amenaza para la salud del docente, que pueden llevar a que la institución presente un desequilibrio interno; respecto al individuo como tal, como seres humanos el organismo posee mecanismos de defensa ante situaciones que conllevan al estrés.

REFERENCIAS

Azuara Rodríguez, L. et al. 2008. *Guía de prevención de “Burnout” para profesionales decuidados paliativos.* **Aran Ediciones, S.L**

ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS, <http://espanol.world-schizophrenia.org/disorders/depression.html>

Ballesteros, F., (1994) evaluación conductual. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud, Madrid, Ed pirámide ANGULO MAHECHA, Myriam.

BERNAL A, Metodología de la Investigación. Ed Pearson Prentice Hall, Segunda Edición, México 2006, p 112.

BOLHANDER, G. SNELL S. y SHERMAN, A. Administración de recursos humanos Ed. Thomson. México. 2001. p. 156

Bosqued, M. (2008). *Quemados, el síndrome del Burnout: Que es y cómo superarlo.* Barcelona: Ed. Paidós. (En línea) consultado el 6, Diciembre, 2011,

Bryans P, y Croning T, (1983) teoría de la organización, Bta. , norma

Caballero, L y Millán J (1991) la aparición del síndrome de Burnout o de estar quemado

Carlos Gómez-Restrepo Viviana Rodríguez Andrea C. Padilla M. Claudia B. Avella-García El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia)

Chiavenato (1987) administración de recursos humanos, México, macgraw Hill

Cooper, L , Davison M (1998) las fuentes de estrés en el trabajo y su relación con los ambientes no laborales, en los factores psicosociales en el trabajo, kalimo, OMS pág. 97 – 109

DSM 4 (DSM – IV , Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Pierre Pichot, editorial masson, S. A, 1998, Barcelona, España

El Trabajo y la Salud Ocupacional. Editorial Universidad Pedagogía y Tecnológica de Colombia – Tunja.1992. p. 13.

Factores asociados al síndrome de *burnout* en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia

Gómez, I. Gómez, X. (2006). *Síndrome de Burnout, intervención preventiva- manual para psicólogos.* Cali, Colombia. Pontificia universidad javeriana.

International Labour Organization, 2002, informe VI, el trabajo decente

González S (1983) absentismo y despido del trabajador, Madrid, elrazandi

González, J., Bernardo, Moreno; Carga mental y fatiga laboral

Hermes Viloría Marín Y Maritza Paredes Santiago, Estudio del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la universidad de los andes

Hernandez, Sampieri., Metodología de la Investigación. Quinta Edición

Japcy Margarita Quiceno y Stefano Vinaccia Alpi *Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)”* Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Lucía Carolina Barbosa Ramírez, María Liliana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton Pontificia Universidad Javeriana, Colombia *síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*

Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz,Síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo

Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. n° 112. Septiembre. 2010.
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Mary Sandra Carlotto1 y Sheila Gonçalves Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários Câmara niversidade Luterana do Brasil (Brasil)

Migonte, J y Perez, S, (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Ediciones Diade santos, S.A. Madrid, España.

Moriana, J. Y Herruzo, J, (2004). *Estrés y burnout en profesores* Tesis, universidad de Córdoba, España.

Nadia C. Restrepo-AyalaI, Gabriel O. Colorado-VargasII y Gustavo A. Cabrera-AranaIII, Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín, Colombia, 2005

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*, enero-junio, 25-32.

Peiró y Salvador, 1993. <http://stresslabora.blogspot.com/2008/04/tcnicas-cognitivas-para-la-prevencion-de.html>

Pierre Pichot, 1998, DSM 4 (DSM – IV , Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona ,españa

Ramírez, A. Feria, B, (2011). *Estudio del síndrome de Burnout experimentado por el equipo humano de la empresa redes humanas*, Tesis de psicología Fundación Universitaria Los Libertadores, Bogotá, Colombia.

Quiceno, Japcy Margarita. Vinaccia Alpi, Stefano. (2007). Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)”. *Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 117-125. <http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/acta/v10n2/articulosrevista/art11%20117-125.pdf>

Uribe, J., Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) (Burnout)

Zamanda Correa-Correa., El Síndrome de Burnout en Profesores Universitarios de los Sectores Público y Privado

ANEXOS

ENTREVISTADO # 1

1. ¿Cuéntenos como es el trato que les dan como docentes?

RTA/ Como docentes los directivos nos brindan buen trato, son corteses y amables, nos orientan y nos guían en los trabajos que debemos realizar.

2. ¿Afecta en su vida personal la cantidad de horas laboradas? Por que

RTA/ Esporádicamente tenemos que cumplir jornadas largas y nos afecta la vida personal y familiar, ya que tenemos que dejar nuestros hijos bajo el cuidado de personas particulares

3. ¿Se siente agotado hasta el punto de querer abandonar el cargo?

RTA/ En mi caso tengo a cargo más de 70 estudiantes, de primer y segundo semestre me corresponde dictar dos materias, por lo tanto es un trabajo que requiere mucha responsabilidad y dedicación. Como en todas las instituciones educativas existen estudiantes con problemas de disciplina y todos esos aspectos hacen que mi trabajo sea más complicado. Es un trabajo dispendioso y complicado requiere de mucho amor por la profesión. Termino la jornada agotada y en algunas ocasiones quisiera abandonar el cargo, pero por el sueldo lo hago.

4. ¿Si se siente agotado y cansando en lo que hace, porque no ha cambiado esta situación?

RTA/ Si me siento agotada, pero es muy difícil abandonar mi profesión cada día la experiencia me da más herramientas, en ocasiones me siento para trabajar más relajada y espero que algunos aspectos de mi labor como docente se mejoren y así contribuyan al mejoramiento de la calidad educativa.

5. ¿Está a gusto con la metodología diseñada por la institución?

RTA/en ocasiones, ya que permite que el estudiante sea el centro del proceso enseñanza aprendizaje. Y permite que mantengan el liderazgo y trabajen a su propio ritmo pero se maneja un grado alto de presión en la carga de actividades

6. ¿Que sugiere para que cambien la metodología de trabajo en la institución?

RTA/ Sugiero, que haya más integración y todos cumplan a cabalidad con las responsabilidades asignadas

7. ¿Desde hace cuánto siente que el trabajo es un desgaste para usted?

RTA/ Yo pienso que es un desgaste aunque todo trabajo implica responsabilidades, esfuerzo y dedicación, y para que se cumplan los objetivos que nos proponemos. Es un motivo más por el que debemos luchar y además nos ayuda para sacar adelante nuestra familia.

8. ¿Qué motivación tiene para cambiar la situación en la que se encuentra?

RTA/ Trataré de buscar estrategias metodológicas que hagan más fácil mi labor docente y poder establecer compromisos con los estudiantes para que ellos contribuyan con el manejo de la disciplina. De igual manera llevar las cosas con calma y relajarme un poco.

ENTREVISTADO #2

1. ¿Cuéntenos como es el trato que les dan como docente?

RTA/ El trato es bueno por parte de los directivos y comunidad en general.

10. ¿Afecta en su vida personal la cantidad de horas laboradas? Por que

RTA/ si y aunque el horario es flexible la cantidad de responsabilidades me impide dedicarle tiempo a mi familia

11. ¿Se siente agotado hasta el punto de querer abandonar el cargo?

RTA/ En algunas ocasiones, porque estudiantes que son muy complicados para manejar, aunque sea estudiantes universitarios les falta mucha formación a la hora de comportarse

12. ¿Si se siente agotado y cansando en lo que hace, porque no ha cambiado esta situación?

RTA. Si me siento agotado, pero me gusta mi profesión y es con lo que vivo

13. ¿Está a gusto con la metodología diseñada por la institución?

RTA/. Realmente no me convence, espero que la mejoren en algún momento

14. ¿Que sugiere para que cambien la metodología de trabajo en la institución?

RTA. No sé yo creo que se debe mejorar algo ya desde la parte interna de la universidad

15. ¿Desde hace cuánto siente que el trabajo es un desgaste para usted?

RTA/. Dos años atrás.

¿Antes no se había presentado?

RTA/.no creo que lo había manejado de otra manera

16 ¿Qué motivación tiene para cambiar la situación en la que se encuentra?

RTA/ fomentar diálogos de convivencia, para que así mejoren la situación en que vivimos.

ENTREVISTADO # 3

1. ¿Cuéntenos como es el trato que les dan como docente?

RTA/.En general es un buen trato, aunque a veces el esfuerzo que se hace por realizar bien el trabajo no es bien recibido ni recompensado con buenos tratos por parte de los alumnos.

2. ¿Afecta en su vida personal la cantidad de horas laboradas? Por que

RTA/ A veces hay irritabilidad y desgaste

3. ¿Se siente agotado hasta el punto de querer abandonar el cargo?

RTA/ si, hay ocasiones que se tiene más trabajo y hay un poco de cansancio y se quiere abandonar

4. ¿Si se siente agotado y cansando en lo que hace, porque no ha cambiado esta situación?

RTA. / Porque es la carrera que se escoge y la situación está muy difícil y no es fácil encontrar buenas oportunidades

5. ¿Está a gusto con la metodología diseñada por la institución?

RTA/. No, pienso que se puede hacer más y hacer que los estudiantes sean ms proactivos y aprendan más

6. ¿Que sugiere para que cambien la metodología de trabajo en la institución?

RTA. Mostrar que los resultados con esta metodología están muy malos

7. ¿Desde hace cuánto siente que el trabajo es un desgaste para usted?

RTA/. Desde hace dos años

8. ¿Qué motivación tiene para cambiar la situación en la que se encuentra?

RTA/ pienso que mis hijos y ellos son el mayor motor para hacerlo

ENTREVISTADO # 4

1. ¿Cuéntenos como es el trato que les dan como docente?

RTA/.. Es un buen trato, no tengo queja alguna todo lo contrario han sido muy amables no solo conmigo, creo que con todos los docentes

2. ¿Afecta en su vida personal la cantidad de horas laboradas? Por que

RTA/ por su puesto, mi esposa y mis hijos me reclaman porque no les dedico el tiempo que ellos quieren, yo trato de organizar el tiempo para todo, pero últimamente ha sido imposible porque tengo que realizar varias cosas y aparte responder con mi maestría, que es un tema súper importante para mi

3. ¿Se siente agotado hasta el punto de querer abandonar el cargo?

R. si claro, no solo he querido abandonar mi cargo sino olvidarme de todo lo que en este momento me demanda tiempo y solo querer tener tiempo para mi familia y para mí, pero es algo imposible

4. ¿Si se siente agotado y cansando en lo que hace, porque no ha cambiado esta situación?

R. Como te decía anteriormente es imposible porque si no trabajo, no podría ofrecerle una estabilidad a mi esposa e hijos, por eso me esfuerzo tanto en ofrecerles lo mejor.

5. ¿Está a gusto con la metodología diseñada por la institución?

R/ creo que es algo que tenía que aceptar desde el momento que ingrese a esta institución, así no me guste no puedo hacer nada, porque es algo que ya está establecido.

6. ¿Que sugiere para que cambien la metodología de trabajo en la institución?+

R. creería que deberían hacer algo respecto al tema del salario, de tenernos más en cuenta para cambios internos de la universidad

7. ¿Desde hace cuánto siente que el trabajo es un desgaste para usted?

R. creo que unos hace 3 años aproximadamente

8. ¿Qué motivación tiene para cambiar la situación en la que se encuentra?

R. organizar más mí tiempo y tomar decisiones acerca de cuáles son realmente mis prioridades

ENTREVISTADO # 5

1. ¿Cuéntenos como es el trato que les dan como docente?

RTA/. A mi parecer es muy normal, sin tanta me locería pero tampoco descorteses

2. ¿Afecta en su vida personal la cantidad de horas laboradas? Por que

RTA/ si claro, muchas ocasiones me toca decir no a eventos sociales y el compartir con mi familia por la cantidad de responsabilidades que tengo

3. ¿Se siente agotado hasta el punto de querer abandonar el cargo’

RTA/ si claramente pero por motivos de fuerza mayor no lo hago

4. ¿Si se siente agotado y cansando en lo que hace, porque no ha cambiado esta situación?

RTA. Si me siento cansado, pero realmente no he hecha nada para cambiar la situación

5. ¿Está a gusto con la metodología diseñada por la institución?

RTA/. Es un tema que así no esté a gusto, me toca respetar y acatar las normas

6. ¿Que sugiere para que cambien la metodología de trabajo en la institución?

RTA. Que tengan en cuenta a los docentes

7. ¿Desde hace cuánto siente que el trabajo es un desgaste para usted?

RTA/. Yo creo que unos 3 años

8. ¿Qué motivación tiene para cambiar la situación en la que se encuentra?

RTA/ el tener una mejor estabilidad y un bienestar emocional

Formato de Consentimiento Informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN LA INVESTIGACION

LUGAR: Bogotá

FECHA:

Nombre _____ Identificado(a) con la cedula de ciudadanía número _____ de _____ por medio de la presente acepto participar voluntariamente en la investigación titulada “SÍNDROME DE BURNOUT EN DOCENTES DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES ”, conducida por Viviana Montilla y Pilar Estupiñan , de la Universidad Fundación Universitaria Los Libertadores, cuya meta de estudio es DETERMINAR LA EXISTENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS DOCENTES DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES Y SU INFLUENCIA EN LOS SISTEMAS FAMILIAR Y LABORAL A TRAVES DE LA PRUEBA EDO (ESCALA DE DESGASTE OCUPACIONAL)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar: LA PRUEBA EDO ESCALA DE DESGASTE OCUPACIONAL, ADEMAS UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos, los cuales me comprometo a contestar libremente.

Además se me ha informado que información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

