

# Riesgos laborales:

prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud y en funcionarios de un distrito judicial en Colombia



***Riesgos laborales, prevalencia del  
síndrome de Burnout en trabajadores  
del sector salud y en funcionarios de un  
distrito judicial en Colombia***





**Riesgos laborales, prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud y en funcionarios de un distrito judicial en Colombia**

Risaralda, Colombia, Pereira  
© Universidad Libre Pereira  
Sede Belmonte  
[www.unilibrepereira.edu.co](http://www.unilibrepereira.edu.co)  
tel: +57-6-3401043 ext: 6950

Centro de investigaciones Facultad de Ciencias de la Salud  
Primera edición - Volumen 1: febrero de 2021  
ISBN digital: 978-958-8859-75-0

Imagen de la portada:  
Título: Riesgos laborales  
Técnica: Composición vectorial

Diseño y Diagramación:  
Sandra Milena Sánchez  
Centauro Impresos y Oficina SAS  
Cra. 4 N° 27-77 Pereira - Col.  
Tel. 3360570 - 3128904670  
[www.centauroimpresosyoficina.com](http://www.centauroimpresosyoficina.com)

Editor (es):  
© Olga María Henao Trujillo  
© Claudia María López Ortiz

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

## **UNIVERSIDAD LIBRE COLOMBIA**

### **DIRECTIVOS NACIONALES**

**Jorge Orlando Alarcón Niño**  
Presidente Nacional

**Jorge Gaviria Liévano**  
Vicepresidente

**Fernando Enrique Dejanón Rodríguez**  
Rector Nacional

**Floro Hermes Gómez Pineda**  
Secretario General

**Elizabeth Villarreal Correcha**  
Directora Nacional de investigación

### **DIRECTIVOS SECCIONALES**

**Miguel Hernando González Rodríguez**  
Presidente Seccional

**Fernando Uribe de los Ríos**  
Rector Seccional

**Carmen Helena Aragón Villa**  
Secretaria General

**Luis Alfonso Sandoval Perdomo**  
Director Seccional de investigaciones

**María Teresa Rodríguez Lugo**  
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

**Olga María Henao Trujillo**  
Directora centro de investigaciones  
Facultad de Ciencias de la Salud.

## **ACERCA DEL LIBRO**

El libro es un producto resultado de investigación de los trabajos desarrollados en la maestría en gestión de la seguridad y salud en el trabajo y en la especialización en seguridad y salud en el trabajo, gerencia y control de riesgos, se convierte en un elemento clave para la retroalimentación del currículo en cada uno de los programas académicos, ya que permite comprender los fenómenos, que afectan el bienestar laboral, desde sus orígenes y causas para encontrar soluciones. Este libro permitirá a profesores, estudiantes y público en general identificar los factores de riesgo psicosociales derivados del síndrome de burnout, en diferentes ambientes laborales y grupos ocupacionales.

Libros como éste, donde cada capítulo es un producto de exhaustivas investigaciones que hacen visible a los ojos del lector realidades que de otra manera permanecerían veladas para el conocimiento. Es así como la Universidad Libre en su riguroso proceso de formación, proyecta todo su esfuerzo en la formación integral de sus egresados acorde con las necesidades fundamentales de la sociedad, haciendo suyo muchos compromisos de orden democrático, pluralista, tolerante y cultor de la diferencia.

El contenido de este libro y haciendo referencia sobre la relación entre los factores de riesgo y sus efectos en la salud, se menciona la Facultad de Ciencias de la Salud, se tiene una preocupación constante por asumir el conocimiento y posterior a la intervención de las problemáticas que aquejan a todos los sectores poblacionales; se viene interesando particularmente por el estudio de ciertos fenómenos de la salud pública y concretamente de la salud en el trabajo que para los efectos de esta publicación hace referencia al Síndrome de Burnout en trabajadores de distintos escenarios laborales, tal es el caso de los profesionales de la salud y funcionarios de la rama judicial, quienes de manera frecuente en compañía de los profesores, son asociados a una alta prevalencia del síndrome.

Por estas razones es motivo de preocupación desde la academia por abordar estas temáticas, primero desde su conocimiento en profundidad para recomendar intervenciones que posibiliten el mantenimiento de unas condiciones y la modificación de otras que de alguna manera afectan la salud de los trabajadores colombianos.

Las afectaciones comunes de ansiedad y depresión son las principales ma-

nifestaciones del síndrome de Burnout, que en un principio para los trabajadores solo se extienden al ámbito laboral, y que no tardan en permear las esferas personales, familiares y sociales de los trabajadores afectados, constituyéndose en uno de los principales motivos de las incapacidades laborales.

Se plantean en este libro las formas como este trastorno emocional está vinculado con el ámbito laboral de funcionarios judiciales y trabajadores de la salud y se hacen recomendaciones para mejorar el entorno laboral.

Se pretende entonces, evidenciar como las condiciones laborales, la percepción del riesgo, el falta de empoderamiento en el autocuidado y la poca existencia en programas de prevención y promoción para brindar entornos laborales seguros especialmente en la prevención del riesgo psicosocial, puede derivar en la prevalencia del síndrome de Burnout que afecta la calidad de vida del trabajador, su contexto laboral y familiar, siendo necesario documentar a través de proyectos de investigación, las diferentes formas de manifestación de este fenómeno y sus respectivas recomendaciones como parte de la responsabilidad social del programa de Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo, para la solución a esta problemática y alcanzar entornos laborales seguros y saludables.

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **Capítulo I**

#### **Percepción de los riesgos laborales en enfermeros del servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel en Pereira**

*Claudia Milena Tabares Zuluaga*

*Jheimy Jackeline García Castañeda*

7

### **Capítulo II**

#### **Prevalencia del síndrome de Bournout en los médicos generales, en un hospital de tercer nivel en Pereira**

*Claudia Janeth Gómez Merchán*

*Andrés Felipe Puerta Gil*

*Mercy Soto Chaquir*

72

### **Capítulo III**

#### **Síndrome de Burnout y factores estresores en profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Pereira**

*Julieth Margarita Ortiz Quintana*

*Rubén Alexander Bejarano Murillo*

*Diana Marcela Marín Gallego*

*Mercy Soto Chaquir*

123

### **Capítulo IV**

#### **Síndrome de Burnout y síntomas psicossomáticos de los funcionarios de un distrito judicial en Colombia, 2019**

*Amparo Rengifo Santibañez*

*Jaime Alonso Arias Bermúdez*

*Cristian David Castaño Delgado*

*Luis Evelio Aristizábal Franco*

*Elcy Yaned Astudillo Muñoz*

*Paulo César González Sepúlveda*

179

## Capítulo I

### Percepción de los riesgos laborales en enfermeros del servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel en Pereira

Claudia Milena Tabares Zuluaga<sup>1</sup>, Jheimy Jackeline García Castañeda<sup>2</sup>

#### Resumen

Esta investigación está enfocada en comprender la percepción de riesgos laborales en los trabajadores del servicio de urgencias en un centro hospitalario de III nivel en la ciudad de Pereira; donde se identificó la percepción del riesgo en seguridad y salud en el trabajo, y se detectó el fenómeno de la accidentalidad en una población que tiene como función esencial el cuidado, así como mejorar la calidad de vida de las personas en su periodo más vulnerable dentro de las instituciones.

Esta investigación es de tipo cualitativa fenomenológica, para lo cual se realizaron entrevistas a profundidad a enfermeros y/o enfermeras representantes del área de urgencias de la institución de salud, con ayuda de un instrumento diseñado que permitió obtener la información, para ser

analizados por medio del Software Atlas Ti; donde se determinaron las categorías y subcategorías enfocadas a las tres primicias que son el conocimiento (saber trabajar seguro), la conciencia (querer trabajar seguro), y las actitudes (poder trabajar seguro); para luego plantearon diferentes apreciaciones.

La información obtenida en esta investigación, servirá de insumo base para que las instituciones de salud y del campo jurídico puedan diseñar estrategias de intervención que sean efectivas y eficientes encaminadas a materializar el cuidado en las personas que dedican sus vidas a cuidar del resto del mundo.

**Palabras clave:** percepción, riesgos laborales, autocuidado, conductas relacionadas con la salud. categorías, salud laboral.

1. Enfermera, Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Enfermera, Especialista en Gerencia de la calidad y auditoria en Salud, Magister en Salud Pública



## Chapter 1

### Perception of occupational risks in emergency service nurses in a third level hospital in Pereira

#### Abstract

This research is focused on analyzing and interpreting the perception of occupational hazards in emergency service workers in a III level hospital in the city of Pereira; where the perception of risk in occupational safety and health is identified, the phenomenon of accident rate is detected in a population that has the essential function of care, as well as improving the quality of life of people in their most vulnerable period within the institutions.

This research is of a qualitative phenomenological type, for which in-depth interviews were carried out with nurses representing the emergency department of the health institution, with the help of an instrument designed to obtain the information, and

then be analyzed by Atlas Ti Software medium; where the categories and subcategories focused on the three first fruits that are knowledge (know how to work safely), awareness (want to work safe), and attitudes (able to work safe) were determined; to then raise different assessments.

The information obtained in this research will serve as a base input for health institutions to design intervention strategies that are effective and efficient aimed at materializing care in people who dedicate their lives to caring for the rest of the world.

**Key words:** Perception, Occupational hazards, Self-care, Health-related behaviors. categories, Occupational health.

## Introducción

La validación del comportamiento seguro de los empleados de las instituciones de salud de cualquier nivel, debe garantizar que tendrán una exposición mínima a los factores de riesgo que se encuentran presentes en las actividades que realizan durante la práctica médica; en la mayoría de los casos, los riesgos solo se identifican una vez se materializan mediante los accidentes o incidentes laborales; pero la investigación de las causas de dichos eventos, no se realiza de manera cualitativa sino cuantitativa; lo cual no permite la identificación de las causas ni el planteamiento de las acciones adecuadas que minimicen la materialización de dichos riesgos.

Esta investigación está enfocada al análisis del riesgo de los enfermeros y enfermeras de la institución, y se espera que los resultados obtenidos sirvan de base para el diseño e implementación de estrategias de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de la población analizada.

La investigación inicia a través de la consecución de las personas participantes, para lo cual se utiliza la metodología de bola de nieve, una vez se El número de personas adecuado y se llevaron a cabo entrevistas individuales teniendo en cuenta las categorías y subcategorías definidas inicialmente. En un segundo momento

se analizó la información obtenida a través de la transcripción de la información en el Software Atlas Ti, para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones basados en los resultados obtenidos en la investigación.

## 1. Planteamiento del problema

“El cuidado ha dejado su huella en cada partícula, en cada dimensión y en cada recoveco del ser humano. Sin cuidado, el ser humano se volvería inhumano. El cuidado hace que surja un ser humano complejo, sensible, solidario, amable y conectado con todo y con todos en el universo” (1)

En la realidad de los trabajadores de la salud, la materialización de este concepto se complejiza, por la carga laboral, la remuneración, las condiciones de trabajo y una baja percepción del riesgo de exposición como trabajador asistencial, lo que trae como consecuencia, baja apropiación de comportamiento seguro, accidentes de trabajo, y enfermedades laborales; se genera así la necesidad de **identificar y analizar la percepción de riesgo de los trabajadores de la salud con el fin de poseer un insumo para el diseño de estrategias de intervención que vayan más allá del conocimiento técnico y los métodos de trabajo.**

En este sentido, es necesario tener

en cuenta a Ransey (2001) quien expresó que una persona cuando se enfrenta ante una situación de riesgo actuaría influenciada por la percepción y cognición del riesgo; afectando de esta manera la no aplicación del autocuidado. O, por tanto, a pesar de estar vinculada la dimensión subjetiva del proceso cognitivo (las emociones, necesidades, creencias, entre otros), la percepción es objetiva y real para la persona; ya que su realidad es lo percibido, y su actuación está vinculada a dicha percepción (2). Tomando como base esta apreciación, el actuar de los individuos está determinada por las emociones y percepciones pasadas y la forma como responde será la misma que utilizó y le funcionó para asumir el riesgo.

“El observatorio europeo de riesgos laborales, realizó una investigación documental en el año 2014 donde buscaban resolver la pregunta ¿Cuáles son los riesgos y cuestiones actuales y emergentes en el campo de la Seguridad y Salud en el Trabajo que afectan a los profesionales sanitarios y cómo influirían en su salud y seguridad y en el servicio general que prestan? encontrando que el personal sanitario presenta la cuarta tasa de enfermedades graves relacionados con el trabajo 5%; también permitió identificar las preocupaciones que se tienen en el ser como las ausencias por enfermedad, el riesgo psicosocial, y los eventos de violencia; así

como las amenazas por violencia que pueden tener el personal asistencial”. (3)

Con relación a lo anteriormente planteado en esta investigación se validaron los resultados de la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER), y dentro de las conclusiones se encontraron que es necesario realizar otras investigaciones, y recomendaron hacer investigaciones donde se identifique entre otros, la relación entre el riesgo psicosocial y las lesiones osteomusculares. (3), esta investigación da pie para determinar que desde el ser y la propia percepción que está determinada por las emociones, experiencias pasadas y conocimientos afectan el comportamiento, sin embargo, la presente investigación nos permite identificar la relación psicosocial y osteomuscular.

En Suramérica, a través de un estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, realizada en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú en el año 2010, una de sus conclusiones fue:

“Hay un reconocimiento a la constancia de los factores de riesgo tradicionales, que continúan presentándose de manera frecuente, como son pinchaduras o cortes, por un lado, y el contacto con vectores de riesgo biológico; la investiga-

ción también analizó la percepción de las condiciones de trabajo, encontrando que en los países donde se analizaron se identifica que el personal de enfermería y de medicina, se encontraron con regulares y buenas condiciones; donde los resultados que oscilan desde un 31% como valor más bajo en las condiciones regulares hasta un 73% como resultado máximo de condiciones muy buenas; con respecto a las condiciones de trabajo en el nivel malas/muy malas, el valor inferior fue calificado por el personal de enfermería con un 7%, y el mayor de 28%; se evidencia en los resultados que el personal de enfermería tiene percepciones más críticas en cuanto a las condiciones de trabajo, mientras que el personal médico tiene percepciones más positivas de las condiciones de trabajo” (4)

Frente a la percepción de los riesgos de exposición realizada también en la misma investigación, los principales riesgos señalados están concentrados en riesgos de origen biológico, por un lado y psicosociales por el otro, la distribución porcentual de la percepción fue en los siguientes riesgos: biológico, ambientales, y psicosociales. (4)

El personal de salud tiene la siguiente percepción de los riesgos identificados así, médicos: manejo de residuos patogénicos 58%, exposición a HIV/

Hepatitis B 67%, diseño ergonómico deficiente 55%, intensidad de trabajo por ausencia de personal 56%, intensidad de trabajo en los tiempos asignados 56% y para el personal de enfermería el manejo de residuos patogénicos 64%, HIV/Hepatitis B 75%, diseño ergonómico deficiente 48%, intensidad de trabajo por ausencia de personal 74%, intensidad de trabajo en los tiempos asignados 52%. (4) Esta investigación permite identificar la percepción de riesgo en el personal de enfermería, los cuales son comunes para el personal en las diferentes instituciones de salud del país y es igual para la institución donde labora el personal que participó de la investigación, poner a la vista dos elementos importantes que afectan el comportamiento y van más allá de la percepción del riesgo: intensidad de trabajo por ausencia de personal y por carga laboral.

En la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul, en Brasil se realizó un estudio cualitativo descriptivo utilizando el modelo de atención convergente, en enfermeras del área de urgencias de un hospital, este estudio consistió en la revisión de dos categorías una desde el conocimiento y una desde la práctica segura de comportamientos, para esto realizaron talleres con las personas y la información obtenida se analizó, generando como resultado los sujetos encontraron que relacionan el uso de dispositivos de seguridad con situaciones en

las que conocen el estado serológico del paciente. (5), los resultados permiten tener mayor claridad en cuanto a que es necesario para que el personal asuma comportamientos seguros, elevar el nivel de conciencia para actuar de manera segura sin necesidad de tener conocimiento del estado serológico del paciente.

En el año 2016 en Ecuador se realizó una investigación para identificar las condiciones ergonómicas de los trabajadores de urgencias en un hospital de Quito, esta investigación fue de tipo observacional y de corte transversal con un diseño cuali-cuantitativo; la recolección se hizo con lista de chequeo para identificar los riesgos relacionados con la infraestructura y equipos; una encuesta dirigida al personal, encaminada a identificar la incidencia de accidentes laborales y dolencias de la salud; y la herramienta online para la Evaluación Postural Rápida (EPR); como resultados se encontraron los siguientes resultados: edad promedio 35 años, el género femenino es levemente mayoritario con el 55%, 21% la formación promedio de profesional de la salud y un 3% de posgrados; el 73% del personal aseguró conocer acerca de lo que se trataba la higiene postural y el 70% acerca de la ergonomía; sin embargo el 66% respondieron no conocer sobre actividades de prevención de accidentes, en el componente de peligros ergonómicos asociados a la infraestructura del ser-

vicio de emergencias se encontraron en relación al diseño del puesto de trabajo; evidencia que el personal se expone a posturas incómodas como De pie inclinado y De pie muy inclinado durante tiempos prolongados e incluso algunos asociados con la manipulación de peso (6)., se identifica que no solo la decisión personal afecta la ocurrencia de los accidentes o enfermedades laborales, las condiciones de los puestos de trabajo son un elemento indispensable para que junto con la decisión de cuidado del personal de enfermería se tenga personal sano, seguro en los diferentes servicios asistenciales.

A nivel nacional, se han realizado varias investigaciones entre ellas el Diagnóstico de Bioseguridad en el sector sanitario del Departamento de Bolívar, Norte de Colombia (7) en el que se concluyó que “En las 33 IPS evaluadas, se identificaron en promedio 262.856 horas hombre trabajadas, entre los años 2011 y 2013 se generó un promedio de 8.7 accidentes no biológicos y 7.6 con riesgo biológico, siendo el año 2013 el más accidentado entre las instituciones evaluadas. Se concluyó también que las capacitaciones deben ser de tipo práctico para tratar de reevaluar algunas prácticas sub-estándar que enfermeras y médicos tienen de forma errada (especialmente la “costumbre” de reenfundar el capuchón de la aguja), una de las más frecuentes generadoras de accidentes entre los afectados

consultados en el estudio, esto con el fin de reducir la tasa de accidentes de origen biológico por horas hombre trabajadas”. Esta investigación permite fortalecer la necesidad de modificar la manera de intervención pues debe ir más allá de conocimiento de técnicos y comportamientos, es donde el concepto de cuidado debe re-significarse y pasar de ser solo para los pacientes y aplicarse a los trabajadores.

En cuanto al personal del área de odontología se realizó un estudio a estudiantes, donde participaron 83 individuos. Dentro de los datos más relevantes obtenidos, se encuentran: conceptos sobre bioseguridad 100%, conceptos biológicos 99%, exposición a enfermedades infectocontagiosas 100%, protocolo que hay que seguir en caso de accidente biológico 54%; y con respecto a las actitudes frente a bioseguridad; el 81% (IC 95%: 94 – 100) realiza los procedimientos de su práctica clínica con conocimientos teóricos previos; el 63% (IC 95%: 52 – 73) siempre utiliza gafas protectoras en su práctica clínica diaria; y el 95% (IC 95%: 90 – 100) refirió siempre hacer uso de guantes. (8), la investigación determina que el conocimiento no es suficiente para la relación de las prácticas seguras. La percepción puede modificar el conocimiento.

La universidad de Antioquia realizó una investigación cualitativa con el fin

de comprender cuáles son los factores asociados a los comportamientos inseguros del personal asistencial del servicio de urgencias del Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”- HGM durante el año 2015, concluyendo los siguientes aspectos: falta de capacitación en riesgos propios; alta demanda de trabajo; falta de personal asistencial; comportamientos con exceso de confianza; falta de pericia de los más jóvenes; falta de apropiación de una cultura de auto-cuidado como pilar fundamental de la salud y la asistencia social. (9). Justifica la necesidad de ir más allá de identificar y pasar a un proceso de análisis que permite diseñar modelos más eficientes para desarrollar una cultura de cuidado.

De acuerdo a la revisión bibliográfica, y específicamente a las conclusiones obtenidas en los estudios analizados anteriormente, el personal analizado tiene una baja valoración a los riesgos, además que se perciben que son de tres tipos: biológico, osteomuscular y psicosocial; en la medida que se fomenten procesos de formación específicos y que tengan sentido para el personal y sus jefes de servicio; la percepción cambiaría, sería factible realizar una re-significación de la exposición al riesgo, sus consecuencias y finalmente el comportamiento podrá cambiar, de lo contrario tendremos afectación del personal de la salud; y adicional a esto la seguridad del paciente se verá vulnerada y afecta-



da con desenlaces poco positivos en contra de la función del cuidado del personal de la salud. (10)

## **2. Justificación**

“Como valor, el cuidado es percibido tanto por el que cuida como por el que es cuidado. Cuidar, desconociendo el Ethos de la cultura de quien es cuidado nos llevaría, de un lado, a ignorar al ser humano como producto y productor de cultura, y de otro, a abolir el carácter relacional que tiene el cuidado, indispensable para que exista valoración.” (11)

Según la OMS desde el año 2005 existe ya un consenso global sobre la importancia en la salud de los trabajadores, y principalmente en el área asistencial; y este análisis se basa en que en este sector se había empleado a aproximadamente más de 20 millones de trabajadores, solo en Latinoamérica y Estados Unidos; adicional a esto se observó que el 5% de la población pertenece a la población económicamente activa; que equivale al 7% del Producto Interno Bruto. En los hospitales o centros de salud, los médicos, enfermeras, técnicos y demás trabajadores, garantizan la calidad de la atención en el paciente de manera segura, a través de la apropiación de los procedimientos y protocolos de comportamiento seguro. (12)

En Colombia el Ministerio de Trabajo hizo un llamado a todas las empresas para la implementación de procesos de mejora continua de las condiciones de trabajo con el nuevo Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo-SGSST. (13) (14)

Con esto se busca garantizar la seguridad de los trabajadores en el desarrollo de sus funciones y la salud de los mismos, lo cual impulsará la productividad de las empresas. (9) (15).

El comportamiento seguro es factible cuando la percepción del riesgo es tangible, se adapta a su realidad, tiene un significado más allá de cumplir un parámetro establecido por un tercero, son consecuentes con el conocimiento, la actitud de cuidado genera como consecuencia prácticas seguras, y refuerzo positivo permanente, para ser parte de su quehacer y no una adición a la dinámica rutinaria; en las diferentes herramientas utilizadas para generar el cambio de comportamiento se realizan a través de la formación, estructuración de procedimientos seguros de trabajo, observación de comportamiento; la mayoría de estos elementos son diseñados a partir de una línea basal de comportamiento y en pocos casos se invita al trabajador a participar activamente de las diferentes etapas; sin embargo si se retroalimenta frente al no cumplimiento del comportamiento seguro esperado. (16)

En Colombia se han desarrollado investigaciones encaminadas a identificar la siniestralidad, y a hacer análisis de la causalidad; en algunas de las investigaciones la conclusión general es que el personal de la salud no tiene la percepción clara de la potencialidad del riesgo y su exposición, así como una falta de apropiación de comportamiento seguro. (7)

Se ha identificado en la investigación realizada en el año 2017

“La interacción, el involucramiento y la corresponsabilidad de los sujetos en el proceso de educación en salud son determinantes para la reflexión sobre las practicas riesgosas y tienen potencial para modificar comportamientos inseguros”. (17)

Sin embargo, aún no es clara la forma en que los profesionales de la salud perciben el comportamiento seguro; es por esta razón fue conveniente la realización de esta investigación, tanto para la institución como para el personal de enfermería participante, de tal manera que, con los resultados de los análisis realizados, se pueda develar como es la percepción del riesgo del personal y llegar así al diseño de nuevas metodologías para cambiar el comportamiento y tomar decisiones a nivel institucional, o adelantar investigaciones más profundas con el fin de contribuir a la definición de nuevos conceptos en el personal de enfermería.

Por todo lo mencionado, la presente investigación busco develar la percepción de los enfermeros de manera que permita tener insumos para diseñar estrategias específicas y exitosas que involucren integralmente el conocimiento, la actitud y la práctica para el autocuidado y el cuidado del otro; y que además sea sostenible en el tiempo.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo General**

Develar la percepción del riesgo por medio de las experiencias vividas por el personal de enfermería frente a los riesgos laborales en el servicio de urgencias en un centro hospitalario de III nivel en Pereira en el primer semestre del año 2019.

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar la percepción de riesgos laborales que el personal de enfermería del servicio de urgencias del Centro Hospitalario de III nivel de Pereira,
- Interpretar el significado de la experiencia frente a los riesgos laborales del personal de enfermería del servicio de urgencias del Centro Hospitalario de Pereira, frente al riesgo.
- Analizar la percepción de riesgos a las vivencias de los participantes.



#### **4. Marco referencia**

##### **Teoría de la filosofía y ciencia de la asistencia.**

Esta teoría está fundamentada en la teoría de la inteligencia emocional, caracterizada como un sustento vital para el personal de enfermería al practicarla diariamente como profesional, y está ligada a los cuatro conceptos centrales para la enfermería que son el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Esta teoría considera que el personal asistencial puede llegar a mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se orientan hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual.

##### **La teoría de Jean Watson**

Se basa en 10 factores asistenciales, así (18):

- “Formulación de valores humanos altruistas: donde se define que la satisfacción recibida al prestar ayuda cuando se realiza el trabajo con calidad aumenta y el paciente queda satisfecho por la labor recibida.
  - Propiciar e inculcar la fe y esperanza: este es un incentivo para que el paciente adopte hábitos saludables, a través del trato recibido por parte del personal asistencial.
  - Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás: se debe aprender a no mezclar emociones
- de su vida privada y emociones de su vida laboral, de tal forma que el personal asistencial aprenda a manejar sus reacciones emocionales y su forma de expresión.
  - Incentivar el desarrollo de una relación de ayuda y confianza: al existir esta relación entre el personal asistencial y el paciente se promueven sentimientos positivos, causando empatía, afecto y comunicación eficaz.
  - Reconocimiento de la comprensión intelectual y emocional situacional: el personal asistencial debe comprender la mutua relación entre sus pensamientos, comportamientos y emociones.
  - Resolución de problemas para la toma de decisiones: el personal asistencial debe estar constantemente motivado por la superación, a través de los deseos de adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar su labor.
  - Promoción de la enseñanza – aprendizaje: de esta forma se garantiza que el personal asistencial podrá mejorar la calidad de los cuidados en su práctica profesional.
  - Reconocimiento del entorno interno y externo: a través de este principio el personal de la salud podrá conocer como el contexto influye en las enfermedades de sus pacientes, y reconocer cuáles son sus fortalezas y debilidades, para identificar qué aspectos debe mejorar como profesional.

- Reconocimiento de las necesidades del paciente: es imprescindible la priorización en el arte del cuidado, a través del reconocimiento de las necesidades biofísicas, psicosociales y psicofísicas del paciente.
- Fomentar fuerzas existenciales – fenomenológicas: el personal asistencial deberá contar con la capacidad técnica y habilidades como la adaptabilidad, la comunicación y la iniciativa en las relaciones interpersonales con su equipo de trabajo y con el paciente”.

Finalmente, esta teoría muestra la relación entre la inteligencia emocional y el método científico, de manera que se pueda lograr un planteamiento y la solución de problemas con un componente fenomenológico dinámico del personal asistencial y el paciente.

### **Sociología reflexiva por Pierre Bourdieu**

Esta teoría es reconocida por su importancia en la fundamentación bioética de la salud pública; y es Pierre Bourdieu quien explica de mejor manera esta teoría.

Para Bourdieu, la sociología se basa en:

- Habitus, que corresponden a los modos de conducta, y las disposiciones de actuación, para alcanzar los medios que se proponen.

Estos habitus son adquiridos desde la realidad a los que los individuos se enfrentan y durante los procesos de socialización de habilidades, o la cooperación social a los que se ven sometidos en la realidad. Los Habitus, se constituyen en costumbres comunes para las personas bajo condiciones similares.

- Bourdieu enfatiza que los individuos actúan de acuerdo a como los forma la sociedad, pero a través de acciones, se modifica la sociedad con la que se interactúa.
- Campo, corresponde a una zona del mundo social con una determinada posición, para desarrollar un conflicto entre las reglas que impone el entorno y el habitus del individuo. Así, por ejemplo, para ingresar a una entidad, es necesario aceptar las reglas que rige dicha institución, pero el individuo debe intentar situarse en una posición que le permita establecer sus propios intereses, cuestionando las reglas de la institución, pero sin causar daño.
- Capital, el cual corresponde a las herramientas utilizadas por el individuo para defender sus intereses en el campo. El capital se presenta bajo tres especies, capital económico, capital cultural y capital social. La finalidad del capital en el individuo es acumular disposiciones, habilidades y conocimientos que le permiten aplicar sus Habitus en un campo respectivo.

- Clase social, esta corresponde a las formas en que los individuos se agrupan para emprender y movilizar sus intereses. Las clases sociales tienen Habitus que las caracterizan, como por ejemplo la forma de vestir, los gustos artísticos, la comida, entre otros; y se identifican por factores económicos, educacionales y de vivienda. (19)

### **Modelos de Cambio de Comportamiento seguro en trabajadores**

A través de los años se han diseñado e implementado diferentes modelos que buscan modificar el comportamiento desde teorías de la psicología de la seguridad, a continuación, se podrá explorar algunos más representativos.

- El Método Tricondicional del Comportamiento Seguro y la Seguridad Basada en el Comportamiento: este método plantea que para garantizar que una persona trabaje segura deben darse tres condiciones; debe poder trabajar seguro; debe saber trabajar y seguro y debe querer trabajar seguro. Estas tres condiciones son necesarias y ninguna de ellas es condición suficiente, son todas variables dependientes. También dependen de factores diferentes, como que no exista en la empresa un ambiente conflictivo, que se cuente con recursos económicos

y humanos, y por último pero no menos importante que el compromiso gerencial esté garantizado; con estos elementos garantizados se pasa a la estructura del proceso que tiene como factor importante la línea basal, la observación del comportamiento y el feedback; este modelo es utilizado en el ámbito de la prevención y a su vez es un modelo de diagnóstico para evaluar riesgos, y de intervención para planificar acciones preventivas con el fin de evitar que el riesgo se materialice. (16) (2)

- En 1931 Heinrich aportó al proceso uno de los modelos más populares “secuencia de domino” que básicamente afirma que todo accidente es la consecuencia de una secuencia de eventos simbolizadas por las fichas de dominó, que gráficamente representa los fallos a través de agujeros en las fichas o las caídas de una de las fichas; es por esto que el modelo identifica principalmente la intervención del personal, a través de la formación e información de este frente a los riesgos; esta teoría fortalece el concepto que aún se tiene en la mayoría de las empresas que es culpa exclusiva del trabajador la materialización de un riesgo. (2) (20)
- Ahora evoluciono más hacia los nuevos conceptos esta la teoría de 85% - 15% que básicamente

trata de que por cada evento que ocurra existe el 85% de posibilidades que haya ocurrido por procesos gerenciales y de los sistemas, en consecuencia, solo existe el 15% de probabilidades que sean los trabajadores quienes tengan la responsabilidad de un accidente, en este caso se absorba a la gerencia a verse hacia adentro y tomar otras decisiones en los procesos y ver las personas de maneras diferentes. (2)

- El modelo interacción hombre máquina, en este sentido existen varios modelos que se presumen más integrativos pues además de integrar las teorías de fallos de sistemas, liberación de energías introducen el concepto de error humano, analizando el estado del sistema desde dos variables el equilibrio y la desviación; en general el accidente se materializa cuando existe un desequilibrio que afecta el sistema produciendo como resultado una desviación progresiva, busca que la operación de las maquinas sea realizada por un trabajador competente, la maquina estará diseñada y se encontrara en condiciones adecuadas, el modelo busca bloquear el proceso de incremento de riesgo. (21)

### **Conocimiento de los trabajadores de la salud**

#### **“El mito de Higinio”**

*Cierto día al atravesar el río, Cuidado encontró un trozo de barro, y entonces tuvo una idea inspirada. Cogió un poco del barro y empezó a darle forma. Mientras este contemplaba lo que había hecho, apareció el gran Júpiter.*

*Cuidado le pidió a Júpiter que le soplara con su espíritu, y júpiter lo hizo de buen agrado. Sin embrago, cuando Cuidado quiso dar un nombre a la criatura que había hecho, Júpiter se lo prohibió y él impuso que le pusiera su nombre.*

*Mientras Júpiter y Cuidado discutían y de repente apareció la Tierra, quien también quiso llamar a la criatura con su nombre pues ésta estaba hecha de su propia materia, el barro. Lo que generó una fuerte discusión.*

*Así que, de común acuerdo le pidieron a Saturno que actuara como árbitro. Frente a lo cual Saturno tomó la decisión que a él le pareció más justa:*

*“Tú, Júpiter le diste el espíritu, entonces recibirás de vuelta este espíritu cuando la criatura muera.*

*Tú tierra, le diste el cuerpo; entonces cuando la criatura muera se te devolverá el cuerpo.*

*Pero como tú CUIDADO fuiste el*

*primero que moldeaste a la criatura, la mantendrás bajo tus cuidados mientras viva.*

*Y como veo que no se pondrán de acuerdo sobre el nombre de la criatura, decido que se llamará Humbre, es decir, “humus” que quiere decir tierra fértil”. (1)*

A través de este mito se puede identificar con certeza que el rol del cuidador reconocido “Enfermeros y Enfermeras” profesionales o auxiliares, de esta manera vale la pena indagar si ellos son la esencia del cuidado hacia otros, ¿Quién cuidará de sí? (1)

Para responder a esta pregunta es factible apoyarse en el análisis que hace sobre el cuidado Marta Lucia Vásquez (2006). En el trabajo de “Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida” del cual me permito transcribir su resumen:

“El cuidado, como valor subjetivo, debe su existencia, su sentido, su validez, a las reacciones del sujeto que valora. El cuidado no existe por sí solo, flotando en el aire, sino que está incorporado: la necesidad de un depositario en quién descansar lo condena a una vida parasitaria. Por ello decimos que es inherente a la vida humana. Como valor, el cuidado es percibido tanto por el que cuida como por el que es cuidado. Cuidar, desconociendo

el ethos de la cultura de quien es cuidado nos llevaría, de un lado, a ignorar al ser humano como producto y productor de cultura, y de otro, a abolir el carácter relacional que tiene el cuidado, indispensable para que exista valoración”. (11)

Las enfermeras y enfermeros dedican su tiempo, esfuerzo y conocimiento a “cuidar del otro” sin embargo es necesario desarrollar en este personal la validez de su propio cuidado, la necesidad que asuman conductas de cuidado hacia ellos mismos a través del comportamiento seguro.

Otras referencias que validan este concepto como esencial para la apropiación del comportamiento seguro son:

“La apuesta por una ética del cuidado esencial permite indagar sobre nosotros mismos, nuestras circunstancias y nuestro entorno; y desde esta perspectiva de auto-referenciación, posibilitará la reorientación de los pensamientos y las acciones tanto a nivel individual como colectivo— hacia la práctica del cuidado, del afecto, de la responsabilidad, del amor, de la ternura, de la compasión..., sobre cada uno de nosotros, en particular, sobre los demás y sobre nuestra casa común, la tierra; pues, a todas luces y en todos los órdenes sociales, parece evidenciarse que en nuestro país y en el mundo en

general, dadas las condiciones actuales, como reza el bambuco, “ahora las cosas andan de mal en peor”. (22)

“El fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras, que ocupa cada vez más un lugar central en la gestión del cuidado. El propósito de este artículo es develar la existencia de una relación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos, en el contexto de la seguridad del paciente”. (23)

“Desde el contexto de enfermería comunitaria se determina que el cuidado profesional por enfermeros “el cuidado profesional enfermero se diferencia del resto de cuidados profesionales en el mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas con acciones intencionadas y fundadas en un cuerpo de saberes que se suponen pueden ser enseñadas y aprendidas, añadiendo cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos. A la noción de cuidado de Leininger se asocian ideas como empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección contacto físico”. (24)

Desde la perspectiva esencial del cui-

dato en el ámbito de la enfermería se hace necesario referenciar algunos aportes del artículo Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida.

“Este carácter relacional se entiende porque el cuidado es un modo de ser esencialmente humano, e implica una actitud de preocupación, responsabilidad y compromiso afectivo con las necesidades de otro ser humano. Por ello, sólo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para uno, y uno, por ende, puede dedicarse a participar en su destino. (1)

Concebir el cuidado participando con, por y para el otro precisa que nos involucremos solidariamente en esa relación de alteridad exenta de dominio, explotación, desconfianza y paternalismo. El cuidado, como actitud esencialmente humana, no podría tener la sintonía necesaria si no se conoce la realidad cultural de su depositario.” (1)

Esta referencia permite conectarse con la presente investigación debido a que las teorías de cuidado hablan en general de la relación con el paciente, pero no del cuidado de sí mismo “el cuidador”.

### **Teorías de percepción**

El concepto de Optimismo ilusorio consiste en que el individuo tiene jui-



cios sesgados frente a los riesgos a los que se enfrenta en su vida cotidiana.

“Van der Pligt señala seis factores como causas del optimismo ilusorio: Control personal percibido sobre los acontecimientos que se evalúan; 2) sesgo egocéntrico provocado por el mejor conocimiento que tienen las personas de sus propias acciones; 3) falta de experiencia personal con determinados acontecimientos, lo que puede conducir a infra estimar la posibilidad de que acontezcan acontecimientos que previamente no han ocurrido; 4) estereotipos y prototipos que se manejan sobre qué personas tienen más posibilidades de que les ocurran determinados acontecimientos o de padecer ciertas enfermedades; 5) Mantenimiento de la autoestima y auto ensalzamiento personal que induce a pensar y valorar la conducta, estilo de vida y personalidad propios en términos mucho más positivos que los empleados cuando se trata de la conducta de los demás; 6) Estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones amenazantes reales o imaginadas para protegerse de ansiedades y preocupaciones”. (25)

Desde el modelo de creencias en salud se identifica principalmente un elemento sumamente interesante “amenaza percibida” la cual aporta la explicación de las conductas de

carácter preventivo pues desde las creencias frente a las consecuencias y los beneficios se asumen los comportamientos, igualmente la amenaza percibida depende de la “susceptibilidad y la gravedad percibidas por las personas sobre las consecuencias de sufrir accidentes, enfermedad actúan como mediadores en los cambios de las conductas saludables, y para el diseño de estrategias que permitan modificar la conducta de las personas. (26) (27)

El personal de la salud y enfermeros que desarrolla actividades en el área asistencial en las instituciones de salud, se encuentran expuestas a diversas situaciones que los reta a hacer uso de sus conocimientos, actitud para ejecutar practicas seguras y llevar a cabo el proceso de atención de sus pacientes, frente al proceso de atención y trabajo seguro se han desarrollado diferentes investigaciones entre ellas: la investigación cualitativa Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Lehniger que permite percibir las perspectivas del profesional de enfermería en la cotidianidad y aprender de ellas. (28)

Desde este aspecto el estudio descriptivo del año 2018 denominado “Estrategia colectiva para enfrentar riesgos laborales de un equipo de enfermería” permitió la interacción, participación y corresponsabilidad en el proceso de educación sanitaria aportaron a la reflexión sobre las prácticas

de riesgo y de esta manera potenciar el cambio. (29)

## 4.2 Estado del arte

El estado del arte permitió obtener información adicional para establecer fundamentos hacia la investigación a través de la lectura y el análisis de trabajos realizados por otros investigadores, y que contienen conceptos necesarios para abordar los objetivos de la investigación.

A continuación, se mencionan tres estudios realizados en temas similares a la investigación.

El estudio sobre el Diagnóstico de riesgos ocupacionales en proceso urgencias del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, realizado por Miledy García Santana, Stefany Montoya Quintero, Andrés Felipe Ríos Castañeda, Cinthia Velásquez López. (30); concluyó que es importante la identificación de los riesgos laborales de la entidad, y específicamente de las actividades realizadas por cada empleado; para poder establecer las acciones que permitan minimizar la materialización de dichos riesgos y estandarizar el uso de las materias primas, manejo adecuado de las herramientas de trabajo, y llevar a cabo una distribución equitativa del trabajo, de manera que se ejecute con un óptimo desempeño y de manera segura.

Igualmente se analizó una investigación sobre los Factores de riesgo psicosociales en entidades prestadoras de servicios de salud, realizada por July Catherine Ramírez Rueda & Yuleisy Yajaira Aroca Posso en Bucaramanga (31). Donde se contempló que cuando se materializan los riesgos psicosociales, se considera como una consecuencia de la inapropiada gestión gerencial; y que cada vez son más las acciones emprendidas por parte del ministerio de protección social, en analizar los factores psicosociales que están asociados al trabajo; además esta investigación concluyó que el estrés laboral está considerado como una amenaza a la integridad del individuo; y que las organizaciones, deben establecer acciones que permitan un equilibrio en las competencias del personal con el fin de que se mejore la calidad de adaptación.

A nivel internacional, también se analizó la investigación sobre el Riesgo laboral del personal de salud del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, mayo – julio 2013; realizada por María Elda Edelmira Molineros Caal de Álvarez (32); donde a través de un estudio descriptivo de corte transversal, se pudo determinar los riesgos laborales en esta entidad de salud; para obtener los resultados se utilizó un cuestionario auto aplicado anónimo, con 5 preguntas sobre datos sociodemográficos, 6 preguntas de conocimiento sobre el riesgo laboral; y 37 preguntas dicotómicas;



donde se obtuvieron como resultados el desconocimiento de los riesgos laborales y por ende la falta de autocuidado para prevenir la materialización de los mismos; así mismo se concluyó que a mayor tiempo de servicio en la entidad es mayor el riesgo de accidentes debido a que la confianza en la ejecución de las actividades no les permite llevar a cabo sus actividades basados en el autocuidado.

### 4.3 Marco legal

En Colombia se cuenta con un marco legislativo amplio, en los últimos años se ha fortalecido en función de mejorar las condiciones de trabajo, y asegurar tanto al empleador como al empleado, a través de la exigencia en el cumplimiento de diversos estándares, así:

Tabla 1. Normatividad aplicable

<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>	<b>Autor</b>
Ley 82 de 1988	Por medio de la cual se aprueba el Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra, 1983 (33)	Congreso de Colombia
Ley 50 de 1990	“Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.” (33)	Congreso de Colombia
Ley 100 de 1993	Consagra la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores al sistema de seguridad social (33) Congreso de la República	Congreso de la República
Ley 776 de 2002	Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. (33)	Congreso de Colombia
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. (33)	Congreso de Colombia
Ley 1566 de 2012	Por la cual se dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas” (33)	Congreso de Colombia
Ley 1562 de 2012	“Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional” (34)	Ministerio de protección social

Decreto 2177 de 1989	“Por el cual se desarrolla la ley 82 de 1988, aprobatoria del convenio número 159, suscrito con la organización internacional del trabajo, sobre readaptación profesional y el empleo de personas invalidas. (33)	Congreso de Colombia
Decreto 1295 de 1994	“Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales (33)	Congreso de Colombia
Decreto 1072 de 2015	“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. (35)	Ministerio del trabajo
Resolución 1016 de 1989	“Por la cual se reglamenta la organización y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los empleados y empleadores en el país (35)	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Resolución 1075 de 1992	“Por la cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional (35)	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Resolución 156 de 2005	“Por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional y se dictan otras disposiciones” (34)	Ministerio de la Protección Social
Resolución 1401 de 2007	“Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo. (34)	Ministerio de la protección social
Ley 9 de 1979	“Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. (33)	Congreso de la República
Resolución 2400 de 1979	“Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo (35)	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
GTC 45 DE 1997	“Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional (36)	Icontec
Ley 1252 de 2008	“Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones. (33)	Congreso de Colombia
Decreto 4741 de 2005	“Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral (37)	Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
Decreto 1575 de 2007	“Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano (37)	Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
Decreto 351 de 2014	“Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades (37)	Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial

Resolución 1164 de 2002	“Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares. (37)	Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
Resolución 2183 de 2004	“Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud. (34)	Ministerio de salud y protección social
Resolución 2003 de 2014	“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. (34)	Ministerio de salud y protección social
Protocolo de bioseguridad de 1997	“Conductas básicas en bioseguridad: manejo integral (34)	Ministerio de salud y protección social
NIOSH	“Determina las acciones para prevenir lesiones por objetos corto punzantes, agujas. (38)	Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional
GATISO	“Guía de atención integral basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo (34)	Ministerio de protección social
Resolución 2645 de 2008	“Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. (34)	Ministerio de la protección social

Fuente. Elaboración propia

#### 4.4 Marco conceptual

**Conocimiento:** proceso general por el que el individuo identifica su realidad, a través de imágenes que no generan duda alguna, es indispensable que exista una relación específica entre el objeto de conocimiento, la acción de conocer y da como resultado una vez se valida la información obtenida se convierte en conocimiento, en este sentido resulta valioso

referenciar de manera textual las diversas formas como Martínez y Ríos ven el conocimiento en su trabajo de investigación:

“Como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.” (39)

#### Seguridad en el trabajo y la Higiene

**industrial:** estos componentes son importantes en el Sistema General de Riesgos Labores, ya que corresponden al establecimiento de parámetros de prevención que busca la salud de los trabajadores y la identificación de los riesgos derivados del trabajo; estos conceptos, aunque tuvieron sus orígenes en la revolución industrial, actualmente continúan vigentes. (40)

**Clasificación de riesgos GTC 45:** los riesgos se encuentran clasificados de acuerdo a los niveles de frecuencia, probabilidad y magnitud que puedan derivarse luego de la materialización de un peligro; en la GTC 45 se encuentra establecida esta clasificación, así: (36)

Tabla 2. Clasificación de riesgos aplicables a enfermería (36)

<b>CONDICIONES DE SEGURIDAD</b>	
Condiciones o materiales que influyen o actúan en la accidentalidad	
<b>Clasificación</b>	<b>Descripción</b>
Caídas al Mismo Nivel	Corresponde a las caídas producidas en el mismo nivel
Caída de Objetos por Desplome o Derrumbamiento	Corresponde a la caída de elementos por pérdida de estabilidad del lugar al que pertenece
Caída de Objetos en Manipulación	Corresponde a la caída de objetos o materiales durante la ejecución de trabajos o en operaciones de transporte y elevación por medios manuales o mecánicos
Proyección de Partículas	Corresponde a las lesiones producidas por piezas, o pequeñas partículas de material, proyectadas por una máquina, herramientas o materia prima a transformar
Accidente punzo cortantes Golpes, Cortes	Es el ocurrido ante el contacto de alguna parte del cuerpo con objetos cortantes, punzantes o abrasivos
Choque contra Objetos Móviles	Corresponde a la posibilidad de recibir un golpe por alguna parte móvil de una máquina, objetos o materiales empleados en manipulación y transporte
Choque contra Objetos Inmóviles	Ocurre por el encuentro violento de una persona o de una parte de su cuerpo con algún objeto fijo o con alguna situación en reposo
<b>MEDIO FÍSICO DE TRABAJO</b>	
<b>Clasificación</b>	<b>Descripción</b>
Iluminación	Ocurre durante la percepción de sombras evidentes. Preferible luz natural
Radiaciones Ionizantes Rayos X, las radiaciones alfa, beta y gamma.	Ocurre durante la permanencia frente a fuentes ionizantes, ocasionando posibles cambios genéticos en las células reproductoras.

Radiaciones No Ionizantes Líneas de corriente eléctrica	Ocurre por las ondas de radiofrecuencia, utilizadas por las emisoras de radio, y las microondas utilizadas en electrodomésticos y en el área de las telecomunicaciones.
Ventilación	Corresponde a la actividad desarrollada para mover o dirigir el movimiento del aire con el propósito de garantizar la salubridad del aire y su renovación
<b>CONTAMINANTES</b>	
Pueden estar presentes en el medio ambiente	
Contaminantes Biológicos	Corresponde a microorganismos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad
Agentes Biológicos	La vía de transmisión viene a ser el medio en el cual se van a encontrar los microorganismos, fundamentalmente son: 1. El agua, 2. El aire, 3. El suelo, 4. Los animales, y 5. Las materias primas
<b>CARGAS DE TRABAJO, EXIGENCIAS FÍSICAS</b>	
<b>Clasificación</b>	<b>Descripción</b>
Posición	Postura singular o esfuerzo muscular de posición inadecuada y que se mantiene durante un periodo de tiempo. 1. Sostenida. 2. Incómoda 3. Periodo de tiempo
Desplazamiento	Producida por los esfuerzos musculares dinámicos, debidos a las exigencias de movimientos o tránsitos sin carga, durante la jornada de trabajo
Esfuerzo	Resultado del conjunto de requerimientos físicos a lo largo de la jornada, obligado a ejercer un esfuerzo muscular estático excesivo, unidos a posturas forzadas, frecuencia de movimientos fuera de límites.
<b>CONTENIDO Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO NATURALEZA DEL TRABAJO Y LA FRAGMENTACIÓN DE LAS TAREAS</b>	
<b>Clasificación</b>	<b>Descripción</b>
Contenido y Organización del Trabajo	Características de las condiciones de trabajo derivadas de su organización, las que según evidencias científicas perjudican la salud de los trabajadores
Relacionado con la Organización del Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación</li> <li>• Estilo de mando</li> <li>• Participación en la Toma de decisiones</li> </ul>
Relacionado con la Organización del trabajo	Asignación de tareas Jornada de trabajo y Turnos Rotativos
Relacionados con el Puesto y Tareas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía y control</li> <li>• Ritmo de trabajo</li> <li>• Monotonía</li> <li>• Repetitividad</li> <li>• Contenido de las tareas</li> </ul>

Fuente. Elaboración propia

**Actitud Preventiva:** esta actitud corresponde a la decisión de los individuos por prevenir accidentes frente a los riesgos; para esto es indispensable que se tenga un conocimiento de cada riesgo y cuál es la manera de mitigar su materialización. La actitud preventiva se alcanza dentro de las instituciones de salud, a través de las capacitaciones brindadas al personal, la cual persigue un comportamiento adecuado frente a las situaciones. (41).

**Cuidado:** corresponde a las reacciones inherentes de las personas; al sentir su cuerpo o parte de su cuerpo en peligro; estas reacciones van de la mano con el individuo en sí, las circunstancias, el entorno y la perspectiva que se tenga en el momento en que se presenta el peligro. (22)  
Para las instituciones prestadoras de salud, se fomenta el entorno seguro a través del personal de enfermería, ya que es en esta área donde se centra la gestión del cuidado; ya que se debe garantizar la seguridad del paciente. (42)

**Autocuidado:** corresponde a la capacidad del individuo para participar en su propio cuidado, con el fin de satisfacer alguna de sus necesidades; esta actitud se inculca en los seres humanos desde la niñez, aunque a través de capacitaciones y formación, las entidades prestadoras de salud, cada vez más fortalecen a sus empleados en estos temas. (43) (44)

**Accidente de trabajo:** Suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo, y que produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo. (45)

**Clasificación de riesgos:** los riesgos se clasificaron por tipo y estos a su vez agrupan diversos factores que se presentan en el área de trabajo, la tabla referenciada corresponde para Colombia a gtc45 de 2012. (36)

**Prácticas seguras:** anteriormente se definían como estándares de seguridad, procedimientos de trabajo seguro en la actualidad se denomina practica segura y específicamente en el sector de salud buscan prevenir eventos adversos y seguridad del paciente

**Experiencia:** la experiencia del trabajador debe ser redimensionada para ir más allá de solo afrontar las situaciones diarias en el ámbito laboral, en las dinámicas organizacionales en la actualidad buscan a través de la experiencia en el ambiente de trabajo la retención del capital humano, potenciar su capacidades, mejorar la calidad de vida en el ambiente laboral, en las referencias encontradas en la

investigación corresponden específicamente a situaciones relacionadas con eventos adversos y otras situaciones presentadas en el servicio.

**Cuidado del entorno:** prevención de condiciones locativas, maquinarias, equipos, herramientas, que sean necesarias para ejecutar sus labores diferentes a dotación, app. (46)

**Falta de formación:** corresponde a la formación insuficiente recibida por el personal de enfermería para desempeñar el trabajo de manera segura, así como para identificar los riesgos que los lleve a realizar prácticas seguras.

**Falta de mantenimiento:** el mantenimiento tanto para las instalaciones, como para las máquinas y herramientas es básico para gestión del riesgo, para tener este mantenimiento de manera preventiva es necesario que el área de mantenimiento de la institución haga parte del equipo de seguridad y salud en el trabajo, potenciar un método de comunicación que pueda ser eficiente de manera que en caso de tener máquinas, herramientas o condiciones locativas en mal estado pueda darse solución de manera eficiente (47)

**Destreza:** habilidad desarrollada para ejecutar sus actividades en el trabajo (48)

**Impacto familiar:** impactos de tipo

económico, relación que tienen el entorno familiar (49)

**Satisfacción laboral:** satisfacción está asociada a el reconocimiento, salario, buen trato en el ámbito laboral (49)

**Estabilidad laboral:** duración en el trabajo superior a 1 año, de manera que se pueda determinar estabilidad y que el trabajador quiera quedarse en la organización.

**Compromiso con el cuidado del otro:** el compromiso con el cuidado del otro es la esencia de trabajar en el sector de la salud y más aún en su calidad de enfermero.

**Conciencia del riesgo:** identificación consciente, certera que permite a la persona cuidar de si a través de la ejecución de prácticas seguras.

**Impactos relacionados con el trabajo:** consecuencias inherentes al desarrollo de la labor, sean estas positiva o negativas, todas las acciones tienen consecuencias en las personas, la sociedad y el entorno, de esta manera se buscó identificar estos impactos.

**Maduración profesional:** permite identificar la transición desde el conocimiento, la experiencia, la práctica que llevan al ejercicio de la profesión de enfermería desde el cuidado integral, social – comunitaria de la que



habla comins. en la investigación se identificó que la mayoría de las personas entrevistadas desarrollaron esta transición a través de los años y la experiencia en campo, es factible que esta maduración pudiera ser más rápida en la medida que las practicas asistenciales pudieran tener otros enfoques y más horas en campo, esto de acuerdo a lo manifestado por el mismo personal. (50)

**Manejo de estrés:** los profesionales de enfermería son especialmente impactados por el estrés laboral, debido a la doble carga que desarrollan en las instituciones de salud pues se desempeñan en el proceso asistencial atendiendo pacientes y a su vez desarrollan labores de jefatura, liderazgo de equipos de trabajo que varían entre 5 y 15 personas, el personal tiene turnos corridos y descansos, algunos trabajadores nos compartieron la manera en que manejan los momentos que tienen mayor estrés.

**Motivación:** está determinada por la fuerza y el interés que mueve a una persona para suplir sus necesidades, maslow define 5 niveles de necesidades para ser satisfechas por las personas: autorrealización, reconocimiento, afiliación, seguridad, fisiología, el resultado de la motivación en el contexto de seguridad y salud en el trabajo es aplicación de prácticas seguras propias y motivador para que otros en su área de trabajo las desarrollen también. (49)

**Personas en estado alterado:** las personas que asisten al servicio de urgencias tienen en general estados alterados de ánimo debido a su condición de salud, los tiempos de espera en el servicios de urgencias, sin embargo existen casos donde estos cambios de ánimo corresponden a condiciones psiquiátricas donde es necesario realizar una valoración inicial que permita identificar si son una amenaza para sí mismos y para otros, una vez se valoran los comportamientos y posibles implicaciones se determina la conducta para el paciente, momento donde el personal de enfermería tiene dificultades porque la institución no cuenta con pabellón o áreas que permita aislarlos; el personal de urgencias de acuerdo a la investigación no cuenta con formación y/o entrenamiento para atender las situaciones que sobrevengan como resultado de la atención de estos pacientes. (51)

**Tiempo libre:** identificar el manejo del tiempo libre, visto como el tiempo en los enfermeros y enfermeras pueden utilizar para desarrollar otras actividades que nutran su conocimiento, aporten a su satisfacción, y el sano esparcimiento, que permite compensar la carga laboral y un relacionamiento sano con su familia.

**Vaga percepción del riesgo:** permite identificar que el personal asistencial no identifica de manera clara y especifica los riesgos y las conse-



cuencia de la exposición a estos, permite identificar percepción de riesgo ilusorio (optimismo ilusorio) (52)

Dado que el énfasis de la presente investigación es el análisis de la percepción del riesgo en los trabajadores del sector de la salud, éste se fundamenta principalmente a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de los riesgos laborales en los enfermeros de urgencias que laboran en una institución de tercer nivel en la ciudad de Pereira?

## **5. Metodología**

El enfoque de la investigación de orden cualitativo, ya que se pretendía estudiar la realidad del personal de enfermería del área de urgencias del Centro Hospitalario de III nivel de Pereira, en su contexto natural y rutinario; además mediante la aplicación de entrevistas a profundidad, se identificó cual era la situación problemática frente a los riesgos laborales para este personal.

Con enfoque de tipo fenomenológico; ya que, a través de la descripción de las experiencias vividas se pudo develar la percepción de los riesgos laborales en la cotidianidad del desempeño profesional en el escenario de Urgencias de una institución de III nivel.

La unidad de trabajo, correspondió a 5 enfermeros y/o enfermeras del área de urgencias del Centro Hospitalario de III nivel de Pereira, el muestreo se realizó por bola de nieve, con el fin de realizar entrevistas a las enfermeras y/o enfermeros del área de urgencias que comunicaron a través de su experiencia la percepción de los riesgos en su labor.

La unidad de análisis y de observación fueron enfermeras y/o enfermeros del área de urgencias.

Como criterios de inclusión se determinó que fueran enfermeros y/o enfermeras del área de urgencias, y este mismo aplicaba como criterio de exclusión.

### **Proceso de análisis - síntesis y discusión de resultados**

Posterior al proceso de codificación de la información obtenida a través del Software Atlas Ti, se encontraron una serie de categorías y subcategorías:

Tabla 3. Tabla de categorías con la explicación de la categoría.

<b>CATEGORÍAS DE ANÁLISIS INICIAL</b>				
Condiciones o materiales que influyen o actúan en la accidentalidad				
<b>Categoría</b>	<b>Definición breve</b>	<b>Definición amplia</b>	<b>Cuando usar</b>	<b>Cuando no usar</b>
<b>CLASIFICACIÓN DE RIESGOS</b>	Agrupación de riesgos que permite gestionarlos de manera más eficiente	Los riesgos se clasificaron por tipo y estos a su vez agrupan diversos factores que se presentan en el área de trabajo, la tabla referenciada corresponde para Colombia a GTC45 de 2012. (36)	Aplicar este código a todas las referencias de riesgo y factores de riesgo identificados por las personas entrevistadas en sus áreas de trabajo y/o en su labor.	No usar este código para referencias de los entrevistados que no se encuentren en los listados de GTC45
<b>PRACTICAS SEGURAS</b>	Seria de métodos de trabajo seguros para realizar las actividades en el trabajo	Anteriormente se definían como estándares de seguridad, procedimientos de trabajo seguro en la actualidad se denomina practica segura y específicamente en el sector de salud buscan prevenir eventos adversos y seguridad del paciente	Aplicar este código cuando el entrevistado referencia la ejecución de su trabajo implementando practicas seguridad, estándares de seguridad de manera explícita o que sea evidente en la descripción	Cuando no se haga referencia a prácticas seguras o su descripción no genere como resultado una práctica segura
<b>CONOCIMIENTO</b>	Hace referencia al conocimiento técnico otorgado por la academia y adquirido en la practica	Información adquirida de diferentes formas: teórica, practica en ambientes académicos formales y/o informales	Aplicar este código cuando se evidencie en la entrevista que la persona conoce los conceptos, las practicas seguras	No aplicar cuando las referencias utilizadas por la persona no sean claras y específicas

*Riesgos laborales, prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud  
y en funcionarios de un distrito judicial en Colombia*

<b>EXPERIENCIA</b>	Tiempo que ha transcurrido desarrollando el rol, le permite tener mayor conocimiento, habilidades y destrezas para ejecutar	La experiencia del trabajador debe ser redimensionada para ir más allá de solo afrontar las situaciones diarias en el ámbito laboral, en las dinámicas organizacionales en la actualidad buscan a través de la experiencia en el ambiente de trabajo la retención del capital humano, potenciar su capacidades, mejorar la calidad de vida en el ambiente laboral, en las referencias encontradas en la investigación corresponden específicamente a situaciones relacionadas con eventos adversos y otras situaciones presentadas en el servicio	Este código se utiliza con el tiempo en la labor, situaciones relacionadas con la experiencia del trabajador	Tiempo transcurrido en el desarrollo de la labor.
<b>AUTOCUIDADO</b>	Prácticas de cuidado de si	Se percibe cuando una persona en una situación de riesgo, define realizar prácticas seguras que permitan cuidar de su salud y su seguridad	Aplicar este código cuando el entrevistado manifiesta identificar los riesgos y decide ejecutar practicas seguras en su ambiente de trabajo, vida personal y social	No usar este código cuando el entrevistado no refiera claramente la determinación de cuidar de sí mismo.
<b>CUIDADO DEL ENTORNO</b>	Prevención de condiciones locativas	Prevención de condiciones locativas, maquinarias, equipos, herramientas, que sean necesarias para ejecutar sus labores diferentes a dotación, App.	Aplicar este código cuando se referencia tanto la necesidad de cuidado del entorno, como cuando se referente que se cuida del entorno	No aplicar cuando las referencias no sean explícitas

<p><b>FALTA DE FORMACIÓN</b></p>	<p>Formación insuficiente para desempeñar el trabajo de manera segura, así como para identificar los riesgos para hacer realizar prácticas seguras</p>	<p>En el contexto específico de la información esta categoría corresponde a la formación insuficiente recibida por el personal de enfermería para desempeñar el trabajo de manera segura, así como para identificar los riesgos que los lleve a realizar prácticas seguras, se identifica en la investigación que el personal es consciente de que tiene formación y entrenamiento deficiente lo que potencializa la materialización del riesgo debido a que el personal no está en capacidad de identificar los riesgos con claridad y en consecuencia controlar su exposición.</p>	<p>Este código se utiliza cuando el entrevistado refiere de manera explícita que le falta formación y/o cuando se hace evidente la falta de formación</p>	<p>No utilizar este código cuando se trate de referencia de formación suficiente</p>
<p><b>FALTA DE MANTENIMIENTO</b></p>	<p>Identificación de equipo, instalación en mal estado.</p>	<p>El mantenimiento tanto para las instalaciones, como para las máquinas y herramientas es básico para gestión del riesgo, para tener este mantenimiento de manera preventiva es necesario que el área de mantenimiento de la institución haga parte del equipo de seguridad y salud en el trabajo, potenciar un método de comunicación que pueda ser eficiente de manera que en caso de tener máquinas, herramientas o condiciones locativas en mal estado pueda darse solución de manera eficiente</p>	<p>Este código se utiliza cuando se encuentran referencias de material, equipo, condiciones locativas en malas condiciones</p>	<p>No hay restricción de uso</p>

<b>CATEGORÍAS DE ANÁLISIS</b>				
<b>Categoría</b>	<b>Definición breve</b>	<b>Definición amplia</b>	<b>Cuando usar</b>	<b>Cuando no usar</b>
DESTREZA	Habilidad desarrollada para realizar su trabajo	Habilidad desarrollada para ejecutar sus actividades en el trabajo	Aplicar este código cuando el entrevistado haga referencia de la habilidad que tiene para el desarrollo de la actividad	No aplicar el código cuando no se evidencia destreza a la hora de realizar las actividades
IMPACTO FAMILIAR	Impacto que el trabajo tiene en las familias.	Impactos de tipo económico, relación que tienen el entorno familiar	Aplicar este código cuando en la entrevista se hagan referencias relacionadas con la familia.	No utilizar el código cuando la referencia no tenga relación con la familia
SATISFACCIÓN LABORAL	Conformidad con el trabajo que se realiza, las funciones y la proyección laboral	Satisfacción está asociada a el reconocimiento, salario, buen trato en el ámbito laboral	Aplicar este código cuando en la entrevista se mencione el desarrollo laboral, la satisfacción de manera específica.	No utilizar este código cuando el trabajador manifiesta insatisfacción
ESTABILIDAD LABORAL	Sentimiento de estabilidad y tiempo en el trabajo actual	Duración en el trabajo superior a 1 año, de manera que se pueda determinar estabilidad y que el trabajador quiera quedarse en la organización	Aplicar este código cuando se mencione en la entrevista situaciones relacionadas con tiempo de trabajo, duración en el trabajo, sentimiento de querer quedarse en la empresa.	No hay restricción de uso
COMPROMISO CON EL CUIDADO DEL OTRO	Sentimiento de cuidado por otra persona esencial en el trabajador de la salud	El compromiso con el cuidado del otro es la esencia de trabajar en el sector de la salud y más aún en su calidad de enfermero.	Este código se aplica cuando en la conversación surge el sentimiento de cuidado hacia el otro	No hay restricción de uso

<p>CONCIENCIA DEL RIESGO</p>	<p>Nivel de pensamiento superior que permite a la persona identificar y actuar en consecuencia</p>	<p>identificación consciente, certera que permite a la persona cuidar de si a través de la ejecución de prácticas seguras.</p>	<p>Este código se aplica cuando se identifica en la conversación que la persona de manera consciente identifica el riesgo y reacciona en consecuencia de una forma preventiva</p>	<p>No utilizar este código cuando sea evidente que el trabajador tiene consciencia de riesgo</p>
<p>IMPACTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO</p>	<p>Consecuencias positivas y/o negativas a consecuencia de la ejecución de su rol</p>	<p>La categoría hace referencia a las consecuencias inherentes al desarrollo de la labor, sean estas positiva o negativas, todas las acciones tienen consecuencias en las personas, la sociedad y el entorno, de esta manera se buscó identificar estos impactos.</p>	<p>Todas las consecuencias relacionadas con el trabajo, lesiones, estrés, entre otros</p>	<p>No hay restricción de uso</p>
<p>MADURACIÓN PROFESIONAL</p>	<p>Evidencia de evolución en la percepción de riesgo y/o conciencia de riesgo</p>	<p>Esta categoría permite identificar la transición desde el conocimiento, la experiencia, la práctica que llevan al ejercicio de la profesión de enfermería desde el cuidado integral, social – comunitaria de la que habla comins. En la investigación se identificó que la mayoría de las personas entrevistadas desarrollaron esta transición a través de los años y la experiencia en campo, es factible que esta maduración pudiera ser más rápida en la medida que las practicas asistenciales pudieran tener otros enfoques y más horas en campo, esto de acuerdo a lo manifestado por el mismo personal.</p>	<p>Este código se utiliza cuando la descripción de las respuestas demuestra amplio conocimiento, compromiso con la labor y evolución</p>	<p>No hay restricción de uso</p>

*Riesgos laborales, prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud y en funcionarios de un distrito judicial en Colombia*

<p>MANEJO DE ESTRÉS</p>	<p>Identificación de prácticas que realizan las personas para manejar el estrés que tienen durante el trabajo</p>	<p>Los profesionales de enfermería son especialmente impactados por el estrés laboral, debido a la doble carga que desarrollan en las instituciones de salud pues se desempeñan en el proceso asistencial atendiendo pacientes y a su vez desarrollan labores de jefatura, liderazgo de equipos de trabajo que varían entre 5 y 15 personas, el personal tiene turnos corridos y descansos, algunos trabajadores nos compartieron la manera en que manejan los momentos que tienen mayor estrés.</p>	<p>Este código se utiliza cuando el enfermero/a hace referencia a la manera en que maneja el estrés en su trabajo</p>	<p>No hay restricción de uso</p>
<p>MOTIVACIÓN</p>	<p>Emociones que llevan a la motivación de las personas por hacer su trabajo con alto compromiso y satisfacción</p>	<p>Está determinada por la fuerza y el interés que mueve a una persona para suplir sus necesidades, Maslow define 5 niveles de necesidades para ser satisfechas por las personas: autorrealización, reconocimiento, afiliación, seguridad, fisiología, el resultado de la motivación en el contexto de seguridad y salud en el trabajo es aplicación de prácticas seguras propias y motivador para que otros en su área de trabajo las desarrollen también.</p>	<p>Este código se utiliza cuando el personal manifiesta las diversas motivaciones que el personal tiene para realizar el trabajo</p>	<p>No hay restricción de uso</p>

<p>PERSONAS EN ESTADO ALTERADO</p>	<p>Personas que visitan la institución: pacientes, acompañantes que están en estado alterado por diferentes razones estado de salud, retrasos en la atención, inconformidad por la atención</p>	<p>Las personas que asisten al servicio de urgencias tienen en general estados alterados de ánimo debido a su condición de salud, los tiempos de espera en el servicios de urgencias, sin embargo existen casos donde estos cambios de ánimo corresponden a condiciones psiquiátricas donde es necesario realizar una valoración inicial que permita identificar si son una amenaza para sí mismos y para otros, una vez se valoran los comportamientos y posibles implicaciones se determina la conducta para el paciente, momento donde el personal de enfermería tiene dificultades porque la institución no cuenta con pabellón o áreas que permita aislarlos; el personal de urgencias de acuerdo a la investigación no cuenta con formación y/o entrenamiento para atender las situaciones que sobrevengan como resultado de la atención de estos pacientes.</p>	<p>Este código se utiliza cuando el trabajador manifiesta situaciones relacionadas con personas (acompañantes, pacientes) en estado alterado</p>	<p>No hay restricción de uso</p>
------------------------------------	---	--	--	----------------------------------



TIEMPO LIBRE	Actividades que se identifican que el personal realiza cuando está descansando	Esta subcategoría busca identificar el manejo del tiempo libre, visto como el tiempo en los enfermeros y enfermeras pueden utilizar para desarrollar otras actividades que nutran su conocimiento, aporten a su satisfacción, y el sano esparcimiento, que permite compensar la carga laboral y un relacionamiento sano con su familia.	Esta categoría se utiliza cuando el trabajador manifiesta de que manera usa su tiempo libre y/o hace referencia general a él.	No hay restricción de uso
VAGA PERCEPCIÓN DEL RIESGO	Pobre identificación del riesgo lo que potencializa la ocurrencia del accidente.	Permite identificar que el personal asistencial no identifica de manera clara y específica los riesgos y las consecuencias de la exposición a estos, permite identificar percepción de riesgo ilusorio (Optimismo Ilusorio)	Se utiliza este código cuando en la entrevista el trabajador manifiesta de manera poco precisa los riesgos a los que se encuentra expuesto y la manera de prevenir la materialización de este.	No hay restricción de uso

Se tomaron todos los resultados obtenidos y se elaboró el documento final con los análisis, los resultados, las conclusiones y recomendaciones, obtenidas con la investigación; a partir de este se realiza una presentación a los participantes de la investigación, con el fin de que estos validen los resultados y puedan aportarle a su vida y práctica profesional.

### **Aspectos bioéticos**

La ruta de la Bioética, estuvo basada en los principios fundamentales establecidos en el informe de Belmont

(53) y en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, (54), así:

- Principio de Beneficencia: se refiere a la prevención del daño y a otorgar beneficios, ayudando al prójimo por encima de los intereses particulares; de forma que se brinde el mayor beneficio para el bienestar del paciente y las personas enfermas que se estén atendiendo.
- Principio de No Maleficencia: se refiere a la obligatoriedad de promover el bien y no hacer daño al

paciente, bajo los preceptos morales de no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no primar de placer, ni discapacidad evitable. Este principio consiste en realizar un análisis del riesgo-beneficio en el momento de tomar decisiones para evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte; respetando la integridad física y psicológica de la vida humana.

- Principio de Autonomía: este principio se basa en la determinación del ser humano para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo; haciendo uso de la autonomía, conduciendo su vida a sus intereses, deseos y creencias.
- Principio de Justicia: este principio está relacionado con la concepción de la salud como un derecho fundamental, y se debe garantizar por parte del Estado su aplicación a toda la población.

Debido a que esta investigación tiene por objeto comprender la percepción del riesgo en los trabajadores de la salud, no presento riesgo de acuerdo al Artículo 10 de la Resolución 008430/93 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrolló conforme a los criterios:

- Desde la investigación se abordó

a los trabajadores de la salud con el fin de analizar la percepción del riesgo y en consecuencia los comportamientos y las formas en que este comportamiento se manifiesta de manera segura, a través de sesiones de grupos focales haciendo uso de un instrumento con preguntas guadoras.

- Los participantes de la investigación manifestaron de manera voluntaria su interés de participar a través del diligenciamiento del consentimiento informado y podrán decidir desistir de participar en cualquier fase de la investigación.

- Las personas participantes de la investigación estuvieron autorizadas para comunicarse con los profesionales a cargo de la investigación; la información suministrada por los participantes será confidencial y solo se publicará con resultados generales de la investigación y no de manera individual;

- La investigación fue desarrollada por la estudiante de la primera cohorte de la maestría de seguridad y salud en el trabajo de la universidad libre de Pereira, que se relacionan: Claudia Marcela Tabares Zuluaga en calidad de investigadora; además la investigación contó con un equipo interdisciplinario compuesto por asesores de investigación de la universidad y de un

profesional que apoyara el proceso de análisis de los resultados.

- Resolución 08430/93, capítulo de investigación en seres humanos. (54)
- Investigación con riesgo mínimo
- Informe de Belmont(11)

## 5. Resultados

A continuación, en la figura 1, se muestra la red de interrelación de las categorías luego de ser analizadas en el software Atlas Ti.

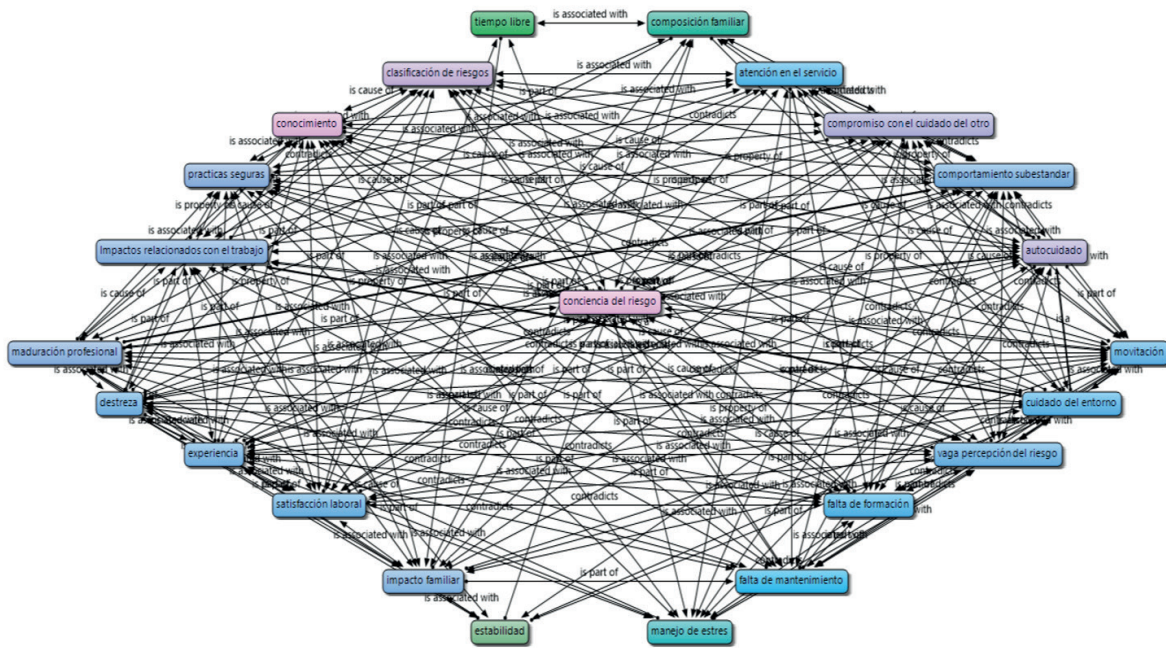


Figura 1. Red de Interrelación de las Categorías

## 1. Conocimiento

En el contexto de la presente investigación el conocimiento visto más allá de lo académico y técnico que trae como resultado “El Saber Hacer”, se hace necesario trascender y entender qué pasa con el conocimiento adquirido en la academia en las aulas de clase, donde la tecnología en el mejor de los casos acompaña al docente y al estudiante para

desarrollar espacios académicos que potencien el aprendizaje significativo, en general la academia dista mucho de la realidad, el manejo de situaciones comunes en el servicio como la herida, la sangre, el hacinamiento, los gritos no se aprende en un salón controlado normalmente controlado por el docente, es allí donde el conocimiento no pasa de ser académico, no trasciende al desarrollo de la persona y el profesional, en cuanto a

las horas de practica los participantes de la investigación manifiestan que son insuficientes para desarrollar sus habilidades y destrezas para aplicarlas cuando son profesionales, para poner un ejemplo: asistir a un parto en toda la carrera , en su proceso de practica le permite al estudiante acercarse al milagro de la vida, a ver en tiempo real como su profesión tiene sentido, se deslumbra, aprende de la vida, del cuidado, de cuidar, de vulnerabilidad, de compasión desde la visión de Boff y Comins; (1) (50) pero no aprende con certeza como cuidar la mujer dadora de vida y esta nueva vida que acompaña a nacer, sería necesario entonces un acercamiento en diversos sentidos para que éste estudiante desarrolle un aprendizaje significativo y cuando sea profesional asuma su responsabilidad a través del conocimiento; pues hoy éste profesional no lo recuerda.

El entrenamiento para el personal de la salud trae un enorme compromiso con la vida, la comunidad y la sociedad, porque es en este espacio donde el conocimiento se debe volver práctica en solo segundos, no puede dar espera, porque la vida se le termina al paciente; si nos acercamos a los conocimiento relacionados con el objeto de estudio de seguridad y salud en el trabajo, en la mayoría de los casos confirmaron haber visto una materia o una clase de Salud Ocupacional (hoy seguridad y salud en el trabajo) que les permitió explorar

conceptos de riesgo (55) consecuencias de exposición y métodos de prevención, manifiestan haber tenido en el espacio de sus prácticas en el mejor de los casos jefes que les recordaban que era importante cuidarse y les entregaban este conocimiento desde el aprendizaje significativo en medio de situaciones de riesgo, esto en algunos casos puede ser suficiente para recordar, para que el conocimiento quede en su memoria, sin embargo en la práctica el conocimiento sin acción no existe, pues conocer la técnica no garantiza un desempeño eficiente, consciente, compasivo e indispensable para que pueda ser aplicado en las diversas situaciones que se presenta en su trabajo.

En el estudio realizado se identifica que este conocimiento está establecido en varias dimensiones, algunas de ellas son, el reconocer el valor de sí mismo, el conocimiento sobre la manera de hacer su trabajo, reafirmando el valor que tiene para él y su entorno; que además es esencial para elevar el nivel de conciencia de riesgo, permitiendo a los trabajadores tomar decisiones de autocuidado; con la ejecución de prácticas seguras para su autocuidado, para el paciente y el entorno; todo esto, debe llevar al profesional, a trascender del conocimiento puramente académico al desarrollo de un ser humano integral que se conoce y reconoce al otro, que tiene la habilidad, el compromiso de cuidar del otro y lo que le rodea, de

manera integral con todo lo que él es y sabe; tal como lo plantean los autores Martínez y Ruiz (39) quienes ven al conocimiento como un alimento que nutre a las personas para afrontar su realidad.

**P 1: 001 - 1:44 [Dentro de las funciones y labores]**

Códigos: **[conocimiento]** [maduración profesional]

Dentro de las funciones y labores que en la enfermería como disciplina se practique que hallan preestablecidos ya unos protocolos de cómo abordar diferentes situaciones para proteger al paciente y protegernos a nosotros mismos y evitar complicaciones de riesgo biológico, por ejemplo.

**Conocimiento. Clasificación de riesgos**

La investigación permitió indagar de manera general frente a la identificación de riesgos por parte del personal de enfermería, encontrando que algunos tienen conocimiento general de los riesgos a los que están expuestos, pero de una forma limitada, es decir corresponde básicamente a riesgos: biológicos, Psicosocial, Biomecánico (56); y los demás riesgos se identifican desde la condición (piso húmedo, camilla en mal estado, etc.) mas no desde un contexto técnico. (56)

De una adecuada clasificación del riesgo, depende el éxito para gestio-

nar el riesgo, es decir de la identificación y clasificación de los riesgos a los que se encuentra expuesto el personal de enfermería, es posible determinar los controles a la exposición y la probabilidad de que el accidente o enfermedad ocurran, el no saber qué riesgo existe, no significa que no exista, y es aquí donde se multiplica exponencialmente que la probabilidad del riesgo se materialice porque no solo tiene un pobre conocimiento de cómo prevenirlo, una mínima o ninguna habilidad para controlarlo, sino que no lo conoce, no lo reconoce, no hace parte de su panorama para gestionar; puede morir de meningitis porque no sabía que el paciente estaba contagiado, porque no sabía cómo aplicar las técnicas de aislamiento, porque no sabía cómo cuidar de sí mismo cuando se trata a un paciente aislado. (56)

Solo es posible poner en acción el conocimiento para la prevención de los riesgos, cuando se tiene claridad de cuáles son, en que tareas están presentes, en qué lugares de la institución se encuentran ubicados, de esta manera es posible tanto para la organización como para el trabajador desarrollar acciones de prevención de accidentes y enfermedades laborales, la clasificación permite agrupar, estandarizar la gestión del riesgo de manera simple; es así como en Colombia se determinó que la manera de estandarizar los riesgos sería a través de la GTC 45 (56) un método de iden-



tificación de peligros y valoración de riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores, permitiendo agrupar estos riesgos así: Biológico, Físico, Químico, Psicosocial, Biomecánicos, Condiciones de Seguridad, Fenómenos Naturales. (56) para de esta manera brindar herramientas y explorar el universo de la seguridad y salud en el trabajo, gestionando el riesgo enfocándolo a la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales. (56)

**P 1: 001 - 1:30 [Cuando movilizamos un paciente.]**

Códigos: **[clasificación de riesgos] [conocimiento] [destreza]**

Cuando se moviliza un paciente o trasladamos un paciente en una camilla, es algo que nos genera riesgo, en el sentido de que si tenemos un paciente postrado y no tenemos una buena técnica en la movilización, podemos generarnos alguna lesión.

**P 1: 001 - 1:33 [como profesionales no vemos vu..]**

Códigos: **[clasificación de riesgos] [conciencia del riesgo]**

Como profesionales el personal de enfermería es vulnerables y en riesgo de sufrir agresiones e insultos por parte de los usuarios inconformes, podemos evitarlo teniendo una buena comunicación con el paciente y explicarle de forma tranquila y amable como es el proceso de atención y que tanto uno como nuestros compañeros estamos haciendo lo posible.

**Conocimiento. Falta de formación**

En el proceso de la investigación se pudo identificar que el personal de enfermería para desempeñar el trabajo de manera segura debe recibir suficiente formación, esta debe estar encaminada a alcanzar una mayor cualificación del personal que le permita de manera integral identificar las situaciones, determinar los riesgos a los que está expuesto, definir las acciones que permitan mejorar la condición de salud del paciente y evitar lesiones tanto al paciente como al personal de enfermería, es por esto que la formación debe ir más allá que solo técnicas y protocolos de atención, el personal debe tener formación que desarrolle las habilidades de buen trato, comunicación, gestión del tiempo, gestión de la fatiga; elementos indispensables para que el personal de enfermería pueda desarrollar su trabajo de manera segura, sana y que impacte de manera positiva su calidad de vida, a continuación se amplía cada concepto:

El buen trato y la comunicación es un aspecto que impacta a la persona en diferentes contextos como la familia, la escuela y el que más interesa, en el sector salud, desde la visión de Watson invita a el personal de la salud a valorar estas habilidades y las considera indispensables para conectar con los pacientes, potenciando así que las condiciones de salud físicas, mentales y espirituales aumenten.

(46)

El manejo de la emoción por parte del personal de enfermería está llamado a entender la relación que existe entre el conocimiento, las emociones y el comportamiento para de esta manera alcanzar el fin, de manera que corresponde a la escuela “Caring” donde el personal debe estar preparado para reaccionar de manera consciente y en consecuencia mejorar la calidad de cuidado del paciente. (57).

Otro elemento es la carga laboral, que se ve afectada por falta de formación ya que el jefe tiene a cargo además de actividades relacionadas con el proceso asistencial, procesos de tipo administrativo y liderazgo de equipos de trabajo; es aquí donde el conocimiento frente a la gestión del tiempo podría hacer la diferencia en la eficiencia del proceso asistencial y cumplir con el “Caring” (58); Es necesario entonces entender que la planificación del servicio como enfermero/a o jefe es una decisión personal, es decir depende de las habilidades para la gestión de tiempo que tenga el jefe para hacer que el servicio sea eficiente, para desarrollarlo es necesario tener en cuenta diversos elementos entre ellos: priorización de acciones, la cual nace del conocimiento del rol y los servicios, reconocimiento de los elementos que aportan al consumo ineficiente del tiempo, para alcanzar un proceso eficiente de planeación. De acuerdo a una in-

vestigación realizada en España por Sánchez, Moreno y Amoedo (58) que buscaba demostrar que la gestión de tiempo en el proceso asistencial impactaría positivamente a la calidad de la atención del paciente como la calidad de vida del equipo de enfermería, el cual concluyó que el elemento indispensable para la gestión del tiempo consiste en identificar las actividad, acciones y metas que son estratégicas y esenciales para alcanzar las metas del servicio y en la institución. (58)

Por tanto, si el personal asistencial se encuentra con una alta carga laboral y a esto se le suma una deficiente gestión del tiempo, la consecuencia será fatiga laboral vista desde la carga física asociada a la movilización de pacientes, administración de medicamentos, traslado dentro de los servicios; también está la carga mental a partir de la frustración que genera relación con acompañantes, los mismos pacientes que se encuentran alterados por las diversas situaciones que se presentan en el servicio como lentitud en la atención, la no atención, la incomodidad de las instalaciones, entre otras; un estudio realizado por González, Moreno, Garrosa y López identifica que los servicios de urgencias es donde se manifiestan de manera más frecuente fatiga física, mental esto debido a exigente carga física y mental tanto para resolución de conflictos desde el conocimiento, la experiencia y experticia del perso-



nal. (59)

**P 1: 001 - 1:15 [pero ya en el ámbito laboral, ..]**

Códigos: [falta de formación]

Pero ya en el ámbito laboral, el profesional de enfermería se da cuenta que por ejemplo el riesgo que estamos resaltando que es el riesgo a exposición de con pacientes psiquiátricos no es muy bien enfatizado en las academias lo cual si debería enfatizar para saber cómo abordar ese tipo de pacientes.

**P 7: 005.txt - 7:48 [Quien llevó la paciente y no sabía.] (229:229)**

Códigos: [comportamiento subestándar] [falta de formación] [Impactos relacionados con el trabajo] [vaga percepción del riesgo]

...Quien llevó la paciente y no sabía Subió llevó la paciente y bajo y me dijo ayy jefe como le parece que me chuce con una aguja de la paciente...y yo ahh como así ...Bueno.... según lo que yo tenía entendido mi personal a cargo eran los auxiliares y el personal camillero era a cargo de otra coordinadora u otra persona diferente a mi ...entonces yo le dije ahh como así? si vaya consulte vaya ingrese por ARL...y si se ingresó y le hicieron los exámenes se le tomó una muestra a la paciente, se llamó a las Auxiliar para lo de VIH y todo eso ....Y ya cuando el otro día entonces la coordinadora me dijo a mí Erika verdad que un camillero se.... y yo sí.... Hicieron reporte y yo no jefe ....Eso

no lo hacen ustedes ....no jefe eso lo hacen ustedes.

**Conocimiento. Falta de mantenimiento**

El mantenimiento tanto para las instalaciones, como para las máquinas y herramientas es básico para la gestión del riesgo, ya que pueden potencializar la materialización del riesgo, y es posible que una condición genere que un trabajador asuma comportamientos sub-estándar porque no es posible hacerlo de manera segura, es decir, el rodillo para trasladar al paciente este dañado, eso lleve a que el personal traslade sin ayuda al paciente, pudiendo ocasionar un accidente de trabajo; es indispensable entonces generar redes con el área de mantenimiento para que el cuidado haga parte de su proceso así como para el personal asistencial desde la operación, para garantizar el mantenimiento preventivo, y correctivo eficiente; es necesario contar con un programa que pueda priorizar las necesidad de acuerdo al servicio y los tipos de atención, este mantenimiento no deberá estar supeditado a tener el servicio activo, sino también las condiciones de bienestar para el trabajador (salas de descanso, cocinas, lockers, duchas, etc.). (60)

**P 1: 001 - 1:3 [que de pronto la parte de la c.]**

Códigos: [falta de mantenimiento]

Que de pronto la parte de la cabecera

cuando se sube que a veces que se daña que de pronto se baje y se machuque los dedos

### **Conocimiento. Experiencia**

La experiencia del trabajador debe ser redimensionada para ir más allá de solo afrontar las situaciones diarias en el ámbito laboral, en las dinámicas organizacionales en la actualidad, buscan a través de la experiencia en el ambiente de trabajo la retención del capital humano, potenciar su capacidades, mejorar la calidad de vida en el ambiente laboral; sin embargo en las experiencias narradas en la investigación por los participantes corresponden específicamente a situaciones relacionadas con eventos adversos y otras situaciones presentadas en el servicio, para que la experiencia negativa se conviertan en aprendizajes que puedan corregir el comportamiento seguro, es necesario que estas situaciones vividas tengan un manejo hacia la lección aprendida, la cual que busca resignificar el error como medio de aprendizaje y de esta manera generar un nuevo conocimiento que permita al trabajador cuando se presente un situación similar actuar de manera segura y no repetir el comportamiento sub-estándar. (61)

#### **P 1: 001 - 1:67 [en mi caso llevo poco tiempo d.]**

Códigos: [experiencia]

En mi caso llevo poco tiempo de ini-

ciar a trabajar puesto que me gradué en enero del presente año y llevo 4 meses laborando, tuve la oportunidad de iniciar en el servicio de urgencias y conocer un poco más sobre lo complejo que es trabajar allí,

#### **P 4: 003.txt - 4:11 [yo si tuve un accidente con un..]**

Códigos: [experiencia] [Impactos relacionados con el trabajo]

Yo si tuve un accidente con un paciente psiquiátrico, me golpeó y también con otro me mordió entonces pues

### **Conocimiento. Destreza**

La capacidad que tiene el personal de enfermería para desarrollar sus actividades relacionadas con la atención de pacientes, son estas destrezas la consecuencia de un proceso eficiente de formación, y entrenamiento al personal, ya que a pesar de que el personal que trabaja en las instituciones son profesionales graduados, como se ha visto con anterioridad; las prácticas que potencializan la destreza no tienen la intensidad necesaria; de acuerdo a lo que manifiestan los participantes de la investigación, las prácticas son insuficientes. (62)

En las organizaciones en general, se trabaja en el desarrollo de las destrezas que permitan al trabajador ejecutar con mayor éxito su trabajo y de esta manera garantizar la sostenibilidad de las organizaciones, esta responsabilidad inicialmente correspon-

de a las áreas de talento humano, sin embargo, cada trabajador es responsable de su proceso de aprendizaje lo que demostraría su compromiso con el rol profesional que decidió asumir. (57)

**P 1: 001 - 1:20 [en mi caso tuve una práctica i..]**

Códigos: [destreza]

En mi caso tuve una práctica integrada de tres meses entonces ya venía predispuesto cuando ya empezara mi parte laboral de que era el manejo de una clínica y todo que uno se puede encontrar acá.

**P 7: 005.txt - 7:55 [sino que es que como le digo u..]**

Códigos: [clasificación de riesgos] [comportamiento sub-estándar] [compromiso con el cuidado del otro] [destreza] [emoción] [impacto social] [Impactos relacionados con el trabajo] [motivación]

Sino que es que como le digo uno ahí aprendiendo y leyendo en el salón muy bien, Pero en la práctica pacientes súper obesos...no recuerdo una vez que me llego un paciente a trauma para reanimar hacer compresiones, ya el paciente estaba en una silla de ruedas, pero muy obeso como a 10 tuvimos que llamar y mientras uno le hacia esas compresiones y tenía que hacerlas ya...toco hacerlas en el piso y luego pasarlo...no eso fue... terrible

**2. Consciencia del riesgo**

Se identifica a la consciencia del riesgo como el nivel superior que permea todas las actitudes y comportamientos de las enfermera/os frente a su quehacer diario, donde nace la prevención, en la investigación se puede ver que esta ha evolucionado entre los participantes entre los espacios académicos, las prácticas y en la realidad como profesionales a cargo de un servicio, con la vida de los pacientes y la suya propia en riesgo, es aquí donde se percibe que la consciencia aún no está desarrollada en el personal participante porque en algunos casos es clara e indudable la aplicación de prácticas seguras, pero existen otros casos en los que simplemente no asumen las prácticas que saben deberían aplicar, justificándose en las condiciones y características de la atención que el paciente requiere, para cumplir con su función de cuidado; una de las razones por las cuales este proceso se manifiesta de esta manera se debe a que el personal aun no identifica lo valioso que es por encima del conocimiento, porque en la medida que el valor de si mismo predomine, el conocimiento será aplicado de manera que prevenga las lesiones para el profesional y para el paciente. (63)

**P 1: 001 - 1:21 [Al momento de empezar a trabaj.]**

Códigos: [consciencia del riesgo] [maduración profesional]

Al momento de empezar a trabajar

mi percepción cambio un poco, en el sentido de que cuando era practicante tenía el respaldo de otro jefe quien me direccionaba y estaba conmigo en algunos procesos de atención que generaban riesgo, cosa que cambia cuando ya eres graduado e inicias un trabajo porque ya la responsabilidad es completamente tuya y eres el jefe de un servicio.

### **Consciencia del riesgo. Practicas seguras**

La práctica segura determina el comportamiento, dentro del contexto de la cultura de seguridad, permitiendo determinar si la gestión, formación, y estructura de trabajo ha sido exitoso, permitiendo evidenciar si se ha logrado elevar el nivel de consciencia del riesgo, desde este sentido la investigación de Rocco y Garrido define la Cultura de Seguridad como un proceso no punitivo, que genera en las personas un compromiso con ellos, sus compañeros y la organización en general ya que potencializa la confianza entre las partes para alcanzar la meta, esta cultura permite que los error sean vistos como una oportunidad de aprendizaje entonces equivocarse no necesariamente ocasione la terminación del contrato o una sanción grave. (51)

Con relación a los hallazgos de la investigación se identifica que el personal conoce las practicas seguras que aplican con mayor frecuencia en

el servicio de urgencias, también se identifica que el personal es selectivo a la hora de determinar cuáles aplican siempre, y cuáles no, la investigación permitió determinar que con frecuencia el personal no utiliza elemento de protección que consideran afectan la comunicación con el paciente o la ejecución del procedimiento, entonces priorizan la seguridad del paciente sobre la propia; en este sentido vale la pena trabajar con el personal asistencial en el cuidado de sí, que les permite verse a sí mismos como objeto de cuidado en el mismo nivel de importancia que los pacientes. (64) (52)

### **P 1: 001 - 1:24 [podemos evitar accidentes sin ..]**

Códigos: [consciencia del riesgo] [practicas seguras]

Podemos evitar accidentes sin somos juicios al momento de usar las medidas de bioseguridad, como uso de guantes, bata, tapabocas y gafas

### **Consciencia del riesgo. Autocuidado**

La primera tarea que tenemos con humanos es el cuidar de nosotros mismos (el autoconocimiento), es esencial para conocerse primero identificar aquello que le gusta, sus limitaciones, cuales habilidades tiene, cuales son los sueños, metas por qué sigue comprometido con su misión de cuidar y responder a la pregunta ¿y

cuando cuido de mí? Lamentablemente la respuesta generalmente es subjetiva, depende de la motivación, del conocimiento, esto debido a que no es posible dar de lo que no tienes, sin embargo en algunos casos el personal de enfermería pone por encima de sí mismos el cuidado de los demás; una vez se tiene claro que se sabe de sí mismo, es necesario identificar las emociones que le suscitan las diversas situaciones, hacer conciencia de cómo reacciona ante las situaciones cargadas de emoción, es entonces cuando se requiere regularlas para tener una resolución de conflictos que aporte al propio cuidado y en consecuencia al de los pacientes que depende del cuidador. (46).

Por último, está la motivación que es indispensable, ya que depende de las emociones para guiar y hacer que la persona alcance sus objetivos y estos no son únicamente relacionados con el trabajo, ya que es necesario recordar que lo que motiva a cada persona es particular, trabajar no es la razón de la persona, es lo que significa ese trabajo, la misión final del ejercicio profesional, el orgullo que siente el hijo por el padre que salva vidas, el agradecimiento de una persona que sanó por el cuidado dado. (46)

Cuando la persona se conoce de manera profunda y clara está suficientemente motivada para ejecutar practicas seguras que materialicen el autocuidado.

P 1: 001 - 1:19 [cuando inicié mis prácticas en..] (8:8) (Super)  
Códigos: [autocuidado] [maduración profesional]

Cuando inicié mis prácticas en agosto del 2018 pude percibir que como profesionales de enfermería nos encontramos con algunos factores de riesgo y que es prioridad evitarlos si somos conscientes, pues ... la bata los guantes, tapaboca, gorro gafas, todos los artículos de bioseguridad y además uno en cada semestre tiene su práctica.

### **Consciencia del riesgo. Compromiso con el cuidado del otro**

El compromiso con el cuidado del otro es la esencia de la enfermería, busca conectarse con las necesidades del paciente, humanizar la atención, trascender de la operación técnica y mecánica a identificar las personas, sus necesidades, valores, y creencias que hacen posible que las personas reciban la atención de manera acertada con mejor disposición y tengan así mejores resultados para su salud, por otro lado también se incluye en este compromiso en calidad de jefe de enfermería, el cuidado por el equipo de trabajo que hace posible la atención de las personas en estado vulnerable, este aspecto generalmente es poco referenciado, se preocupan por los otros (pacientes, acompañantes) y se tiende a olvidar al enfermero y/o auxiliar de enfermería como sujetos

de cuidado. (65)

Muñoz y Vásquez referencian el concepto del cuidado desde la mirada de Leninger (65) en la visión de la enfermería comunitaria y la complementa con los conceptos de cuidado de Boff (41) donde el cuidado pasa por la preocupación consciente por el otro:

“Desde la óptica de la cultura mirar el cuidado humano, implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura. Sin cuidado, en palabras de Leonardo Boff., los seres humanos no podrían serlo. No podría concebirse la vida misma si no existiera el cuidado” (66)

Estas son algunas referencias encontradas en el proceso de la investigación:

P 7: 005.txt - 7:4 [me gusta ayudar como decimos t..]

Códigos: [compromiso con el cuidado del otro] [emoción] [estabilidad] [impacto social]

me gusta ayudar como decimos todos los de la salud. Nos gusta ayudar y esa es la profesión que siempre va a ser útil la necesita el rico el pobre el aliviado el enfermo y entonces todo el mundo la necesita.

P 4: 003.txt - 4:6 [al ser uno hombre

pues debe co..]

Códigos: [compromiso con el cuidado del otro] [conciencia del riesgo] [conocimiento] [destreza] [maduración profesional] [personas en estado alterado]

Al ser uno hombre pues debe controlar los pacientes que llegan agresivos y quieren lesionar a las compañeras en el servicio.

### **Consciencia del riesgo. Cuidado del entorno**

Las características del entorno potencializan el comportamiento seguro o viceversa de manera que es factible que unos entornos con condiciones de riesgo lleven a los trabajadores a asumir comportamientos sub-estándar y hacer que se materialice el accidente, de otro lado si el trabajador identifica claramente las características de su entorno y cuenta con formación, capacitación y entrenamiento suficiente, podrá basado en su experiencia ajustar sus comportamientos de manera segura de acuerdo a las circunstancia del entorno, garantizando el autocuidado y en consecuencia el del paciente que se encuentra cuidando, igualmente podría esperarse que teniendo claridad de las consecuencia que trae tener condiciones riesgosas para los pacientes, compañeros y para él, asumirá prácticas de cuidado con el entorno, realizando una correcta disposición de residuos, utilizando de manera correcta los in-



sumos, equipos y reportando de manera pronta las condiciones que pudieran ocasionar lesiones. (46)

Estos son algunas referencias halladas en la investigación:

P 7: 005.txt - 7:47 [No sé si los conoces ... Enton..] (225:225)

Códigos: [clasificación de riesgos] [comportamiento sub-estandar] [cuidado del entorno] [experiencia] [Impactos relacionados con el trabajo]

No sé si los conoces ... Entonces quedaba esa aguja.... entonces la paciente Tenía conectados unos líquidos pequeñitos una bolsita chiquita y él fue a correr la camilla y no vio que estaba con los líquidos ....Los líquidos se salieron de la aguja y lo chuzo a el...

P 7: 005.txt - 7:22 [Cuando me pase para acá pues u..] (96:96) (Super)

Códigos: [autocuidado] [compromiso con el cuidado del otro] [conciencia del riesgo] [conocimiento] [cuidado del entorno] [destreza] [emoción] [maduración profesional] [practicadas seguras] [satisfacción laboral]

Cuando me pase para acá pues uno si nota el cambio, Porque pues es un tipo de población diferente El lugar cambia totalmente Y la disponibilidad de muchas cosas que uno sabe que allá no tiene o que tiene que ir a buscar en cambio aquí en las mismas al alcance de la mano si hay más con

que trabajar entonces que le dijo yo encuentro uno más con qué y Cómo resolver no es tan difícil como allá y cómo percibo el riesgo Acá

### **Consciencia del riesgo. Impactos relacionados con el trabajo**

Cuando no se asumen practicas seguras se generan consecuencias inherentes al desarrollo de la labor para este caso negativas hace que la vida del cuidador se complejice, pues si lo que se ocasionó fueron lesiones que le imposibilitan trabajar por un tiempo, trae consecuencias que trascienden a las familias porque la dinámica cotidiana se afecta porque los roles cambian, pueden ser tan simples pero tan complejos como responder a la pregunta ¿Quién lleva el niño/a al colegio?, hasta no tener suficiente dinero suplir las necesidades básicas de las familias, porque a pesar de que las incapacidades son pagadas no tienen en cuenta los tiempos adicionales, también pasa que todos trabajan en casa y la persona que cuida hoy debe ser objeto de cuidado, pero no hay un cuidador disponible, esto afecta psicológicamente a la persona, Maslow determina las necesidades básicas y la insatisfacción de estas como motivador para alcanzarlas, de esta manera las personas; la familia y la sociedad de acuerdo a Maslow se mueven, evolucionan, hacen que las cosas pasan, sin embargo cuando esto no sucede se genera un efecto retrogrado e involuciona, la frustra-



ción aparece y con ella una serie de impactos negativos en las personas, las familias y la sociedad. (63)

Las siguientes son algunas referencias identificadas en la investigación:

P 4: 003.txt - 4:11 [yo si tuve un accidente con un..]

Códigos: [experiencia] [Impactos relacionados con el trabajo]

Yo si tuve un accidente con un paciente psiquiátrico, me golpeó y también con otro me mordió entonces pues...

### **Consciencia del riesgo. Maduración profesional**

En el contexto de la investigación nos permite identificar la transición desde el conocimiento, la experiencia, la práctica que llevan al ejercicio de la profesión de enfermería desde el cuidado integral, social – comunitaria de la que habla Cumins. (67) se identificó que la mayoría de las personas entrevistadas desarrollaron esta transición a través de los años y la experiencia en campo, es la práctica para el caso de enfermería la que hace factible esta maduración, podría suceder que el personal cuando empiece a ejercer como profesional tuviera esta maduración frente al riesgo, sin embargo, las rotaciones en el proceso de práctica en la academia son insuficientes, esto de acuerdo a lo manifestado por el mismo personal. (50)

Evolucionar hacia la madurez profesional en nuestro enfoque de salud y seguridad en el trabajo, corresponde a tener una consciencia de riesgo que se hace evidente en la conversación y la práctica profesional, el compromiso con el otro determinado no solo como el paciente, sino también del equipo de trabajo, del cual es líder, toma decisiones priorizando la seguridad, la salud y la calidad de vida propia, del paciente, el equipo de trabajo y su comunidad, generando impactos positivos con enfoque de cuidado. (61)

P 1: 001 - 1:21 [Al momento de empezar a trabaj..]

Códigos: [conciencia del riesgo] [maduración profesional]

Al momento de empezar a trabajar mi percepción cambio un poco, en el sentido de que cuando era practicante tenía el respaldo de otro jefe quien me direccionaba y estaba conmigo en algunos procesos de atención que generaban riesgo, cosa que cambia cuando ya eres graduado e inicias un trabajo porque ya la responsabilidad es completamente tuya y eres el jefe de un servicio.

### **Consciencia del riesgo. Atención en el servicio**

Las personas que asisten al servicio de urgencias tienen en general estados alterados de ánimo debido a su condición de salud, los tiempos de

espera en el servicios de urgencias, sin embargo existen casos donde estos cambios de ánimo corresponden a condiciones psiquiátricas donde es necesario realizar una valoración inicial que permita identificar si son una amenaza para sí mismos y para otros, una vez se valoran los comportamientos, posibles implicaciones, se determina la conducta para el paciente, momento donde el personal de enfermería tiene dificultades en general pues las instituciones de salud no cuentan con pabellón de psiquiatría o áreas que permita aislar los pacientes para evitar que se lesiones a si mismo o a otros; el personal de urgencias de acuerdo a la investigación no cuenta con formación y/o entrenamiento que les permita controlar las diversas situaciones que sobrevienen como resultado de la atención de estos pacientes, así como acompañantes que se tornan agresivos como consecuencia de las características del servicio, instalaciones, hacinamiento, se perciben sentimientos de frustración a causa que son profesionales comprometidos con la función de cuidar de otros, pero en algunos casos se siente atrapados en medio del sistema, la infraestructura y su misión mayor. (51)

P 1: 001 - 1:68 [como profesionales no vemos vu..]  
Códigos: [personas en estado alterado]

Como profesionales no vemos vulne-

rables y en riesgo de sufrir agresiones e insultos por parte de los usuarios inconformes,

P 4: 003.txt - 4:23 [las personas angustiadas se to..]

Códigos: [conciencia del riesgo] [emoción] [personas en estado alterado]

las personas angustiadas se tornan agresivas algunas hasta físicamente y en la mayoría de los casos verbalmente.

### **Conciencia del riesgo. Vaga percepción del riesgo**

Teniendo en cuenta las diversas entrevistas la explicación que se adapta a la subcategoría de vaga percepción de riesgo podría corresponder a optimismo ilusorio esta teoría de acuerdo Van der Pligt.

Tiene seis elementos que la potencializan entre ellos control de la información, minimiza la probabilidad de que un evento le pueda suceder, potencializa esta posibilidad en otros, pero no en él mismo a pesar de exponerse a situaciones de riesgo mayores. (52)

Al referirse en esta investigación a la vaga percepción de riesgo se refiere a que el personal identifica los riesgos a los que se encuentra expuesto, sin embargo, no identifica que el no asumir comportamientos seguros, le genera como consecuencia la mate-

realización del riesgo como accidentes de trabajo, enfermedad laboral, que impactan su salud, calidad de vida propia y su familia, pues las consecuencias pueden afectar de manera severa su contexto de vida. (52)

Por otro lado se identifican otros casos en los que el personal no percibe que tiene exposición a una gama de riesgos que podrían generar consecuencias más severas que las que identifica en su cotidianidad, esto puede deberse a una ilusión de invulnerabilidad. (68).

P 6: 004.txt - 6:18 [dependiendo la cantidad de cos..]

Códigos: [comportamiento subestandar] [vaga percepción del riesgo]

Dependiendo la cantidad de cosas que se vieron durante el día digo pues esto voy a lavarlo aparte porque tuve tal paciente tuve eso, pero otros días que pasa como tan común que pues no...

P 5: 002.txt - 5:55 [dependiendo de las circunstancia..]

Códigos: [comportamiento subestandar] [vaga percepción del riesgo]

Dependiendo de las circunstancias por ejemplo hay que explicarle a un paciente algún examen o un procedimiento que hay que hacer entonces como que lo no le entienden a uno con el tapaboca entonces toca quitarse el tapabocas.

### **3. Actitudes**

Las actitudes son la manifestación de una predisposición frente a situaciones que han tenido que superar con anterioridad y de acuerdo a la consecuencia positiva o negativa será la actitud frente a la nueva situación, es por esto que resulta indispensable desarrollar procesos que modifiquen las actitudes a través del conocimiento y/o procesos de entrenamiento práctico que generen el cambio de actitud frente a situaciones futuras. (66)

Se pudo identificar que las personas manifiestan actitudes de cuidado desde el reconocimiento de algunos riesgos a los cuales se encuentran expuestos, identifican las practicas seguras para trabajar en caso de presentarse estas situaciones, sin embargo existen otras situaciones donde aplican las practicas que tienen aprendidas, entonces la pregunta que surge frente, a si el conocimiento adquirido en la academia, la práctica no desarrollo en ellos aprendizajes significativos que potencie actitudes que lleven a la cultura de cuidado que impida comportamientos riesgosos. (66)

P 1: 001 - 1:53 [he percibido que esto genera e..]

Códigos: [actitudes]

he percibido que esto genera en ellos gran angustia puesto que nadie quisiera adquirir algún tipo de enferme-

dad que afecte nuestra calidad de vida.

P 4: 003.txt - 4:36 [las personas minimizan la perc..]

Códigos: [clasificación de riesgos] [actitud] [vaga percepción del riesgo]

las personas minimizan la percepción que tienen del peligro o minimizan sus consecuencias

### **Actitudes. Impacto familiar**

La familia es una parte esencial del ser humano en general se percibe como el nicho donde se forjan los valores y capacidades básicas para la convivencia y el trabajo como el manejo de la frustración, cuidado, estabilidad, también puede ser la fuente de estrés, relaciones conflictivas que impactan la realización del trabajo, pérdida de atención, también en muchos casos la familia y la proyección de los integrantes es el motor que alienta a muchos trabajadores, lo que motiva a mantener el compromiso por su cuidado y el de los demás y retarse para proyectarse; es así como este impacto debe ser visto de manera objetiva desde el concepto de equilibrio trabajo – familia como lo describe Figueroa y Díaz, el equilibrio consiste en la ausencia o presencia de conflicto en cualquiera de los dos aspectos familia – trabajo. Los impactos del desequilibrio potencializan un accidente pues al ser la persona miembro de una sociedad y si en esta

se presenta fallos la atención, la concentración se pierda lo que permite la ocurrencia del accidente. (67)

P 5: 002.txt - 5:36 [eso hace que cuando estoy en p..]

Códigos: [impacto familiar]

Eso hace que cuando estoy en post turno no tenga energía para estar con mi familia y hacer todas las cosas que tengo que hacer, me siento más cansada al realizar las actividades cotidianas en mi casa.

P 1: 001 - 1:57 [mi abuelita si me dice que ten..]

Códigos: [impacto familiar]

mi abuelita si me dice que tengo que poner mucho cuidado que porque eso es mucho riesgo en una clínica que uno dice que de pronto que ha chuzarse con una aguja o algo un paciente contaminado...ella si me advierte mucho

### **Actitudes. Satisfacción laboral**

Existe una interrelación con la satisfacción o insatisfacción en otros contextos de la vida como el familiar y el social, así también de manera inversa, para sustentar este aspecto existe una hipótesis del tiempo libre que compensa los déficits de experimentados en el trabajo, esta satisfacción no solo está dada como se halló en la información suministrada por las personas participantes de la investiga-

ción porque ejerzan la profesión que decidieron, sino también, el trabajo bien hecho, la remuneración, el reconocimiento por parte de sus familiares y ellos mismos como actores que desarrollan una actividad importante en la sociedad. (49)

Se pudo identificar que la mayoría de las personas decidieron por vocación el cuidar de otros, ser enfermero/as, entonces el sentido de satisfacción supera la relación directa con el salario, está centrada en el bien que entregan a quienes lo necesitan, pues reconocen que son muchas las situaciones que los cuestionan por su elección, pero al final de un día duro, su respuesta es la misma se encuentran satisfechos. (49)

P 1: 001 - 1:38 [me genera satisfacción porque ..]  
Códigos: [satisfacción laboral]

Me genera satisfacción porque la ventaja de tener ese tipo de turnos muchas veces podemos descansar dos días seguidos y tenemos no más 18 turnos al mes

P 6: 004.txt - 6:50 [amo mi profesión como le digo ..]  
Códigos: [conciencia del riesgo] [emoción] [estabilidad] [satisfacción laboral]

Amo mi profesión como le digo esto es de vocación o sea siempre, siempre y ahora me siento supremamente

cómoda con lo que hago.

### **Actitudes. Estabilidad laboral**

Para efectos de la investigación la percepción frente a su estabilidad laboral y rotación en otras empresas, se centra en la rotación general que varía entre 2 a 3 instituciones y esta se debe básicamente a no renovación de contrato, cambio voluntario de institución y/o cierre de la institución; la estabilidad laboral permite potencializar en el trabajador la apropiación de la cultura organizacional, prácticas seguras o maduración profesional, pues permite al trabajador profundizar en su relación con la organización, los integrantes, conectarse con los valores institucionales.

P 1: 001 - 1:59 [No lo creo, uno siempre trata ..]  
Códigos: [estabilidad laboral]

No lo creo, uno siempre trata de hacer bien el trabajo para poder conservarlo, pero hay casos en los que por presupuesto o por orden de gerencia, realizan recorte de personal para reducir costos, se cierran contrataciones para enfermeros, existen muchas temporales que solo contratan por un año y ya, además que cada semestre se gradúan muchos enfermeros, y las ofertas de empleo son reducidas y más en una ciudad pequeña.

P 1: 001 - 1:62 [Un buen ambiente laboral, trab..]

Códigos: [estabilidad]

Un buen ambiente laboral, trabajo en equipo, buena comunicación y amor por lo que hacemos, prácticamente la clínica se vuelve en nuestra segunda casa y nuestros compañeros se hacen nuestra familia, cuando hay una buena relación entre todos hay gran satisfacción porque así el trabajo rinde más, las cosas se hacen más fáciles

### **Actitudes. Manejo de estrés**

Los profesionales de enfermería son especialmente impactados por el estrés laboral, debido a las multitareas desarrolladas dentro de las instituciones; pues dentro de sus actividades se enfrentan a procesos asistenciales como la atención al paciente y el cuidado de otros; y a su vez atienden procesos administrativos liderando equipos de trabajo conformados por 5 a 15 personas. Adicional a esto, la sobrecarga en los turnos, que llegan a ser tan intensos que en ocasiones no logran ver si esta soleado o no fuera de las instalaciones y en algunos casos sus descansos compensan a las personas y familias, en otros casos la sensación de fatiga es tan intensa que el descanso no mejora la fatiga, además porque los compromisos familiares no se lo permiten, algunos trabajadores nos compartieron la manera en que manejan los momentos que tienen mayor estrés.

P 6: 004.txt - 6:42 [trato de tomarme algo y salir.....]

Códigos: [autocuidado] [conciencia del riesgo] [emoción] [manejo de estrés]

Trato de tomarme algo y salir...o sea por ejemplo subo a la cafetería me tomo un jugo como que respiro nuevamente y vuelvo y bajo cuando eso es así y más aquí que la carga laboral es muy grande si lo hago porque si no se va uno como sobrecargando de todas esas emociones

P 1: 001 - 1:35 [es uno hacer una pausa activa,..]

Códigos: [autocuidado] [manejo de estrés] [prácticas seguras]

Es uno hacer una pausa activa, conversar un poco con el compañero o tomarse un corto tiempo para tomar un café y así retomar nuevamente las funciones laborales.

### **Actitudes. Motivación**

La motivación está determinada por la fuerza que genera en las personas el interés por suplir las necesidades básicas, como son las definidas por Maslow; y que se encuentran en 5 niveles que son: autorrealización, reconocimiento, afiliación, seguridad y fisiología; el resultado de la motivación en el contexto de seguridad y salud en el trabajo es aplicación de prácticas seguras propias y son elementos motivadores para que otros



en su área de trabajo las desarrollen también, la autorrealización es una de las de las necesidades que permite suplirse con la práctica de la enfermería, desde la investigación se identificó que está necesidad es la que se suple de manera más frecuente, pues salvar vidas es la mayor autorrealización para ellos. (49)

P 1: 001 - 1:58 [a mí desde pequeño me ha llama..]  
Códigos: [motivación]

A mí desde pequeño me ha llamado mucho el tema de la salud, siempre crecí viendo esos canales de urgencias de todo eso y desde que Salí del colegio dije ...si voy a estudiar enfermería, estudie en la Libre y pues ya.

### **Actitudes. Tiempo libre**

Esta subcategoría busca identificar el manejo del tiempo libre, visto como el tiempo en que los enfermeros y enfermeras no están programados en ningún turno de trabajo y pueden utilizar para desarrollar otras actividades que nutran su conocimiento, aporten a su satisfacción, y el sano esparcimiento, que permite compensar la carga laboral y un relacionamiento sano con su familia; dentro de las entrevistas se pudo identificar que estas varían desde cuidar las mascotas, cuidar de los hijos, casa, esposos hasta consentir a la abuela, otros realizan actividad física, estudian especializaciones que les permitan evolucionar en

la organización. (68)

P 1: 001 - 1:39 [relativamente estamos descansa..]  
Códigos: [satisfacción laboral] [tiempo libre]

Relativamente estamos descansado medio mes y eso es bueno porque podemos compartir con la familia en el tiempo libre, salir a pasear o dormir en muchos casos

### **6. Discusión**

Posterior a la triangulación contrastación y teorización se presentan la categorización en tres dimensiones: autocuidado, actitud y percepción de riesgo.

#### **Desde el cuidado hacia el autocuidado**

Para que el personal asistencial llegue a asumir conductas de autocuidado como base para su práctica profesional, se hace necesario resignificar el CUIDADO como la esencia que garantiza la existencia, evolución y trascendencia en relación con el mundo que nos rodea, pues como lo menciona Boff (1) el cuidado es inherente al ser humano y sin este dejaría de serlo, estaría la humanidad destinada a desaparecer, estos pensamientos corresponden al ser contemporáneo que ha caído en la cuenta de nuevo que hace parte de un todo y no le es posible habitar de manera individual y



autónoma; aunque Foucault (69) nos hable de la libertad y autonomía del cuidado propio, determina, que es el hombre su propio gobernante quien decide sobre sí mismo, aunque más adelante se aclara que esta libertad y gobernanza es posible aplicarla partiendo desde la ética; aportando a la relación con el otro y la comunidad a su alrededor.

De esta manera es posible en el ejercicio de la enfermería, de acuerdo a lo expuesto por Leininger (61), quien introduce con mucha contundencia la necesidad de que la enfermería se conecte inicialmente con la persona objeto de cuidado, entienda sus necesidades, creencias, y miedos; y fortalecer lo que hoy denominamos de manera cada vez más impropia la "HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN" (70), y es impropia porque la esencia misma de la enfermería de acuerdo a Leininger (61), es humana compasiva, amorosa, comunitaria, y es ella quien introduce el concepto de cultura en el contexto de la enfermería dando claridad a la necesidad de que los profesionales conozcan, y sean sensibles a la realidad del paciente; y según Comins (50) desde la ética del cuidado, nos enfatiza que es esta relación entre seres humanos que cuidan a humanos que sufren y que dependiendo del cuidado (1), compasión (24), comprensión (61), dignidad (60) podemos conectarnos con esta persona; así ella podrá sanar o al menos reducir su dolor, y el

profesional alcanzará la satisfacción (49), la motivación y autorrealización en su vida.

Aunque en las entrevistas se identificó que la mayoría de las personas sienten un compromiso genuino con el cuidado de los pacientes y de ellos mismos, no es tan clara la importancia del autocuidado como base para garantizar en primer lugar, el cuidado de sí para estar en condiciones físicas, mentales y espirituales (47), para ejercer la profesión que todos decidieron asumir y que de acuerdo a los resultados se encuentran felices y satisfechos de ejercer; el mayor reto al que se enfrenta la profesión de enfermería es equiparar la importancia de la otra persona, las cosas que lo rodean y por último el ser, siendo el ser, lo más importante de cuidar, pues sin el ser no existe la posibilidad de cuidar los demás elementos (47)

El autocuidado es entonces la ruta a tomar, y para transitarla es necesario partir del conocimiento, iniciando por la inteligencia emocional (60) que permitirá al personal conocerse para poder enfrentar la cotidianidad de manera más coherente con el propio cuidado, es necesario también reafirmar el conocimiento técnico utilizando la andragogía (71) como elemento pedagógico que permite adaptar la forma de enseñar a los adultos y a través de esta pedagogía es posible resignificar las realidades de la población adulta, para que el cono-

cimiento se vuelva significativo, es decir propiciar prácticas seguras en el ámbito laboral, para desarrollar los ciclos de enseñanza – aprendizaje desde Técnicas de Aprendizaje Significativo (72) y que permitan al personal, desarrollar actitudes, conductas y prácticas seguras ante las diversas situaciones que se presentan; la teoría que permite apalancar el autocuidado es Watson (60) y sus 10 factores asistenciales, en uno de ellos invita a entender que existe una relación directa entre las emociones, el conocimiento, el comportamiento y la resolución de conflicto, de esta manera es posible resignificar el cuidado no solo para el paciente sino que este sea posible para el cuidador y de esta manera adentrarnos en una nueva relación de mutuo-cuidado (73) donde el cuidado individual es indispensable y a partir de allí se materializa el cuidado del otro de manera recíproca.

### **Actitud la esencia del cuidado**

La actitud se puede considerar como la última milla, este es un término utilizado comúnmente en empresas de logística o e-commerce (74), se refiere al último eslabón de la cadena que permite entregar el producto a satisfacción a un cliente y es el momento en que este cliente decide si quiere seguir consumiendo este producto o no; es el punto donde todo el esfuerzo, diseño, preparación llega a su clímax; en salud es el último paso para que una persona ejecute sí o no

prácticas seguras en el trabajo, es en ese último minuto, el momento de verdad cuando se presenta una situación que es potencialmente peligrosa (75), la actitud tomada hacia el cuidado es la realmente importante, sin embargo, estas actitudes están basadas en las emociones, conocimientos o situaciones vividas con anterioridad y que dependiendo del resultado que se haya obtenido, en la ocasión previa, será su actitud para afrontar la situación presente.

Los trabajadores participantes de la investigación manifiestan actitudes positivas hacia la prevención de riesgos, es decir, se identifican los riesgos, y se reconocen los impactos (76) que estos tienen sobre ellos; sin embargo existen diversas situaciones donde identifican el riesgo, tienen conocimiento de la consecuencia, saben cómo realizar la práctica segura para prevenir una lesión, pero no se trabaja de manera segura; y esta apreciación va alineada a la visión que ofrecen Parale y Vizcaino (77), quienes afirman que las actitudes son respuestas de fenómenos mentales individuales. Luego aparece una definición otorgada por Eagly & Chaiken (77) quienes definen las actitudes, como la predisposición de una persona a reaccionar de una cierta manera a través de la evaluación de situaciones pasadas, estas primeras visiones y manejo de las actitudes no han sido muy exitosas en la práctica; pues como se mencionó antes, so-

mos seres sociales.

En la actualidad para nuestro contexto de la investigación se hace necesario incurrir entonces en la integración de las actitudes con las percepciones de la población objetivo (77), ya que es en esta interrelación, donde se encuentran varios atributos, entre ellos: se fundamentan elementos primarios de las creencias (61), la evaluación frente a diferentes situaciones a las cuales se enfrentan (67), y que trae como consecuencia una actitud que representa los valores y normas; desde esta última visión es posible apalancar la necesidad de desarrollar una cultura de cuidado organizacional (61), donde se planteen valores al interior de las organizaciones para que sus empleados puedan proyectar hacia la comunidad con la que se interrelacionan.

Desde la percepción de riesgo hacia la conciencia

“El dominio personal es la disciplina que permite aclarar y ahondar continuamente nuestra visión personal, concentrar las energías, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente. En cuanto tal, es una piedra angular de la organización inteligente, su cimiento espiritual. El afán y la capacidad de aprender de una organización no pueden ser mayores que las de sus miembros. Las raíces de esta disciplina se nutren de tradiciones

espirituales de Oriente y Occidente, así como de tradiciones” (78)

Para atravesar el camino hacia la conciencia es necesario partir de la percepción subjetiva (79), la cual nace de las creencias, las actitudes, las experiencias vividas, y como un aprendizaje fortalecido por los contextos en los que las personas viven; y que les permite generar un juicio de valor sesgando la realidad, al condicionar el comportamiento con la información recibida.

“El dominio personal es la disciplina que permite aclarar y ahondar continuamente nuestra visión personal, concentrar las energías, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente. En cuanto tal, es una piedra angular de la organización inteligente, su cimiento espiritual. El afán y la capacidad de aprender de una organización no pueden ser mayores que las de sus miembros. Las raíces de esta disciplina se nutren de tradiciones espirituales de Oriente y Occidente, así como de tradiciones” (78)

Para atravesar el camino hacia la conciencia es necesario partir de la percepción subjetiva (79), la cual nace de las creencias, las actitudes, las experiencias vividas, y como un aprendizaje fortalecido por los contextos en los que las personas viven; y que les permite generar un juicio de valor sesgando la realidad, al condicionar el comportamiento con la información recibida.

Algunas teorías relacionadas con la percepción del riesgo, como la de Nascimento & Lorenzini (80) que permiten identificar de manera estandarizada las conductas para desarrollar estrategias que modifiquen la percepción y el comportamiento; están encaminadas al optimismo ilusorio (52) y a la ilusión de vulnerabilidad (65); el primero consiste en mantener un optimismo que sobrepasa las posibilidades reales en el contexto; donde se cree que si las personas cuentan con empleos bien remunerados y de bajas exigencias; se evitarán expresiones emocionales negativas, y su percepción sobre el riesgo será baja o nula, considerando que mientras sea bueno el trabajo, al empleado nada le podrá pasar; mientras que la ilusión de vulnerabilidad conlleva al empleado a pensar que el riesgo real no existe; y que no es necesario su cuidado antes de enfrentarse al riesgo, ni luego de la ocurrencia de la exposición al riesgo; considerándose inmune a las consecuencias que le pueda ocasionar la materialización del riesgo.

“Se evidenció que el problema se ubica en el nivel de la conciencia de sí mismo como valor de vida y no en el de la cognición como conocimiento o información. Aunque este es necesario, no es suficiente para mantener la protección total. Se concluye que ser consciente

del riesgo no es lo mismo que saber sobre la existencia de riesgos o preocuparse por sus consecuencias para el bienestar personal; es algo que se sitúa justamente en el momento concreto y presente en el que el trabajador debe pensarse a sí mismo para actuar, manteniendo viva y presente la necesidad de salvaguardar su integridad física.” (55)

Finalmente, estas tres categorías, de contrastación, teóricas y de análisis coinciden en que la implementación de un modelo de autocuidado es responsabilidad no solo de los sistemas de salud, sino también de los profesionales que la ejecutan; teniendo siempre presente las consecuencias de que la no aplicación de los controles definidos para garantizar un ambiente de trabajo seguro, y un ambiente seguro de atención al paciente, les puede acarrear varios problemas en su vida personal y en su vida laboral. Se deben implementar estrategias en las instituciones de salud, que conduzcan a los empleados a modificar sus conductas, a incrementar el conocimiento de los riesgos, a adquirir habilidad para enfrentarse a las situaciones riesgosas y a estar motivados sobre el autocuidado; concientizándose al cumplimiento de las teorías de enfermería revisadas como la de humanización y la teoría del autocuidado, garantizando así la mejora en la atención y en el bienestar de los pacientes.

## 8. Conclusiones

- El riesgo laboral en esta investigación se presentó debido a las condiciones del servicio que abocan a enfermería a realizar múltiples funciones que exceden su rol. Por ende, enfermería en muchas ocasiones se ve abocada abandonar su rol de autocuidado y de cuidadora lo que da paso a fallas que ponen en riesgo su vida y la de otros seres.
- La experiencia en el personal de enfermería frente al riesgo se da desde la academia donde la enfermera aprende su rol de cuidadora y va creciendo con su experiencia laboral, en ocasiones comete errores por su falta de práctica.
- La vida del profesional en la institución es compleja en cuanto a su vida personal, los horarios de trabajo impiden su interacción familiar y su tiempo libre se ven afectados. Su familia se ve abocada adaptarse en este proceso lo que lleva a una vida agitada y a disfuncionalidad familiar.
- Existen diferentes situaciones que se podrían nombrar donde los enfermeros entrevistados identifican una conducta de riesgo, pero su percepción sobre las consecuencias es baja; y se debe a que el trabajador ha tenido que llevar a cabo sus actividades en condicio-

nes que no le garantizan un trabajo seguro para él ni para el paciente; donde no se cuentan con los insumos suficientes para cuidar de sí mismo ni del otro; pero al momento de enfrentarse a situaciones donde sí se garantiza su cuidado con la cantidad de insumos necesarios; el trabajador por sus conductas aprendidas en el pasado; actúa de forma irresponsable e inconsciente, omitiendo el conocimiento y evitando que la práctica de cuidado y autocuidado sea basada en la seguridad.

- Se pudo identificar que el enfermero participante de la institución, tiene conocimiento general de los riesgos a los que están expuestos, las prácticas que deberían aplicar para garantizar el cuidado propio, el de los pacientes que atienden y la institución; sin embargo, tener este conocimiento no es suficiente para que su percepción del riesgo corresponda a la realidad y en consecuencia desarrollen prácticas seguras dentro y fuera del trabajo.

## 9. Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de un modelo de autocuidado para todos los profesionales de la entidad, pero principalmente para el área de enfermería, donde se haga énfasis en las consecuencias de la no aplicación de los con-

troles definidos para garantizar un ambiente de trabajo seguro y un ambiente seguro de atención al paciente.

- Se deben implementar estrategias para la entidad que conduzcan a los empleados a modificar sus conductas, para incrementar el conocimiento de los riesgos, a adquirir habilidad para enfrentarse a las situaciones riesgosas y a estar motivados sobre el autocuidado; concientizándose al cumplimiento de las teorías de enfermería y a las teorías del autocuidado, garantizando así la mejora en la atención y en el bienestar de los pacientes.

### Referencias Bibliográficas

1. Boff, Leonardo. el cuidado esencial, etica de lo humano compasión por la tierra. Madrid : Trotta, 2002.
2. Zaragoza, Universidad de. Acciones e investigaciones sociales. [En línea] 2001. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=206420>. ISSN1132-192X No. 12 .
3. OSHA, Salud y Seguridad en el trabajo EU -. Resumen ejecutivo: Cuestiones actuales y emergentes de seguridad y salud en el trabajo (SST) en el sector de la atención sanitaria, incluida la asistencia a domicilio y comunitaria.
4. Perú, Costa Rica -. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud. 2012.
5. Alvim, NAT. Convergent Care Research in Nursing - Opportunities for technological innovations. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2017.
6. Flores, NE moreta. Condiciones ergonómicas de trabajo en el Servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo. 2016.
7. EA Bedoya, DD Sierra, CA Severiche, JM María. Diagnóstico de bioseguridad en el sector sanitario del Departamento de Bolívar. Norte de Colombia : s.n., 2017. págs. 225-32.
8. A. Hernández, J. Montoya, M. Simancas. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de odontología. s.l. : Rev. Colomb Investig en Odontol, 2012.
9. Claudia Patricia Calle Cárdenas, Diosa Galeano, Natalia García. Investigación. [Enlínea]2016.<https://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2016-investigaciones/comportamientos-inseguros-enpersonal-asistencial-urgencias.pdf>.
10. A.A. Ammouri, AK Tailakh. Patient safety culture among nurses. Int Nurs Rev. 2015.
11. ML, Vasquez T. Arroximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. s.l. : Invest Educ Enferm., 2006.
12. DIN. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Ma-



- nual para gerentes y administradores. [En línea] 2005. <http://www.bvsde.paho.org/ssmanual/Spanish/SalydYSeguridad1.pdf.pdf>.
13. trabajo, Ministerio de. Resolución 0312 de 2019. [En línea] 2019. [https://id.presidencia.gov.co/Documents/190219\\_Resolucion0312EstandaresMinimosSeguridadSalud.pdf](https://id.presidencia.gov.co/Documents/190219_Resolucion0312EstandaresMinimosSeguridadSalud.pdf).
  14. Trabajo, Ministerio de. Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [En línea] 2015. <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8>.
  15. Ocupacional, Vuelco en la Salud. MiPutumayo.com.co. [En línea] 2014. <https://miputumayo.com.co/2014/08/08/vuelco-en-la-salud-ocupacional/>.
  16. Meliá., JL. Seguridad basada en el comportamiento. [En línea] 2007. [https://www.uv.es/~meliaj/Papers/2007JLM\\_SBC.pdf](https://www.uv.es/~meliaj/Papers/2007JLM_SBC.pdf).
  17. MM Loro, RCG Zeitoune. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. s.l. : Revista Esc Enferm, 2017. págs. 1-8.
  18. Watson, Jean. Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. s.l. : Facultad de Enfermería, 2015. Vol. 31.
  19. Pierre Bourdieu: Sociología reflexiva para salud pública y su bioética. Kottow, Miguel. s.l. : Folios de bioética, Diciembre de 2013.
  20. Marshall, P. Pirámide de Heinrich y Gestión de la Seguridad Ocupacional. [ed.] Escuela de Administración Pública. s.l. : Presentación Instituto de Seguridad Minera Lima.
  21. José Luis Meliá, Jorge Javier Ricarte, Maria Teresa Arnedo. La psicología de la seguridad I: una revisión de los modelos procesuales de inspección mecanicista.
  22. D., Tomás Sánchez Amaya Ph. El cuidado esencial: una propuesta ética de actualidad \*Essential care: an ethical proposal of the present. tunja, colombia : s.n., 2013. Vol. 12.
  23. HP Milos, S.AL Larraín. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. 2015.
  24. Jorge, MA. Antropología de los cuidados. s.l. : Arx d'Étnografia Catalunya, 2000.
  25. F. Sánchez-Vallejo, J. Rubio, D. Paez, A. Blanco. Optimismo Ilusorio y percepción de Riesgo. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N58-1.pdf>. [En línea] Marzo de 1998. [Citado el: 3 de MARZO de 2019.] <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N58-1.pdf>.
  26. E. Alonso, M. Carmen, P. Muñoz, J. Joaquín, M. López. Sección Técnica Percepción de riesgo: Una aproximación psicosocial al ámbito laboral.



27. E. Moreno San Pedro, J. Gil Roales-Nieto. Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. s.l. : International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2003. Vol. 3.
28. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Muñoz de Rodríguez, Lucy y Vásquez, Martha Lucía. CALI : Colombia Médica, 2007, Vol. 38.
29. R. Grande, PC Asistencial, R. Estrategia colectiva para enfrentar riesgos laborales de un equipo de enfermería. 2018. págs. 9-11.
30. Miledy García Santana, Stefany Montoya Quintero, Andrés Felipe Rios, Cinthia Velásquez López. Diagnóstico de riesgos ocupacionales en proceso urgencias del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal. Pereira : Universidad Libre de Colombia, seccional Pereira, 2015.
31. Posso, July Catherinne Ramírez Rueda & Yuleisy Yajaira Aroca. Factores de riesgo psicosociales en entidades prestadoras de servicios de salud. Bucaramanga : Universidad Cooperativa de Colombia, 2015.
32. Alvarez, María Elda Edelmira Molineros Caal de. Riesgo laboral del personal de salud del Hospital Nacional de Salud mental de Guatemala, mayo - julio 2013. Guatemala : Universidad Rafael Landívar, 2015.
33. Colombia, Congreso de. Congreso de Colombia. [En línea] <https://www.funcionpublica.gov.co>.
34. Minsalud. Ministerio de salud y protección social. [En línea] [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co).
35. Mintrabajo. Mintrabajo. [En línea] [www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co).
36. 45, GTC. Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional. 2010.
37. Minambiente. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. [En línea] [www.minambiente.gov.co](http://www.minambiente.gov.co).
38. INSST. NIOSH. [En línea] [www.insst.es](http://www.insst.es).
39. A, Ríos Rosas FMartínez Marín. Los Conceptos de Conocimiento , Epistemología y Paradigma , como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Chile : Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales (2006) (25) 8, 2006. Vol. 25.
40. Mintrabajo. Decreto 1072 de 2015. [En línea] 2015. [www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co).
41. P., Comentarios. La actitud preventiva. 2016.
42. HP Milos, SA Larraín. Vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. s.l. : Aquichan, 2015.
43. Mainieri-Hidalgo, JA. Revisión prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud. Acta médica costarricense.

- s.l. : Colegio de medicos y cirujanos.
44. Y. Naranjo Hernández, JA Concepción Pacheco, M. Rodriguez Larreynaga. Gaceta Médica Espirituana. s.l. : Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017.
45. Decisión 584 de la Comunidad Andina de Naciones.
46. Meca PM, Real C. “ Beneficios del mantenimiento predictivo en el ámbito de la seguridad en las máquinas .” .
47. S. Barrios Casas, T. Paravic Klijin. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. 2006. págs. 136-41. Vol. 14.
48. Ibáñez, Carlos. La evolución del concepto de competencia en la Teoría de la Conducta. 2013. Vol. 21.
49. MArgarita Chiang, María José Martín, María José Martín Rodrigo, Antonio Núñez. Relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción laboral. 2019.
50. I., Comins. La ética del cuidado y la construcción de la paz. 2008.
51. salud, Departamento de psicología de la. SALUD INTRODUCIÓN A LA PSICOLOGÍA TEMA 4. 2009.
52. Sanchés-Vallejo F, Rubio J, Páez D, Blanco A. F. Sánchez-Vallejo, J. Rubio, D. Paéz y A. Blanco. Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. 2019.
53. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación.
54. SALUD, MINISTERIO DE. RESOLUCION NUMERO 8430, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. RESOLUCIÓN . BOGOTA : s.n., 1994.
55. Villalobos, Maria Eugenia. Perspectiva clínica de la conciencia del riesgo en la accidentalidad laboral: un estudio cualitativo. Pensam Psicológico. 2011. págs. 55-68. Vol. 19 (16).
56. M., Reyes. La conducta humana frente a los riesgos laborales. Determinantes individuales y grupales.
57. González F, María B, Certal P, Collazo BR, Ruth Álvarez Quintillán. EL PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN: ESCUELA DEL CUIDADO (ESCUELA DEL “CARENG”). .
58. Wi H, Watson J. Healthcare inter-professional team members’ perspectives on human caring: a directed content analysis study. 2019. págs. 17-23. Vol. 6.
59. MIR., Casallas. Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud: Acta Odontológica Colomb. 2012. págs. 183-91. Vol. 2.
60. enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. J., Watson. Revista cubana de enfermería, Vol. 31.
61. Muñoz Rodríguez L de, Lucía

- Vasquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. 2007. Vol. 38.
62. Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria. Index, Fundación. 2019, Index de enfermería. Fundación Index, págs. 67-71.
63. S.A, McLeod. CT2 Paper 1 Maslow's Hierarchy of Needs. Simply Psychol. 2007. Vol. 1.
64. P., Comentarios. La actitud preventiva. 2016.
65. Alonso E, Carmen M, Muñoz P, Joaquín J, López M. Sección Técnica Percepción de riesgo: Una aproximación psicosocial al ámbito laboral. 2019.
66. Briñol P, Falces C, Becerra A. Capítulo 17. Actitudes.
67. In Reply: BEHAVIOUR THERAPY. Br J Psychiatry. 1965.
68. Definición de Tiempo Libre. [En línea] 2019. <https://es.scribd.com/document/312495476/Definicion-de-Tiempo-Libre>.
69. Foucault, M. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. 1994.
70. Zambrano, Martha Liliana Correa. LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. 2016.
71. Eduardo, H EF. Fasce H. 2006.
72. PM Juárez-Carrillo, AK Liebman, IAC Reyes, YV Ninco Sanchez, MC Keifer. Aplicación de la teoría de aprendizaje en el entrenamiento acerca de seguridad y salud para trabajadores inmigrantes en las lecherías. 2018.
73. La escuela pública (que la LOMCE busca destruir), garantía del derecho a la educación. 2019, Concejo Educativo - Movimiento de Renovación Pedagógica de Castilla y León.
74. La última milla: la carrera de fondo del e-commerce. 2019.
75. Claudia Calle, Diosa Galeano, Natalia García, Jose Pablo Velasquez, Adolfo León Hoyos. Ms en Derecho. 2016.
76. JL Meliá, C En Nogareda, DA Garcia, JF Martinez-Losa, JM Peiró. Seguridad basada en el comportamiento. 2007.
77. Parales-Quenza, José. LAS RELACIONES ENTRE ACTITUDES Y REPRESENTACIONES SOCIALES: ELEMENTOS PARA UNA INTEGRACIÓN CONCEPTUAL.
78. Senge, P. La quinta disciplina. 1998.
79. M Porrás-Povedano, V Santa-cruz-Hamer, I Oliva-Reina. Percepción de riesgos laborales en profesionales de enfermería de un centro sanitario. 2014.
80. K Nascimento, A Lorenzini. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. 2009. Vol. 17.
81. Naciones, Comunidad Andina de. Decisión 584.
82. M Porrás-Povedano, V. Santa-cruz-hamer, I. Oliva-reina. Percepción de riesgos laborales en

profesionales de Enfermería de un centro sanitario. s.l. : Enfermería Clínica, 2014.

83. Journal of public health. JE Correa, YA Moreno, AC Campos. s.l. : Universidad Nacional de Colombia Instituto de salud en el trópico, 2013, Vol. 15.

## Capítulo II

### Prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos generales, en un hospital de tercer nivel en Pereira

Claudia Janeth Gómez Merchán<sup>1</sup>, Andrés Felipe Puerta Gil<sup>2</sup>, Mercy Soto Chaquir<sup>3</sup>

#### Resumen

La exposición constante a factores de riesgo psicosocial extra e intralaboral puede desencadenar la presencia del síndrome de Burnout el cual afecta la calidad de vida del profesional, su entorno familiar y la calidad de la atención. Con esta investigación se pretende establecer su prevalencia y los factores asociados en el personal médico que labora en una institución de tercer nivel; mediante un estudio descriptivo transversal con una muestra intencionada de 44 médicos, con la aplicación del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) para medir el nivel de burnout, se encontró que el 40,9% presentan agotamiento emocional. En cuanto a los factores intralaborales y extralaborales se afecta principalmente el género femenino, en los servicios de salas de observación y urgencia, trauma, consultorio y hospitalización de medicina interna. Se evidencio un agotamiento emocional mayor en los médicos de contratación tercerizados con un 31,5%,

frente a los médicos de planta con un 9,4%. Respecto a la despersonalización, se encontró que el 100% de la población de médicos no padecen conductas y actitudes desobligantes con las personas que se relacionan. En cuanto a la falta de realización personal y profesional, se encontró presente en un 59,1%, con baja moral, percepciones negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, respecto a la satisfacción laboral el 90,9% de los médicos se encuentran en un estado de ambivalencia, el 2,3% de los médicos siente insatisfacción laboral y el 6,8% están satisfechos en su labor y con el contexto laboral. Por ende, es necesario generar acciones preventivas frente al riesgo psicosocial para mitigar la prevalencia del síndrome de Burnout, para el fortalecimiento de las emociones y favorecer el bienestar de los trabajadores

**Palabras clave:** Estrés laboral, síndrome de Burnout, desgaste profesional, Maslach Burnout Inventory, cansancio emocional.

1. Médico, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia y Control de Riesgos
2. Psicólogo, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Gerencia y Control de Riesgos
3. 6.Enfermera, especialista en Cuidado Crítico, Magister en Enfermería

## Chapter II

### Prevalence of Burnout syndrome in general doctors in a third level hospital in Pereira

#### Abstract

Constant exposure to extra and intra-work psychosocial risk factors can trigger the presence of Burnout syndrome, which affects the professional's quality of life, their family environment and the quality of care. This research aims to establish its prevalence and associated factors in medical personnel working in a third-level institution; Through a cross-sectional descriptive study with a sample of 44 doctors, with the application of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) to measure the level of burnout, it was found that 40.9% of the subjects present emotional exhaustion. Regarding intra-work and non-work factors, the female gender is mainly affected, in the services of observation and emergency rooms, trauma, internal medicine office and hospitalization. Greater emotional exhaustion was evidenced in outsourced contracting physicians

with 31.5%, compared to staff physicians with 9.4%. Regarding depersonalization, it was found that 100% of the population of doctors do not suffer disobedient behaviors and attitudes with the people they interact with. Regarding the lack of personal and professional fulfillment, it was found in 59.1%, with low morale, negative perceptions towards themselves and towards work, regarding to job satisfaction 90.9% of the doctors found themselves In a state of ambivalence, 2.3% of doctors feel job dissatisfaction and 6.8% are satisfied in their work and work context. It is necessary to generate preventive actions against psychosocial risks to mitigate the prevalence of Burnout syndrome, to strengthen emotions and promote the well-being of workers.

**Key words:** Work stress, Burnout syndrome, professional wear, Maslach Burnout Inventory, emotional fatigue



## **Introducción**

Los trabajadores de la salud, están en constante exposición a factores de riesgo psicosocial, extra e intralaborales de diversa índole. Esta exposición a largo plazo o de forma crónica, puede generar en el personal médico, cambios en su comportamiento, por baja motivación laboral, trato hacia los pacientes de manera impersonal, no humanizado y generando incluso a nivel orgánico cambios en la salud de los galenos, creando una serie de consecuencias a nivel personal e institucional, que puede generar altos índices de ausentismo laboral, mala calidad en la atención, desmotivación constante y cumplir criterios para el diagnóstico Síndrome de Burnout.

Para Pando Moreno (2016), investigador del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, el Burnout, es un estado de ánimo pobre, que desencadena un desgaste emocional máximo, generando en los trabajadores desmotivación para trabajar y cambios en la forma de tratar a los demás, no lo hacen de forma amable, cariñosa ni con respeto. “Se toma una actitud cínica hacia el trabajo, no importa como salga, mientras le paguen, hace como que trabaja, no le importa si salen las cosas bien o mal, y no va a sentir ninguna realización por ir a trabajar, hay una despersonalización, es decir, tratar a las demás personas como si fueran objetos. El individuo lleva el estrés

del trabajo a su familia, los trata sin ningún afecto, al igual que a los amigos y vecinos”, mencionó el profesor, quien señaló que la apatía y el aturdimiento son los dos grandes síntomas del síndrome (1).

Dentro del protocolo de prevención y actuación, dado por el Ministerio del trabajo en el año 2016, definen el síndrome de burnout como una patología de origen laboral derivada de un estrés crónico, por la interacción entre el entorno del trabajo y las características propias de cada individuo. Se describe como un desgaste físico o psicológico, sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y sentimientos de bajo logro personal y profesional. Estos criterios cuando se presentan de forma constante y prolongada en el tiempo, van en ascenso y puede convertirse en una patología que genera incapacidad para realizar sus labores, trayendo como efectos negativos a las instituciones descenso en la productividad, mala calidad en el trabajo realizado, insatisfacción laboral, incremento de las quejas y reclamos por parte de los pacientes o usuarios, desorganización, incremento en los indicadores de ausentismo, de accidentalidad y de rotación del personal (2).

Según datos del CDC (Centers for Disease Control and Prevention), el

estrés laboral, es un problema muy preocupante que ha ido en ascenso en los servicios de salud. En diversas investigaciones, se ha demostrado, que los médicos y en general los trabajadores de la salud, presentan altos índices de abuso de sustancias estupefacientes, como también de suicidio, en relación con otras ocupaciones, y las enfermedades psiquiátricas como la depresión y ansiedad relacionadas con el estrés en el trabajo, va en aumento. Además de la tensión emocional, los médicos presentan otros síntomas, derivados del estrés ocupacional, como el cansancio constante, empiezan a incapacitarse, aumentan el ausentismo en turnos, deseo de abandonar el trabajo, ofrecen trato no humanizado a los pacientes, presentan errores de diagnóstico y tratamientos inadecuados (3).

Por tanto, se quiso indagar por medio de este trabajo investigativo, durante el segundo periodo del año 2019, a través de instrumentos tipo cuestionario, avalados por instituciones gubernamentales colombianas y por entes internacionales, cuáles son las experiencias personales de los médicos y cómo sus funciones, interacciones, la actividad propia del trabajo y las condiciones ambientales logran configurarse de manera nociva, influyendo en la prevalencia y gravedad de desarrollar el síndrome de burnout, de manera específica en los médicos generales del Hospital Universitario

San Jorge de Pereira.

## 1. Planteamiento del problema

El Síndrome de Burnout, en los trabajadores de la salud, principalmente en los médicos, debe considerarse como una crisis a nivel mundial, según artículo publicado en julio de 2019, en la Revista Lancet, donde se define como un agotamiento emocional, de despersonalización y una sensación de logro personal reducido (4).

Según artículo de 2017, de Salud Uninorte, sobre condiciones psicosociales, violencia y salud mental en docentes de medicina y enfermería, se encontró que la presencia de condiciones negativas en el trabajo de origen psicosocial hace más susceptibles a los profesionales a la exposición de situaciones violentas de acoso psicológico en el trabajo y los efectos de éstas, pueden generar gran daño en el nivel de autopercepción del estado de salud mental (5). Demostrado en los altos índices de patologías psiquiátricas que se observan en los trabajadores de la salud y que van en ascenso.

No solo es una preocupación seria en países como China, donde el agotamiento del médico según la DXY (Comunidad en línea de médicos chinos) informó que más de dos tercios de los galenos sufrieron agotamiento en 2018, también hubo informes sobre muertes repentinas entre esta pobla-

ción, donde se evidenció, aumento brusco de 2008 a 2015, y la mayoría de las muertes, fueron resultado de una gran carga de trabajo, esto también alcanzó niveles epidémicos globales (6).

La evidencia muestra que el agotamiento afecta a más de la mitad de los médicos en ejercicio y va en aumento, en los Estados Unidos se aplicó una encuesta en el 2018, donde mostró que el 78% de los médicos tuvieron agotamiento, un aumento de 4% desde 2016 (7).

El 80% de los médicos en una Encuesta británica de la Asociación Médica de 2019 fue alta o muy alta, en el riesgo de agotamiento, siendo los médicos más jóvenes, los de mayor prevalencia (8).

Cada vez más, el agotamiento del médico ha sido reconocido como una crisis de la salud pública en muchos países de altos ingresos porque no solo afecta la vida personal de los galenos y su satisfacción laboral sino también crea una presión severa en toda la salud del sistema de atención, particularmente amenazante para la atención de los pacientes y su seguridad.

Según Colin West y colegas, al realizar una revisión sistemática y metaanálisis sobre intervenciones para prevenir y reducir el agotamiento del médico, que lo definen como un sín-

drome relacionado con el trabajo que involucra agotamiento emocional, despersonalización y un sentido de logro personal reducido, ha alcanzado niveles epidémicos, con prevalencias cercanas o superiores al 50%. Las consecuencias son efectos negativos en la atención del paciente, en el profesionalismo, cuidado y seguridad propia de los médicos (incluidos problemas de salud mental y accidentes de tránsito). Todas estas consecuencias son variables entre los diferentes países, pudiendo analizar diversos estudios en países de altos recursos, contrastado con la escasez de investigaciones sobre burnout en países de bajos y medianos recursos, por lo que está oculto, pero se sabe que es una epidemia de rápido crecimiento, dado el aumento de grandes demandas de servicios de salud en estos países (9).

Según la OMS, el estrés laboral puede afectar a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que puede generar aumentando en el índice de ausentismo, trabajo de pobre calidad, incremento en la rotación del personal, disminución en la productividad y resultados, como también se ve reflejado en el aumento de quejas y reclamos por parte de los pacientes y sus familiares, también incremento en los procesos legales ante demandas presentadas y aumento por los costos que éstas acciones legales generen, incluso las iniciadas por parte de los trabajadores que sufren

estrés, como finalmente el deterioro de la imagen institucional tanto entre sus empleados como con la población general (10).

Para la OIT, el estrés es la respuesta física y emocional a los perjuicios secundarios a exigencias percibidas como excesivas, además que sobrepasen los recursos y capacidades de cada trabajador, para cumplir estas exigencias. El estrés es producto de una respuesta a los diferentes factores de riesgo a los que se está expuesto, principalmente los psicosociales, que pueden tener consecuencias para la salud mental, física y el bienestar de una persona. Por tanto, el estrés derivado del trabajo, está influenciado por los riesgos psicosociales presentes en las instituciones y su organización, el diseño del trabajo, las relaciones laborales y se relaciona cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador, o cuando los conocimientos y las capacidades de un trabajador o de un grupo, no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa u organización (11).

Según la ANDI, en el estudio 'Salud y estabilidad en el empleo', en el que refiere que "el promedio de incapacidades asociadas a enfermedad general es de 5,5 días por trabajador y por causas psicosociales, asciende a un 60%". La enfermedad de los em-

pleados tiene una gran repercusión en el funcionamiento de la empresa, ya que se convierte en una problemática, donde las incapacidades van incrementando, y no se ha afrontado con la debida contundencia. Esto, por ende, marca un resultado negativo en la productividad laboral, la sostenibilidad de las empresas y la bolsa pública que aportamos todos los colombianos (12).

La Encuesta Nacional de Salud mental en Colombia del 2015, se encontró que el 10.3% de la población laboralmente activa entre los 18 y los 44 años, presenta ausentismo laboral y el 8.9% en población mayor a 45 años, teniendo gran repercusión los factores de riesgo psicosocial como tipo de contratación, horas laboradas por semana, tiempo libre escaso, carga laboral, entre otros, sin tener en cuenta el ausentismo presencial (asistir al trabajo, pero no dedicar tiempo a este), por imprecisión para la medición, de este factor. Desde el punto de vista económico, para las organizaciones, el ausentismo laboral secundario a la salud mental, va en aumento generando pérdidas no recuperables, sin contar con los costos secundarios a la ausencia de determinado personal, con funciones especiales (13).

El trabajo en los hospitales, ha sido considerado de por sí, como una labor estresante, por la carga emocional a la que se está expuesto, en contac-

to constante con el dolor y a menudo con la muerte. Sumado a esto la competitividad laboral, sobrecargas de trabajo, jornadas de trabajo largas y extenuantes, en horarios nocturnos y festivos, con tipos de contratación inadecuadas e inequitativas, además de la presión y el acoso laboral, la falta de respeto y de motivación por el personal administrativo de las entidades de salud; llevan al profesional de medicina a generar desequilibrio en su sistema nervioso provocando un estado de ansiedad, agotamiento, desinterés, despersonalización y sensación de no realización personal al realizar su trabajo, sin contar las graves consecuencias que puede traer en su salud mental.

El Hospital Universitario San Jorge de Pereira, es la entidad de salud pública más importante para el departamento de Risaralda y de la región, el cual viene sufriendo desde tiempo atrás una serie de reestructuraciones de diferente índole, en donde es notoria la rotación del personal tanto administrativo como asistencial, lo que afecta la continuidad de los procesos, además, la gran influencia del factor político, al ser una entidad pública, interviene en la alta rotación de directivos principales (gerencial) impuestos por el sistema político imperante, que conlleva a falta de continuidad en decisiones, procesos y programas en marcha y en la que se ve afectado el personal asistencial y su bienestar, también por la forma

de contratación, no hay adecuados procesos de selección inicial, desde hace más de 10 años hay intermediación por medio de empresas temporales, sobre todo en la gran mayoría de los médicos generales asistenciales, que han venido tercerizando. Del total de 61 médicos generales, sólo 13 cuentan con contratación directa en la Institución (trabajadores de planta) mientras que los 48 restantes se encuentran asociados a La Empresa Temporal ETEMCO SAS, con salario básico desigual, sin periodos de vacaciones y una intensidad de 204 horas laboradas al mes, 12 más que los médicos de planta, además no cuentan con días compensatorios por laborar en días festivos ni cuentan con todos los beneficios que tienen los de planta.

Teniendo en cuenta el gran impacto para las empresas que genera el Síndrome de Burnout, en donde las relaciones interpersonales, la prestación de un servicio de calidad, con trato humanizado y de calidad, se ve afectado, además las consecuencias en la vida extralaboral que se ve seriamente comprometida, se plantea la realización de esta investigación para establecer la prevalencia de este síndrome, en los médicos generales que laboran en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, como punto de partida para realizar estrategias de mejoras al Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo de dicha institución, siendo importante respon-



der a la pregunta:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en el año 2019, de los médicos generales en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Pereira?

## 2. Justificación

Estudiar el síndrome de burnout en el personal médico del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, es de suma importancia para la región, dada la escasa investigación de este tema a nivel Colombia y Latinoamérica, ya que es una problemática en aumento a nivel mundial, siendo ya un problema de salud pública y una crisis global de tipo laboral.

La importancia del estudio se fundamenta en ser un estudio cuantitativo, donde se quiere analizar los resultados del cuestionario de Maslach y de Satisfacción laboral, en el personal médico del HUSJ como insumo fundamental para establecer el nivel de riesgo y si existe prevalencia del síndrome de burnout en este grupo de profesionales (médicos generales del hospital), con intención de determinar si existe cansancio emocional, despersonalización y subjetividades negativas en la realización personal y sirva de insumo para la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital San Jorge de Pereira, para la intervención necesaria, según los resultados encontrados y sea la base de futuras investigaciones sobre el

tema.

El análisis del riesgo psicosocial que se quiere establecer en los médicos del HUSJ, será de suma importancia para establecer cómo el síndrome de estar quemado “Burnout” afecta de manera severa a los profesionales, sobre todo en el sector de servicios de salud. Además, se pretende establecer si los factores externos e internos influyen en los médicos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, teniendo en cuenta la esencia del Síndrome de Burnout, que nos permita establecer relación de éste con los factores de riesgo psicosocial existentes en la institución, para de esta forma justificar ante las directivas, su pronta intervención a través de estrategias y protocolos de promoción y prevención.

Según Eduin Jaime Posada, en artículo de reflexión, de la revista CES de salud pública, las organizaciones, deben orientar al logro de un buen desempeño laboral, mejorando los hábitos del trabajador, como alimentación saludable, fomentar ejercicio físico, gradual y progresivo, estimular ritmos de sueño adecuados, ya que el reposo recuperador aparece luego de realizarlos con regularidad. Cuando las instituciones saben que existe el problema, muchas veces para ellas son irrelevantes, pero pueden tener mucho significado para los empleados, por lo que se debería adoptar y tener en cuenta la opinión de los em-



pleados al momento de tomar ciertas decisiones para propiciar situaciones de diálogo, conocer sus demandas y necesidades (14). En el caso de los médicos generales, sería de gran ayuda para programar cuadros de turnos, donde se generen espacios para el ocio, tiempo con su familia, para generar espacios de estudio y fomentar su crecimiento personal y profesional.

El Ministerio de salud, a través de su estrategia Entorno laboral saludable, del año 2016, plantea como los incentivos, son estrategias que las organizaciones pueden implementar con el fin de mejorar las relaciones inter laborales y así llevar a una mejor atención en los servicios de salud. Si dentro de las organizaciones de salud existen entornos enfocados en climas labores saludables los profesionales se sienten más motivados a trabajar y desempeñar sus labores encaminadas a la prestación del servicio con calidad, ya que tener buenas relaciones con el jefe, con los compañeros de trabajo, permiten una mejor comunicación para fines terapéuticos, diagnósticos médicos, entendimiento hacia el paciente/o usuario, y finalmente mejorar la Humanización de los servicios (15). En el hospital San Jorge, si se lleva a cabo esta estrategia, sería de gran ayuda para mejorar las relaciones entre los empleados, por la dinámica que se maneja, donde el trabajo en equipo es fundamental, para tratar casos clínicos y complejos

que traen los pacientes más vulnerables de la región.

Según el Manual de riesgo psicosociales en el mundo laboral, existen diversas formas de combatir e intervenir el síndrome de burnout, se debe distinguir por una parte el objetivo de la intervención (control de estresores, procesos de evaluación o estrategias de afrontamiento), y por otra, el nivel donde se centra la intervención (individual, organizacional o a nivel individuo – organización). Dentro de las estrategias individuales, se debe reorientar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, estrategias cognitivo conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, en inoculación de estrés, técnicas de organización personal), desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, sociales y asertivas, fortalecer redes de apoyo social, disminuir y en lo posible eliminar estresores del contexto organizacional y facilitar que las demás áreas de la vida del trabajador sean satisfactorias (familia, ocio, actividad física, entre otros) (16).

El manejo por parte de las instituciones de salud, para prevenir este síndrome es de suma importancia, para abordar los factores de riesgo causales del estrés, por lo que las acciones se deben dirigir según las características de la organización y sus estilos

de comunicación para implementar técnicas motivacionales a los médicos por medio de charlas de divulgación sobre el tema de seguridad y salud en el trabajo, en las cuales se les explica la importancia de contar con una buena salud física y emocional para el buen desempeño de las actividades, como también realizar capacitaciones en diversos temas para desarrollar habilidades y factores protectores, que lleven al trabajador a tener sentido de pertenencia, amor por su trabajo y por la propia organización, mejorando los estándares de calidad, la prestación de los servicios y el trato humanizado a sus pacientes.

Con esta investigación se buscó realizar, un aporte al conocimiento para afianzar los mecanismos de intervención en el abordaje del síndrome de estar quemado "Burnout" y demostrar a los directivos del Hospital, que debe tratarse como prioridad, de manera responsable, ya que es la mejor estrategia para crecer como empresa y aportar para el desarrollo de una sociedad sana a nivel biopsicosocial, mejorando la calidad en el servicio, el trato humanizado y disminuir indicadores de ausentismo y costos económicos derivados.

### 3. Objetivos

#### Objetivo general

Establecer la prevalencia del Síndro-

me de Burnout y los factores asociados al mismo, en los médicos generales del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en el año 2019.

#### Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas de los médicos generales del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.
- Identificar el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal de los médicos generales del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.
- Determinar el grado de satisfacción laboral de los médicos generales del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.
- Relacionar los factores asociados, de los médicos con Síndrome de Burnout y en riesgo alto de padecerlo, del Hospital Universitario San Jorge.

### 4. Marco de referencia

#### 4.1 Marco conceptual

El concepto de estrés laboral, tomado de la ingeniería, se refiere a éste como la resistencia que tienen los materiales usados para la construcción. En particular, describe la tensión que puede soportar una estructura sin

llegar a romperse. Lo anterior, equivale a la capacidad adaptativa que tiene el hombre en su trabajo para resistir, hasta cierto límite, presiones y exigencias laborales, ambientales, administrativas, grupales, biológicas y psicológicas. El estrés relacionado con el trabajo es un patrón de reacciones que ocurren cuando los trabajadores confrontan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o que retan su habilidad para hacer frente a la situación (17).

Cuando un trabajador está expuesto a un estresor, el cerebro lo registra y transmite la señal a la corteza cerebral que activa el hipotálamo, se pone en movimiento el sistema nervioso autónomo (S.N.A) y endocrino, que regulan procesos del cuerpo, los cuales son responsables del control de las funciones gastrointestinales, cardiovasculares, circulatorias, respiratorias y reproductivas. Al percibir un estresor, el S.N.A y endocrino se activa, liberando catecolaminas, cortisol y encefalinas, aumento de la glicemia, entre otros, las cuales generan cambios a nivel celular, pueden producir daños histológicos tales como atrofas dendríticas, lesiones graves de las neuronas, aparecen signos, síntomas y patologías, como nerviosismo, irritabilidad, insomnio, reducción del deseo sexual, gastritis, úlceras, diabetes, entre otros. También se presentan múltiples adicciones a las drogas o bebidas alcohólicas (18).

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento (19).

Son factores de riesgo psicosocial los que tienen la probabilidad de afectar negativamente la salud y bienestar del trabajo como: procesos de comunicación, estilos de liderazgo, formación y promoción, inestabilidad laboral, diseño de la tarea, autonomía del trabajo, capacidad de decisión, motivación laboral, presión en el trabajo, trabajo por turnos, pausas y descansos en el trabajo, ritmo de trabajo, jornada laboral, relaciones interpersonales, apoyo percibido.

La OMS, define el estrés relacionado con el trabajo como un patrón de reacciones que ocurren cuando los trabajadores confrontan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o habilidades y que retan su habilidad para hacer frente a la situación. Cuando existe un desequilibrio entre las exigencias ocupacionales y los recursos del entorno o personales con los que cuenta el trabajador, entonces, se presentan una serie de reacciones, que pueden incluir: respuestas fisiológi-

cas (aumento del ritmo cardiaco, de la presión arterial, hiperventilación, así como secreción de las hormonas del “estrés” tales como adrenalina y cortisol), respuestas emocionales (sentirse nervioso o irritado), respuestas cognitivas (limitación en la atención y percepción, falta de memoria), y reacciones conductuales (agresividad, conductas impulsivas, cometer errores (20).

Las investigaciones planteadas que responden al riesgo psicosocial en la población trabajadora, han propuesto la necesidad de implementar sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) como una opción adecuada que permita de manera sistémica tomar información de las características de la organización, de sus actividades específicas y puntuales a las que se dedican los colaboradores de las organizaciones, y así lograr obtener un referente de la condición de salud y Salud Mental (21).

El burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado o exhausto por el trabajo. Corresponde a un cuadro clínico que fue inicialmente descrito por Herbert Freudenberger en 1974, luego de observar que después de un periodo de tiempo (generalmente después de un año de trabajo), jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de Nueva York, acusaban cansancio (pérdida progresiva de energía), desmotivación y falta de interés en el trabajo, volviéndose menos sensibles, poco

comprensivos, intolerantes y con un trato distante (en ocasiones agresivo o cínico) hacia las personas que estaban bajo su cuidado. Para describir el cuadro, utilizó el término de burnout, palabra empleada en esa época para describir a los atletas que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado (2).

Como consecuencia de una situación de estrés laboral crónico surge el síndrome del profesional quemado o síndrome de burnout, focalizando en las respuestas emocionales de los trabajadores afectados, destacando la presencia de síntomas de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. El cansancio emocional se refiere a la pérdida progresiva de la capacidad de entrega en el trabajo y representa una dimensión individual del burnout. La despersonalización lleva consigo cierto distanciamiento emocional hacia los destinatarios del servicio mediante la adopción de conductas impersonales, insensibles o endurecidas y hace referencia al contexto interpersonal del trabajador. La falta de realización personal estaría presente en trabajadores profesionalmente descontentos, desmotivados e insatisfechos, como resultado de una autoevaluación negativa de sus propios logros o satisfacción en lo relativo a la esfera laboral (22).

### **Categorización Cuestionario Maslach Burnout Inventory**

El Cuestionario Maslach Burnout inventory (MBI) Maslach y Jacson 1986, es un instrumento que plantea una serie de enunciados sobre los sentimientos con relación a su actividad laboral, su desempeño y autorrealización, para ello expone 22 ítems permitiendo determinar 3 esferas que logran medir el agotamiento emocional (EE) que está conformado por 9 ítems que hacen referencia a la pérdida de recursos emocionales o sentimientos de estar saturado y agotado emocionalmente en el trabajo; la esfera de Realización Personal (PA) que está compuesto por 8 ítems que describen sentimientos de competencia, eficacia y eficiencia laboral, y la esfera

de despersonalización (D) que está conformada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia las personas que se atienden. Es relevante que se determine que la esfera de agotamiento emocional (EE) y despersonalización (D) si se evidencian puntuaciones altas, hace referencia a altos sentimientos de estar quemado, y en la esfera de realización personal (PA) en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a sentimientos de quemarse, es importante que se mantengan las puntuaciones independientes de cada esfera evaluada, no se deben agrupar las puntuaciones en una sola.

Tabla 1. Categorización Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Escalas MBI
<18	< 5 puntos	< 34 puntos	Bajo
19-26	6-9 puntos	34-39 puntos	Moderado
>26	> 9 puntos	>39 puntos	Alto

Fuente: Maslach C y Jackson SE23. The measurement of experienced Burnout. Journal of occupational Behaviour. 1981; 2.

### **Medición de áreas de Impacto del Síndrome de Burnout**

Consta de una sumatoria de situaciones que molestan en el trabajo con frecuencia, su medición es (Totalmente en desacuerdo) 1-2-3-4-5-6 (Totalmente de acuerdo), el test cons-

ta de 12 facetas son: A) impotencia, B) desinformación, C) conflictos, C) pobre trabajo en equipo, E) sobre carga, F) aburrimiento, G) pobre retroalimentación, H) castigo, I) alineación, J) ambigüedad, K) ausencia de recompensas, L) conflicto de valores. Para la calificación del test y medir

las áreas de impacto del síndrome de Burnout, existe la siguiente tabla de puntuación con las respectivas recomendaciones para tomar decisiones estratégicas para mitigar el síndrome de burnout en el personal médico del HUSJ.

Tabla 2. Medición de áreas de impacto del síndrome de Burnout

Puntuación	Riesgo de Burnout	Recomendaciones
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problema
Más de 313 (Máx.432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas

Fuente: Maslach C y Jackson SE23. The measurement of experienced Burnout. Journal of occupational Behaviour. 1981; 2.

Se han realizado estudios sobre el síndrome de Burnout aplicando el cuestionario de Maslach, cuestionario avalado por el Ministerio del Trabajo, en donde la confiabilidad de la encuesta obtuvo un alfa de Cronbach en el rango de adecuada, pero con déficit para la escala completa y valores que catalogan como bueno para el Agotamiento Emocional, adecuado para la Falta de Realización Personal e inadecuado para la Despersonalización. Del análisis de valores, el Agotamiento Emocional fue el que se presentó más sólido y congruente, la Falta de Realización presentó 3 ítems con valores no aceptables y Despersonalización, presentó mayor dispersión de sus ítems (24).

## 5.2 Marco de antecedentes

En 8 países europeos, Bélgica, Alemania, Finlandia, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia y Eslovaquia, se indagó sobre la relación en la calidad del liderazgo y el apoyo social sobre el bienestar y angustia psicológica de las enfermeras para determinar si influye en la relación con los pacientes. Encontrando que, al probar un modelo de mediación, había influencias positivas y negativas por parte de los líderes, el apoyo social del supervisor era poco y el estrés psicológico está parcialmente mediado, por el compromiso excesivo de trabajo de las enfermeras. El ambiente de trabajo social es muy importante en relación con el bienestar de las enfermeras y la angustia psicológica, tuvieron en cuenta variables como satisfacción laboral, con el salario, afectividad po-



sitiva, agotamiento personal, afectividad negativa, calidad de liderazgo, apoyo social a través de un supervisor inmediato y colegas, encontrando la mayor angustia psicológica en las enfermeras más jóvenes que va desapareciendo con el paso de los años, la población femenina comparada con los hombres, experimentaron mayor bienestar, sin embargo con mayor angustia y el apoyo social y por parte de los líderes y compañeros es fundamental en el bienestar.<sup>25</sup> A pesar de no ser un estudio en médicos, es una población del área de la salud, que están expuestos a estresores similares, por lo que se puede extrapolar estos resultados a la población médica.

En la Clínica Mayo de la ciudad de Rochester, Minnesota, se realizó un estudio descriptivo sobre la perspectiva desgaste y los espacios de ocio y si contribuye a aliviar el estrés entre los pacientes y prevenir el agotamiento entre los médicos. Concluyendo que se debe aprovechar las oportunidades de ocio para implementar programas de experiencias cotidianas y en entornos construidos físicamente que pueden aumentar el placer laboral y el placer del paciente, reduciendo así el estrés de ambas partes y el agotamiento del personal médico.<sup>26</sup> Esta investigación deja evidenciar un tipo de intervención, en donde mejorando los espacios de ocio, se influye directamente en el estado de ánimo del trabajador, reduce significativa-

mente los niveles de estrés del paciente y el agotamiento del personal médico, métodos de intervención que se podrían aplicar en países menos desarrollados, como Colombia, para evaluar si impacta tanto, como en esta investigación.

En un Hospital de tercer nivel de atención, en la ciudad de Guadalajara, México, se quiso determinar la relación entre los factores psicosociales laborales y el síndrome de Burnout en personal de enfermería. Encontrando en este estudio que 47,5% perciben la presencia de factores psicosociales negativos en su área de trabajo, siendo lo más frecuente las exigencias laborales, remuneración del rendimiento y condiciones inadecuadas, en cuanto al Burnout, 33,3% presentaba agotamiento emocional, 50,8% baja realización personal y 17,9% despersionalización (27).

En la región metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre enero de 2009 y enero de 2010, se quiso comparar la evaluación del ambiente de trabajo y las tasas de alcohol, abuso de sustancias, depresión y síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud de un hospital público y privado. En este estudio se encontró que las diferencias eran muy significativas, siendo mayores los resultados negativos, en los trabajadores del Hospital Público que los del Privado, los datos también demostraron índices más elevados de

enfermedad en los profesionales que actúan en ese tipo de institución y se concluyó que la enfermedad mental de los trabajadores de la salud está más relacionada con el tipo de sector público frente al privado, teniendo la misma categoría profesional (28). Estos resultados, nos permiten conocer como difieren los riesgos psicosociales de los trabajadores de la salud, según el tipo de población a atender; siendo mayor en los hospitales públicos, lo que nos permite inferir que el modo de intervención debe ser más intensiva acorde a los riesgos psicosociales, en trabajadores de hospitales públicos.

En la ciudad de Bogotá, Colombia, se realizó una medición para indagar la frecuencia del Síndrome del quemado entre los médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá y determinar los factores asociados según las variables consideradas. Destacando dentro de sus resultados que el 6,6% de la población presenta un nivel crítico. Las variables muestran que tener pareja estable e hijos es un factor protector y, por lo contrario, trabajar en urgencias es un factor de riesgo alto (28). Destaca que los factores protectores externos influyen directamente en el trabajo, por lo que se deben tener en cuenta, para ejecutar modelos de intervención incluyéndolos.

### **5.3 Marco institucional**

#### **Servicios Ofertados**

La institución de tercer nivel donde se realiza esta investigación, ofrece los servicios de Consulta Externa para la atención ambulatoria de pacientes en citas médicas por especialistas. El Bloque quirúrgico, compuesto por 8 salas de quirófano, Hospitalización Quirúrgica que consta de 55 camas, Hospitalización de Neurocirugía con 12 camas y Servicio de central de esterilización. Bloque materno infantil, compuesta por la Unidad Critica Obstétrica que consta de 9 cubículos, UCI Neonatal, con 13 incubadoras y 1 de aislamiento, Unidad de cuidados intermedios neonatal, con 11 cubículos y 1 de aislamiento y Unidad de cuidados básicos neonatal con 11 cunas y 1 de aislamiento. UCI Pediátrica con 5 camas y Unidad de cuidados Intermedios pediátrica, con 7 camas. Hospitalización Pediátrica cuenta con 20 camas y Oncología Pediátrica con 6 camas y 1 de aislamiento. En el Bloque de medicina del adulto, se cuenta con el servicio de Hospitalización de Medicina Interna, con 51 camas y 3 de aislamiento. UCI Adultos con 22 camas y Unidad de cuidados intermedios con 18. El servicio de Urgencias, cuenta con 82 camas de observación, sala de Trauma y Consultorios para la atención inicial. Además, cuenta con servicios especializados en Laborato-

rio Clínico y Banco de Sangre.

## Historia

Esta institución, nace con el aporte por parte del General Valentín Deazza, de un lote ubicado en la carrera 4 con calle 24, en el año 1887. Además, dicho general, brindó la mitad de los materiales, insumos e instrumentos necesarios para la construcción, como también el total de las camas. Ese mismo año Andrés Martínez fue el constructor de la obra (30).

El 21 de abril de 1889 el general Deazza solicitó al concejo Municipal, los fondos para la construcción de la casa “que con el nombre de Hospital se inició” (30).

El 6 de mayo de 1906, las directivas del momento, con apoyo de la comunidad, consagran el Hospital a San Jorge, apóstol de la caridad (30).

El acuerdo 11 de 1913 da vida legal al Hospital con la promulgación del reglamento interno y en su Art. 1, donde define: “dar alojamiento, alimentación, vestuario y asistencia a los enfermos notoriamente pobres y desvalidos” (30)

En 1918, se dispuso la construcción de las Salas de maternidad y cirugía (30)

En 1930, el acuerdo del Concejo Nro. 28 de marzo 14, dio el nombre a la

Clínica del Hospital en honor al señor Erasmo Carvajal, quien donó el terreno para su construcción en la calle 24 entre 4 y 5 y quien al morir legó al Hospital una cuantiosa suma de dinero con destino a la construcción de nuevos pabellones (30)

En 1938 fue adquirido el terreno donde se construyó el actual hospital por una suma de 8 mil pesos en la notaria 2da escritura 172 (30).

Entre 1940 y 1948 se lleva a cabo la construcción, producto del dinero de diversos fondos, por ejemplo, el recaudo producto del reinado de la calidad de 1943, con el que se inició la construcción del edificio que hasta la fecha permanece<sup>30</sup>.

En 1949 se lleva a cabo el traslado, donde se distribuyeron el piso cuarto y quinto para el funcionamiento de la Clínica Carvajal (30).

En octubre 30 de 1978 el ministerio con la resolución 010100, por considerar que esta institución constituía el centro de referencia de más alta tecnología en la región y desarrollaba programas de educación superior en el área de ciencias de la salud, le dio la categoría de Hospital Universitario (30).

En 1979, el concejo aprueba ampliar la capacidad hospitalaria, con adecuación y dotación del Departamento de Pediatría. En este mismo año se

presenta un sismo de gran magnitud que lesiona estructuralmente la construcción del hospital, razón por la cual se acomete el reforzamiento estructural, que culmina en 1985 (30).

En octubre de 1986, se inician las gestiones tendientes a establecer una seccional de asociación SANAR en el Departamento de Risaralda, instalando la sala de Oncológica Pediátrica (30).

En octubre de 1990, Minsalud lo clasifica en el nivel III de complejidad<sup>30</sup>.

En 1993 en el acta 001 de diciembre 31, suscrita por el gobernador y el alcalde de Pereira, se transformó en una entidad descentralizada indirecta de segundo grado, denominada Hospital Universitario San Jorge (30).

En 1995 se presenta otro sismo de gran magnitud el cual pone a prueba el plan hospitalario de Emergencias, con buenos resultados institucionales. En este mismo año, en acta 001 de marzo de 1995, se nombra Empresa Social del Estado (E.S.E ) (30).

En enero de 1999, se presenta otro sismo de gran magnitud, con severa afectación en el eje cafetero, en su población y construcciones. El Hospital fue centro de referencia de los pacientes del Quindío, Caldas, norte del Valle (30).

En el 2006, se efectúa la remodela-

ción de los servicios de Hospitalización de Medicina Interna y Quirófanos y fue iniciada Ginecobstetricia y recién Nacidos, en este año fue aprobada la construcción del nuevo bloque de Urgencias (30).

EL 20 de diciembre de 2007 se inaugura la nueva Central de Urgencias, con los más altos estándares de calidad y dotada con equipos de última tecnología (30).

Mediante resolución No. 0558 de julio de 2008, se oficializó el nuevo logo-símbolo que identifica a la Institución. Para su creación, se realizó una convocatoria interna, siendo elegida la propuesta “el abrazo” de la Prof. Marisol Rodríguez M (30).

El 23 de diciembre de 2011, se presenta otro evento catastrófico en Dosquebradas de gran magnitud, con la explosión de poliducto, con severa afectación de las estructuras y de la población, siendo el Hospital el principal centro de atención de los pacientes mayoritariamente tratados, con quemaduras severas y heridas traumáticas (30).

En abril del año 2013, se entregó la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos, obra ejecutada con recursos propios, con 7 cubículos independientes, dotados con equipos de alta tecnología (30).

En este mismo año se realizó la ade-

cuación del espacio para el Área Administrativa, en donde se recuperó un área aproximada de 2 mil metros cuadrados, espacio que estaba subutilizado y adecuado con recursos propios de la Institución.

Dentro del programa Gerencial propuesto para la vigencia 2012-2018, se dio inicio a una serie de transformaciones tanto en remodelación física como tecnológica, la cual inició con la construcción de la Nueva Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Adultos, Pediátricos, Neonatales, unidad ginecológica, Unidad crítica Obstétrica y Unidad Renal de Hemodiálisis (30).

## **5.4 Marco legal**

### **Normatividad legal vigente**

El marco legal referente a la Seguridad y Salud en el Trabajo, está dado por lineamientos constitucionales, por convenios internacionales con la Organización Internacional del Trabajo OIT y por un compendio de normas que tienen el objetivo de velar por el bienestar físico y mental de todos los trabajadores. A continuación, nombramos las relacionadas con el presente trabajo investigativo:

- La Resolución 1016 de 1989, en el numeral 12 del artículo 10, refiere que una de las actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo es diseñar

y ejecutar programas para la prevención y el control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales (31).

- La enfermedad profesional nace en Colombia en 1950 cuando en los Artículos 200 y 201 del Código Sustantivo de Trabajo, estableció inicialmente una tabla con 18 patologías de origen profesional (32).
- El Decreto 614 de 1984, en su Artículo 2 literal c, determinó que uno de los objetos de la salud ocupacional es proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo (33).
- Resolución 1016 de 1989 en el Artículo 10 estableció los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo, en el numeral 12 estableció que se debían diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales, lo cual dio origen a la Resolución 2646 de 2008 (31).
- El Decreto 1832 de 1994 por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales, señala en el numeral 42 del artículo 1°, que las patologías causadas por

- estrés en el trabajo comprenden “ trabajos con sobre carga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobre carga de trabajo, trabajos con técnicas de producción en masa, repetitivo o monótono o combinado con ritmo o control impuesto por la máquina, trabajos nocturnos, trabajos por turnos y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto de miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedades ácido pépticas severas, colon irritable, enfermedades musculares esqueléticos (34).
- En el Decreto de ley 205 de 2003, El Ministro de la Protección Social en ejercicio de sus facultades legales, en su numeral C, señala como objeto de la salud ocupacional, proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual y colectiva en los lugares de trabajo (35).
  - Ley 1010 de 2006, por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo (35).
  - La Resolución 2646 de 2008 (julio 17) por el cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional (37).
  - Resolución 652 de 2012 (abril 30) por la cual se establece la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones (38).
  - Ley 1616 de enero 21 de 2013 artículo 5 por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones (39).
  - Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo (40).
  - Decreto número 052 de 2017, por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37. del decreto número 1072 de 2015 decreto único reglamentario del sector trabajo, sobre la transición para la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el tra-



bajo (SG-SST) (41).

- Resolución 2404 de 2019, por la cual se adopta la batería de instrumentos de evaluación de factores de riesgo psicosocial, guía técnica para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos (42).

### **Aspectos éticos y bioéticos.**

La investigación se realizó cumpliendo todos los aspectos relacionados con la ética y la Bioética para preservar la dignidad de los participantes y salvaguardar su identidad, para esto se tuvieron en cuenta las declaraciones universales del informe Belmont, la declaración de Helsinki, la declaración de Nuremberg y la normativa colombiana contenida en la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas,

técnicas y administrativas para la investigación en salud (43).

### **5. Metodología**

El presente es un estudio descriptivo, transversal, con un diseño no experimental ya que los resultados se toman en un solo momento a través de Formatos de los cuestionarios autodiligenciables, que permitirán un análisis descriptivo de los resultados obtenidos.

Población de médicos generales del hospital que laboran en los diferentes servicios del hospital, incluyendo los tipos de contratación por temporal y de planta, no se consideran criterios de exclusión.

Para el presente estudio se realizó un muestreo no probabilístico, ya que se invitó a participar del proyecto a todos los médicos generales de la institución respetando el principio de autonomía, para quienes no quisieran hacer parte del mismo.

**Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA**

	<b>N</b>	<b>n</b>
MEDICOS DE PLANTA	13	7
MEDICOS POR EMPRESA TEMPORAL	48	37
TOTAL	61	44

Fuente. Elaboración propia

Se utilizaron los instrumentos Escala Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala de satisfacción laboral (SL) avalados por el Ministerio del Trabajo y cuestionario de información socio-demográfica del personal médico del HUSJ.

Los investigadores, acudirán a cada uno de los servicios del Hospital, solicitando a los médicos que se encuentren de turno, la participación en la presente investigación, explicándoles de que se trata, su papel en la investigación, las condiciones éticas, el objetivo del trabajo investigativo, en donde se guardará la identidad de los entrevistados y no se revelarán puntuaciones personales. Se procederá en caso de autorizar su participación a entregar consentimiento informado junto con 3 cuestionarios, uno socio-demográfico, la Escala de Maslach y la Escala de Satisfacción personal, para su auto diligenciamiento.

Se solicitará al comité de bioética de la Universidad libre de Pereira aval del proyecto de investigación por medio de una carta de aprobación, de acuerdo a normatividad vigente, la cual se adjuntará a los requisitos solicitados por el comité de investigaciones del Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Hasta tanto se obtenga respuesta final positiva por el Comité del hospital se procederá a aplicar previo a consentimiento informado los cuestionarios para recolección de la información.

Se procederá después de obtenidos los cuestionarios diligenciados, a tabular la información por medio del programa de Excel avanzado. Se realizarán los respectivos gráficos para su interpretación, según las directrices de las escalas, realizando un análisis univariado, además de un análisis bivariado según los servicios y factores asociados. Posteriormente se generará, la discusión de los resultados, con lo encontrado en la literatura mundial a través de bases de datos como Google académico, Scielo, Pubmed, Bireme y trabajos de grado según los objetivos planteados inicialmente.

Es importante destacar que en la investigación se tomarán todas las medidas posibles para que el estudio investigativo genere la mejor disposición y empatía entre los colaboradores del Hospital Universitario San Jorge de Pereira y los investigadores, dando a conocer a los participantes el objetivo del trabajo investigativo, donde se guardará la identidad de los entrevistados y no revelará puntuaciones personales. De aceptar participar, se diligenciará consentimiento informado por parte de los participantes y aclarando que, si en cualquier momento de la investigación se desean retirar, se procederá a hacerlo.

Según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, se considera que la recolección primaria de estos datos al interior del

Hospital Universitario San Jorge, supone de una investigación con riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio observacional no experimental, en el cual los sujetos de estudio no serán intervenidos ni física, ni psicológicamente, sólo se les pedirá responder

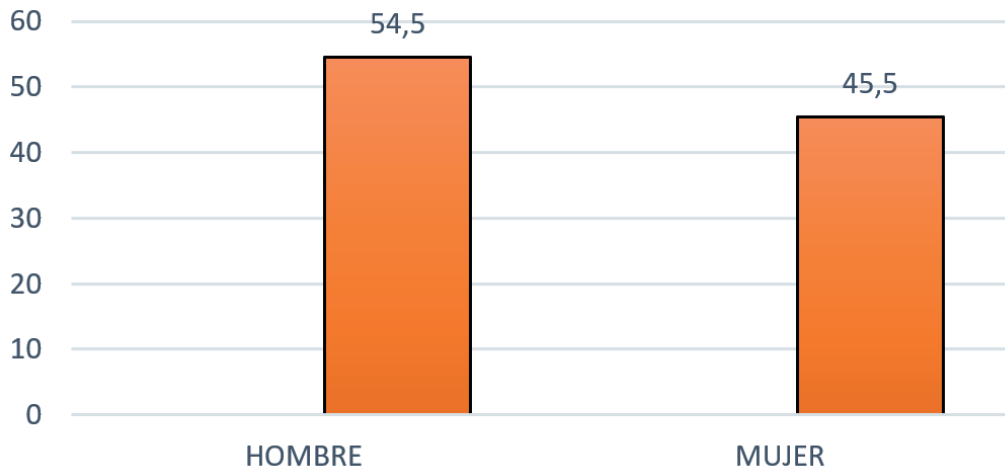
preguntas de un cuestionario auto diligenciable (43).

## 7. Resultados

### 7.1 Análisis de los factores socio-demográficos

Gráfico 1. Población estudiada por género

## DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN GENERO.



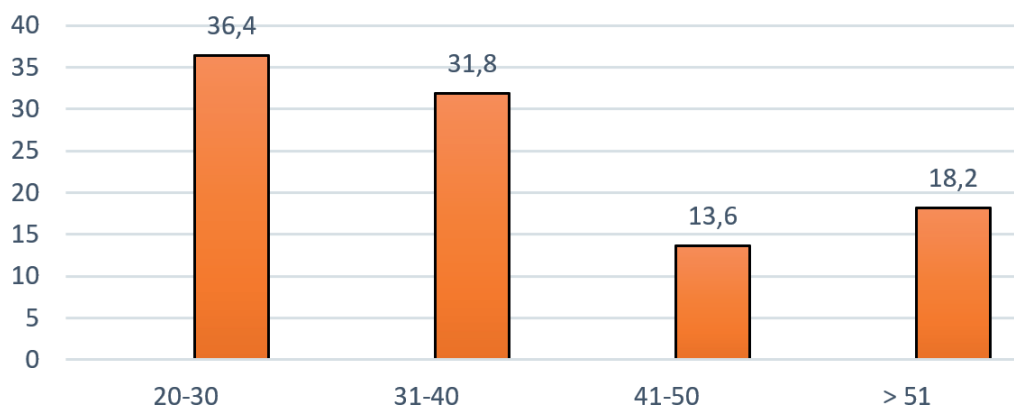
Fuente. Elaboración propia

En el Hospital Universitario San Jorge de Pereira (HUSJ), se encuestaron y evaluaron 44 médicos, 7 de los cuales están por contrato de planta y 37 por empresa temporal. Pertenecientes a 7 áreas de servicios (Hospitalización de medicina interna, Hospitalización quirúrgica, Hospitalización materna

infantil, UCIM, salas de observación de urgencias como (expansión, pasillo, observación Hombres, observación mujeres), urgencias pediatría, trauma y consultorio. Donde se evidenció una población masculina de 54,5%, frente a 45.5% de población femenina, siendo muy similar.

Gráfico 2. Población de médicos según edad

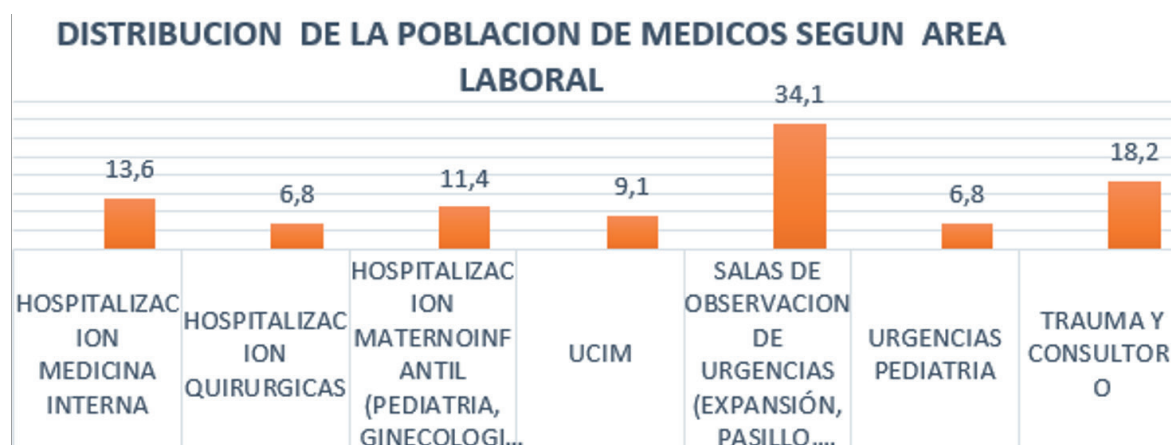
### DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD



Fuente. Elaboración propia

En la población de médicos del (HUSJ) se evidencia una mayor tendencia de edades comprendidas entre los 20 y 30 años, con un 36,4%. Visibilizando para el estudio que dicha población es relativamente joven, no obstante, se podrían relacionar estos resultados, con las dificultades de cansancio emocional y dificultades con la auto realización personal y profesional encontradas ya que tienen características de proactividad y vitalidad para desenvolverse en las actividades cotidianas en las salas de urgencias, servicio donde más profesionales laboran día a día (Gráfico 3).

Gráfico 3. Población de médicos según área laboral

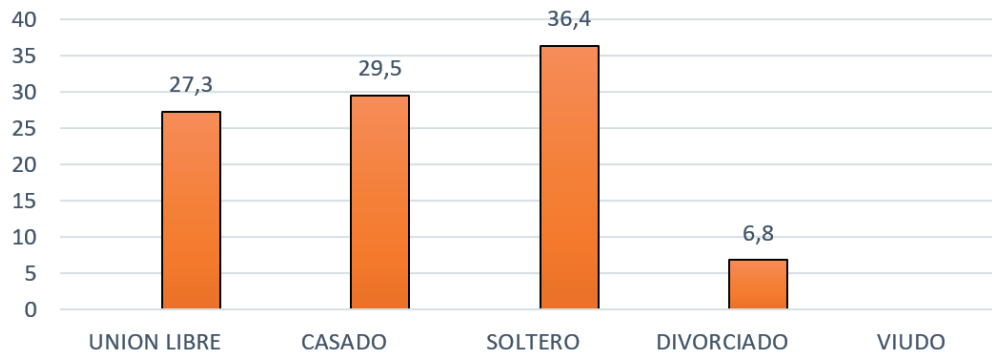


Fuente. Elaboración propia

En un 34,1%, la mayoría de los médicos del HUSJ, laboran en las salas de observación de Urgencias (expansión, pasillo, observación de hombres, observación mujeres), dado que es allí donde transita la mayor cantidad de pacientes, por ende, se presenta una alta demanda laboral. Además, la sumatoria de factores

como turnos extendidos y frecuentes, articulados a altas demandas laborales puede generar desequilibrio para esta población específicamente a nivel psicológico, entre la demanda de labores y la habilidad del profesional para cumplir con las metas y objetivos propuestos por la alta gerencia, para esas áreas.

Gráfico 4. Población según Estado Civil  
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTADO CIVIL**



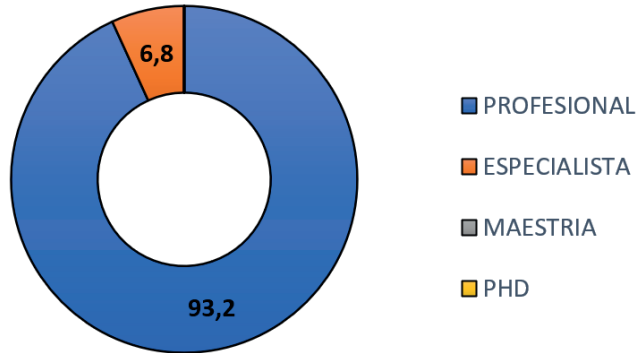
Fuente. Elaboración propia

La importancia de los factores extra laborales, roles en los que se encuentran involucrados los colaboradores del HUSJ, son aportes valiosos para analizar detenidamente la influencia de las relaciones interpersonales sobre su desempeño laboral en el HUSJ, y así determinar algunas conductas y subjetividades de los colaboradores frente a su praxis profesional. Encontrando que la mayoría de la población está soltera con un 36.4%, frente a un 56.8% que se encuentra en una relación de pareja en unión libre y casado. Estas vinculaciones interpersonales

en contextos sociales ajenos al trabajo, genera diferentes cargas emocionales, que según se manejen pueden ser factores protectores o generar altos índices de estrés y demandas emocionales para los individuos. El 6,8% de la población estudiada ha pasado por divorcios, situaciones estresantes que podrían proliferar en esta pequeña población dificultades emocionales y personales que reflejarían a su vez cifras que incrementarían el agotamiento emocional y dificultades de auto realización personal y profesional.

Gráfico 5. Población según nivel educativo

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NIVEL ACADEMICO



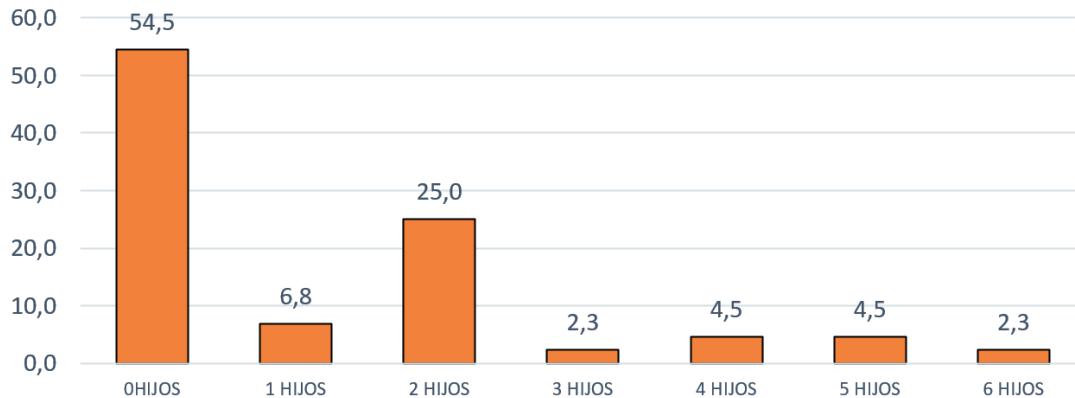
Fuente. Elaboración propia

Los profesionales estudiados en el (HUSJ) de Pereira cuentan con una población de 41 individuos con estudio de pregrado equivalente al 93,2% de la población estudiada y solamente el 6,8% tienen estudios de posgrado, en donde se analiza la realización personal y profesional, deteriorada

que se evidenció, secundaria a dificultades en el tiempo destinado a estudiar, a las jornadas extensas, y la falta de apoyo de los directivos en este aspecto. Adicionalmente los médicos que quieren acceder a alguna especialización, generalmente deben dedicar el 100% de su tiempo a esta.

Gráfico 6. Población según número de hijos

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CANTIDAD DE HIJOS



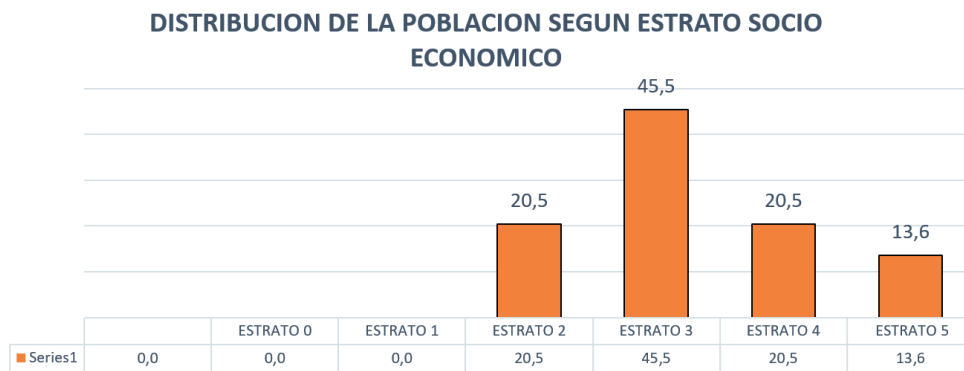
Fuente. Elaboración propia



La mitad de la población, con un 54,5% de la población de médicos, no tienen hijos, frente al restante 45.5% que sí, y de éstos un 25% tienen la cantidad de 2 hijos. El hecho de ser padres lleva a los colaboradores a desarrollar fuertes niveles de estrés y cargas emocionales, por diferentes demandas cognitivas y físicas que desarrolla un padre de familia en su rol en el núcleo familiar y especialmen-

te con menores de edad a cargo. La tendencia evidenciada en los médicos del HUSJ es no adquirir compromisos de pareja por tanto la mayoría se encuentran solteros y sin planes de formar familia, siendo la mayoría de la población joven, enfocados principalmente en la realización profesional que a su vez se convierte en la personal como el hecho de poder acceder a alguna especialización.

Gráfico 7. Población según estrato socio económico

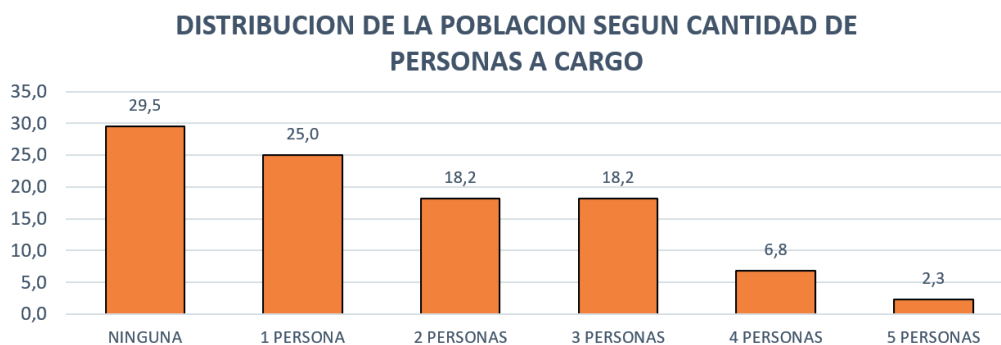


Fuente. Elaboración propia

Se encontró que el 45,5% de la población, viven en estrato social nivel 3, siendo la mayoría, en el estrato social 2, una población del 20,5% y es-

trato de nivel que hace referencia al 20,5%, solamente el estrato de nivel 5 aporta el 13,6% de la población de médicos analizados.

Gráfico 8. Población según la cantidad de personas a cargo

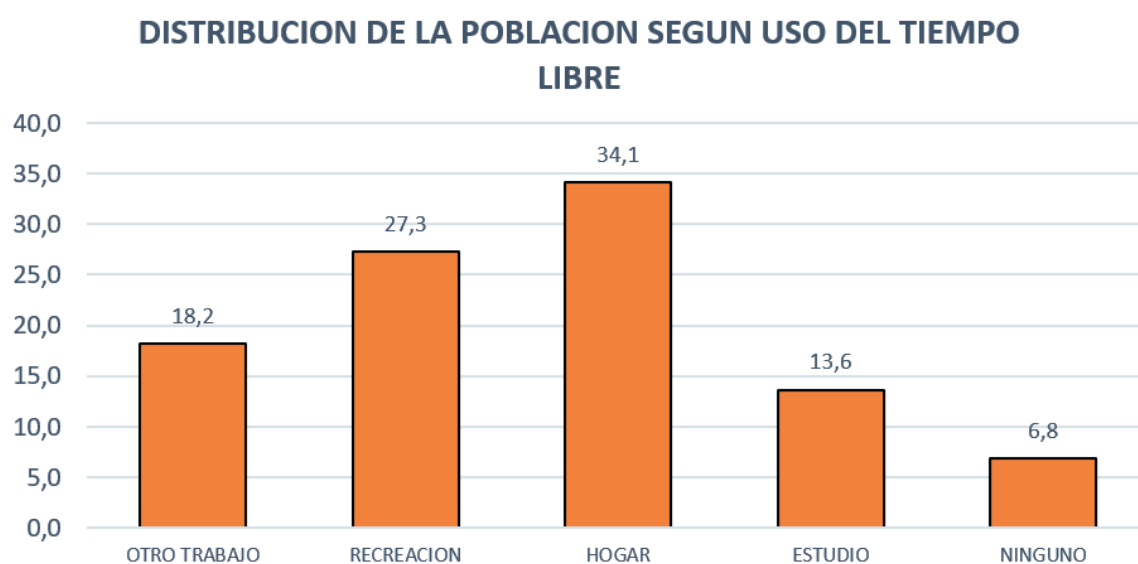


Fuente. Elaboración propia

La población analizada cuenta con una distribución que pone en evidencia nuevas condiciones extra laborales que pueden hacer aportes importantes en el estudio de la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ya que el 29,5 %

de la población no tiene personas a cargo, contrario a el 70,5% que si las tiene, la cantidad de personas varían entre 1 y 5; se puede considerar entonces que el alto porcentaje de personas a cargo de los médicos, puede afectar la esfera de realización personal y cansancio emocional.

Gráfico 9. Población según uso del tiempo libre



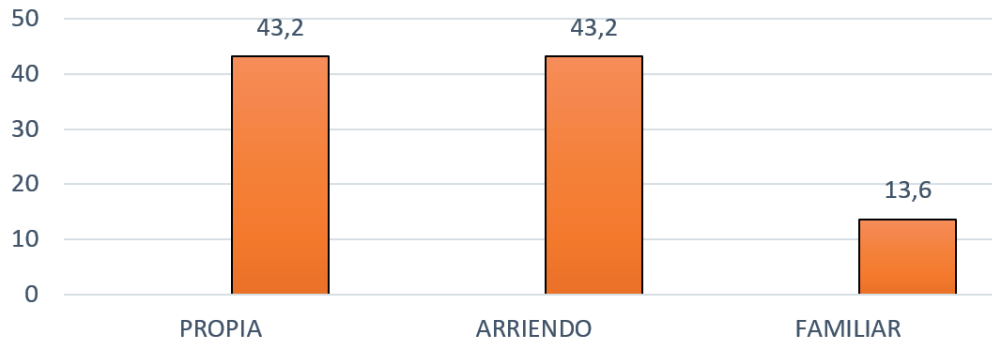
Fuente. Elaboración propia

El tiempo de calidad que cada individuo se dedique a sí mismo, juega un papel importante y condicionante para el estado de salud mental en las empresas, encontramos que el 34,1% de la población, dedica su tiempo libre en actividades familiares, mientras que el 18,2% lo emplea en actividades laborales fuera del hospital, un 13,6% a actividades académicas y para el ocio y recreación sólo

el 34,1% de la población. Se infiere que los estilos de vida poco saludables y sobre carga de estrés por falta de descanso mental y físico al tener 2 trabajos, prolifera en esta población, ya que el 65,9% de los médicos, no están generando espacios para disipar y relajarse de las altas demandas emocionales y psicológicas que genera su praxis profesional en el hospital.

Gráfico 10. Análisis de la población según tipo de vivienda

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIPO DE VIVIENDA



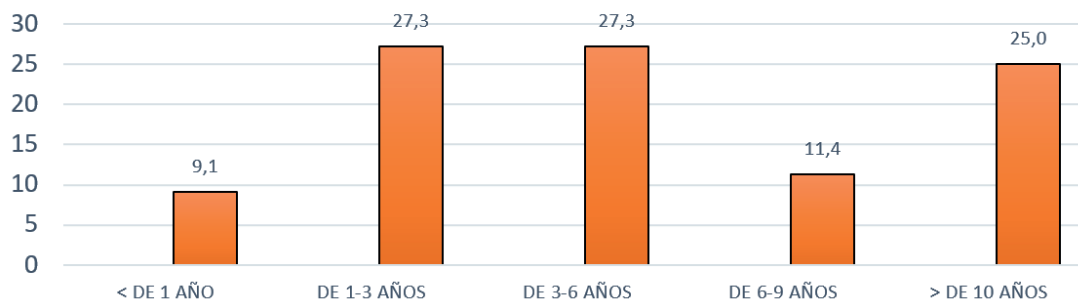
Fuente. Elaboración propia

La población de médicos estudiada deja inferir que el 43,2% está habitando predios rentados, no obstante, igual porcentaje (43,2%), habita en casa propia. Sólo un 13,6%, vive en casa familiar. Se podría conceptualizar que el 56,8% de la población financieramente tiene más disponibi-

lidad de recursos económicos, situación que medianamente da tranquilidad y no genera niveles de estrés tan altos como puede percibirlo el otro 43,2% de la población de médicos del (HUSJ) sometidos al pago de algún tipo de renta.

Gráfico 11. Población según tiempo y antigüedad en la empresa

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TIEMPO Y ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA



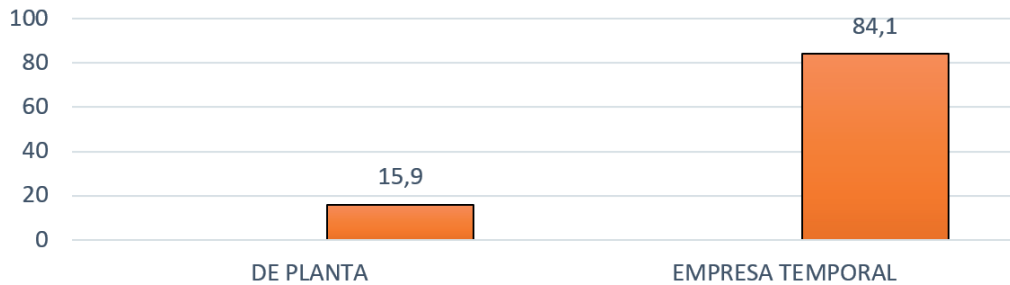
Fuente. Elaboración propia

Se encontró que el 63,7% de médicos que labora con el HUSJ, lleva más de 3 años, de una forma regular, frente a un 36,4% de médicos con menos de 3 años de antigüedad. Es-

tas variables pueden tener una estrecha relación con las dificultades en la realización personal y profesional del personal médico, como lo evidencia más adelante estos resultados.

Gráfico 12. Población según el tipo de vinculación

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL TIPO DE VINCULACION EMPRESARIAL.**



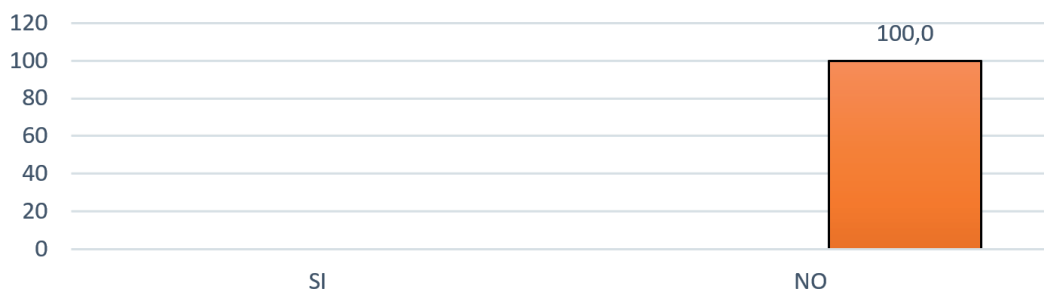
Fuente. Elaboración propia

Se evidenció, un alto porcentaje con vinculación por medio de empresas temporales con el HUSJ, en un 84,1%, comparada con el 15,9% de los médicos con contratación directa con la empresa. Se puede inferir que la estabilidad laboral juega un papel a evaluar, la inseguridad experimentada por la condición temporal de la

mayoría de la población estudiada respecto al futuro del empleo, supone problemáticas muy profundas para las personas que la padecen, pueden proliferar agotamiento emocional y dificultades para la realización personal y profesional, la inestabilidad laboral es nociva para la salud mental.

Gráfico 13. Población con consumo de tabaco

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON CONSUMO DE TABACO**

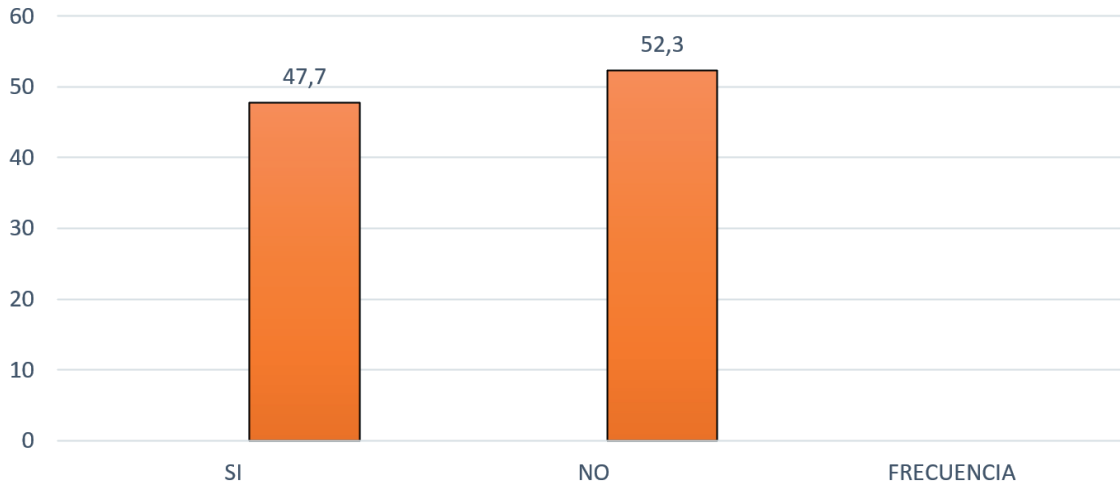


Fuente. Elaboración propia

El estudio de la población de médicos no consume tabaco, factor protector del Hospital Universitario San Jorge para riesgo psicosocial. de Pereira, evidencia que el 100%

Gráfico 14. Población estudiada con consumo de bebidas alcohólicas

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA CON CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS**

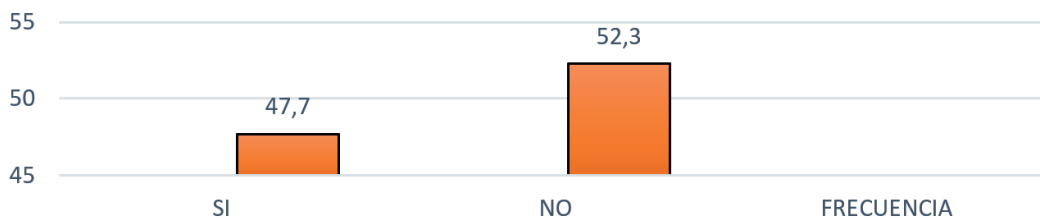


Fuente. Elaboración propia

El 47,7% de la población consume bebidas alcohólicas, frente a un 52,3% que contesta no consumirlas, siendo muy similar entre ambas, la frecuencia del consumo infiere que es un consumo regular. Factor a tener en cuenta ya que el consumo de licor está estrechamente ligado al estrés laboral, el agotamiento emocional y las dificultades con la realización personal y profesional.

Gráfico 15. Población con actividad física

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON PRACTICAS DE ACTIVIDADES FISICAS**



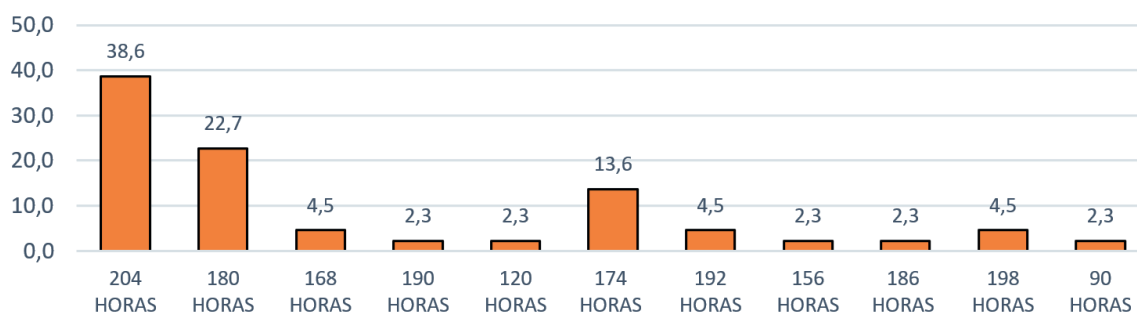
Fuente. Elaboración propia

Se encontró que el 52,3% no practican actividades físicas, frente al 47,7% de la población que indica tener actividades físicas regular y disciplinadamente. Es importante relacionar de manera estrecha que los sujetos que no tienen actividades físicas regularmente pueden generar estrés severo, derivando enfermedades psicosomáticas como desordenes musculoesqueléticos, dificultades cardiovas-

culares, ansiedad, depresión, desordenes ácido pépticos, patologías de la piel entre otras. No obstante, es importante conocer en las organizaciones los roles extra laborales que tienen los colaboradores para poder implementar un programa de vigilancia epidemiológica de riesgo psicosocial que se ajuste a las necesidades de los médicos y fomente una cultura de autocuidado.

Gráfico 16. Población según la intensidad de horas laborales

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN LA INTENSIDAD DE HORAS LABORALES**



Fuente. Elaboración propia

Se encontró que un 38,6% de la población médica, tiene una intensidad horaria de 204 horas al mes y sumado a horarios mayores a 180 horas, suman el 68,1%, que cumplen turnos con una intensidad horaria comprendida entre 180 H y 204H, frente a un 31,9% de la población que cumple intensidades horarias que oscilan entre las 90 horas y 174 horas. Los turnos nocturnos y turnos extensos pueden generar dificultades emocionales, trastornos del sueño y dificultades psicosomáticas que afectan el siste-

ma nervioso central y las funciones ejecutivas, derivando fatiga física y fatiga emocional.

**7.2. Análisis de las 3 dimensiones de Maslach**

7.2.1 Agotamiento o cansancio emocional. Los estudios derivados de la evolución del síndrome de Burnout buscan identificar específicamente las fases o etapas de su evolución. Se pueden distinguir 3 fases, la primera fase comprende el desajuste

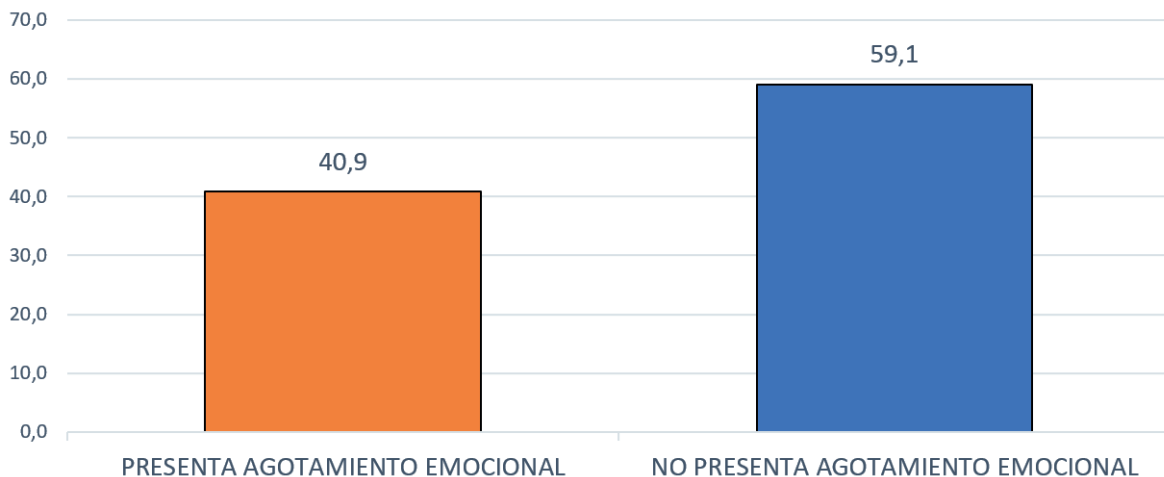


o Equilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador para suplir todas estas demandas (fase de estrés), también encontramos la fase de agotamiento que es la respuesta emocional inmediata de los colaboradores al desajuste de la primera fase, el agotamiento entonces tiene características como personal preocupado, personal tenso,

personal con depresiones moderadas, severas y fatiga, y por último encontramos la tercera fase de la evolución del síndrome de Burnout que es de afrontamiento defensivo, que se caracteriza por cambios bruscos de actitudes y la conducta, incluye tratar a los demás de manera desobligante e impersonal.

Gráfico 17. Agotamiento Emocional Escala (MBI)

**GRAFICO 17 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA CON PUNTAJES ALTOS EN EN AGOTAMIENTO EMOCIONAL ESCALA (MBI)**



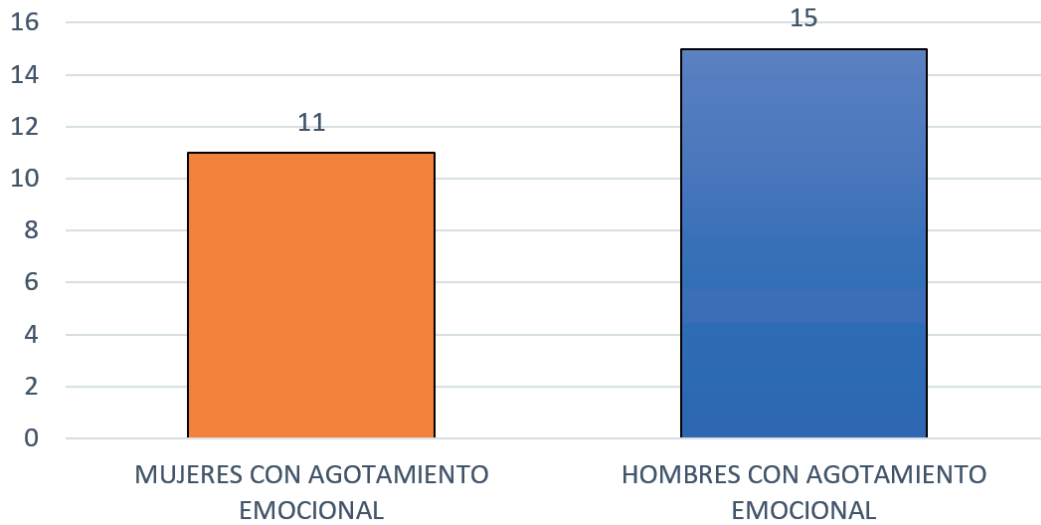
Fuente. Elaboración propia

Se encontró que el 59,1%, no presentan agotamiento emocional, frente a un 40,9%, que, si lo presenta, siendo un resultado bastante significativo, ya que inicia a configurarse como grupo focal para analizar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos

que laboran en el HUSJ de Pereira. Existen aspectos para prevención del agotamiento emocional, aspectos en los que se puede trabajar para evitar en un mediano plazo que la población que aún no lo presenta llegue a desarrollar síndrome de Burnout.

Gráfico 18. Agotamiento emocional por género

**DISTRIBUCION DE MÉDICOS, POR GÉNERO QUE PRESENTAN AGOTAMIENTO EMOCIONAL**

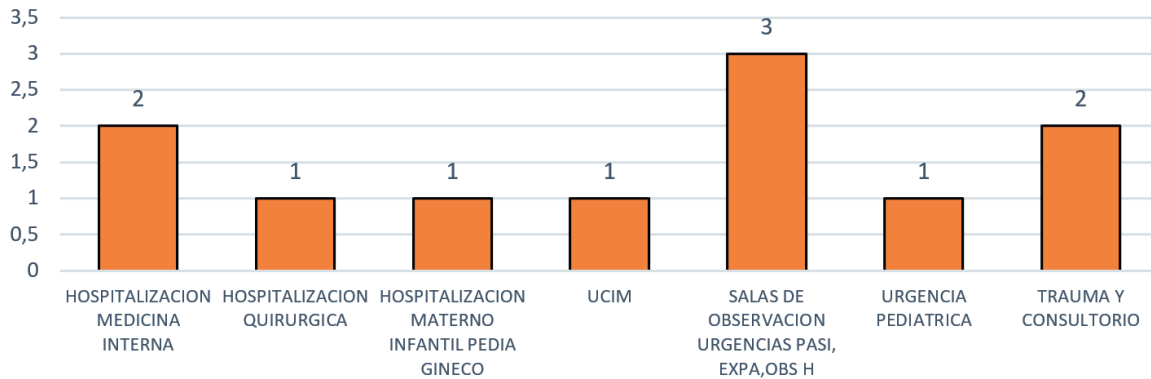


Fuente. Elaboración propia

De los 40.9% médicos que presentan agotamiento emocional, la población con mayor prevalencia es la masculina con un 23.6%, frente a un 17.3% de la población femenina afectada.

Gráfico 19. Agotamiento Emocional por servicios en el género femenino

**DISTRIBUCION DE MEDICOS POR SERVICIOS CON AGOTAMIENTO EMOCIONAL (GENERO FEMENINO)**

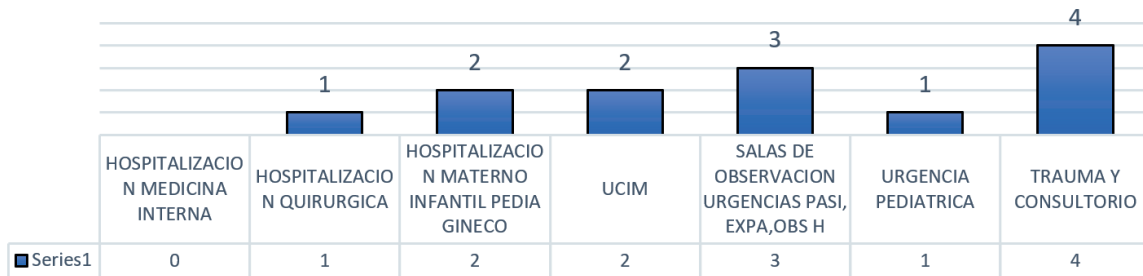


Fuente. Elaboración propia

Del 17.3% de médicas que presentan agotamiento emocional, el servicio que evidencia mayor prevalencia por parte de las mujeres son las salas de urgencias, trauma y consultorio de urgencias con un 7,9% frente a un 3,1% en el servicio de medicina interna, seguido de 1,5% en cada uno de los demás servicios. Siendo los servicios de urgencias los más afectados.

Gráfico 20. Agotamiento Emocional por servicios en el género masculino

**DISTRIBUCION DE MEDICOS POR SERVICIOS CON AGOTAMIENTO EMOCIONAL (GENERO MASCULINO)**

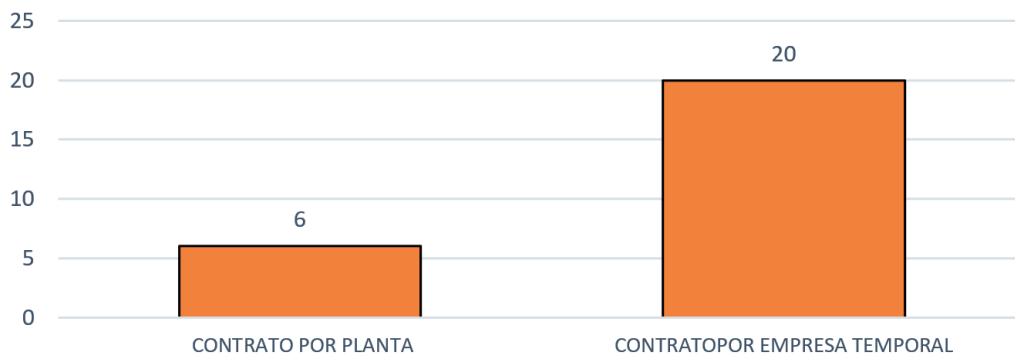


Fuente. Elaboración propia

Del 23,6% de personal masculino que presentan agotamiento emocional, el servicio que evidencia mayor prevalencia por parte de los hombres son las salas de urgencias, trauma y consultorio de urgencias con un 11% frente a un 3,14% en el servicio de unidad de cuidados intermedios. Nuevamente evidenciando que los servicios de urgencias son los más afectados.

Gráfico 21. Agotamiento Emocional según tipo de contratación

**TIPO DE CONTRATACION**



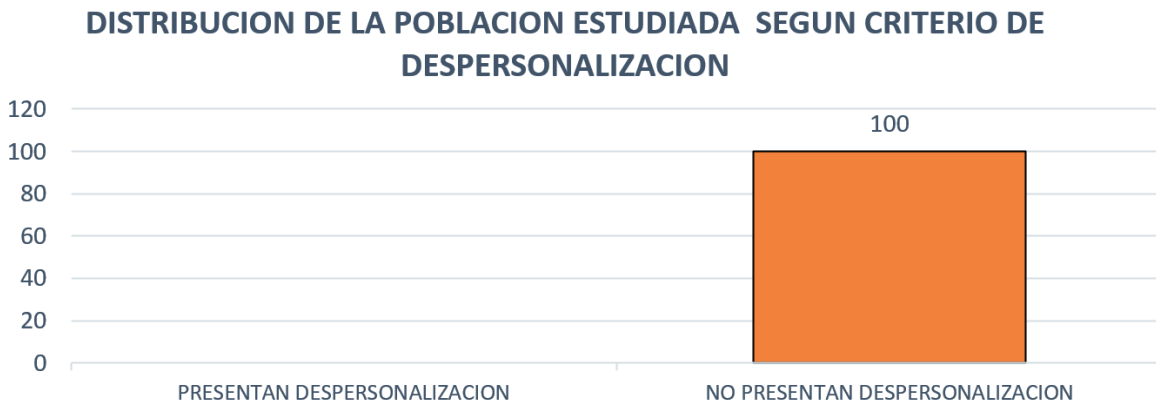
Fuente. Elaboración propia

Del 40,9% del personal que presentaron agotamiento emocional, el tipo de contratación más afectado, con un porcentaje de 31,5%, fue la contratación a través de empresa temporal, frente a un 9,4%, para los médicos con contratación directa con el Hospi-

tal, siendo también muy significativa, ya que es una población más pequeña.

### 7.2.2 Despersonalización Escala (MBI)

Gráfico 22. Despersonalización en los médicos del HUSJ



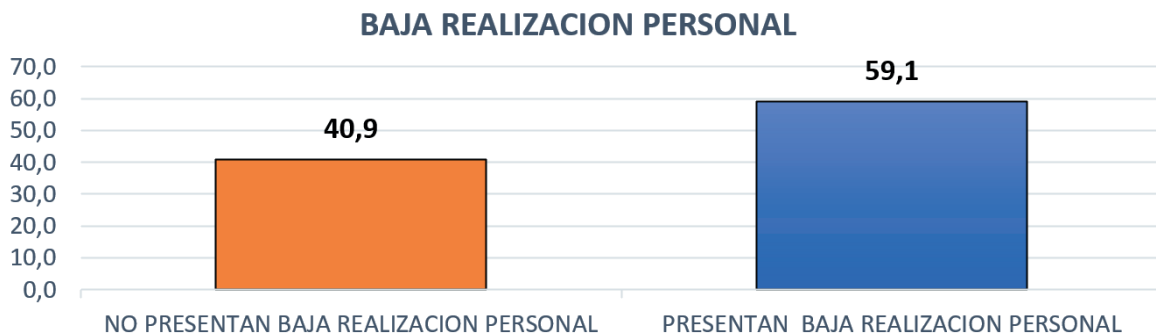
Fuente. Elaboración propia

En la población estudiada, 44 profesionales médicos del HUSJ equivalente al 100% de los sujetos encuestados, 7 de planta y 37 por empresa temporal, responden que tienen buena relación con los pacientes y equi-

po de trabajo, evidencian, por tanto, que su trato humano con los demás y su calidad humana está regulado.

### 7.2.3 Realización personal

Gráfico 23. Baja realización personal en los médicos del HUSJ

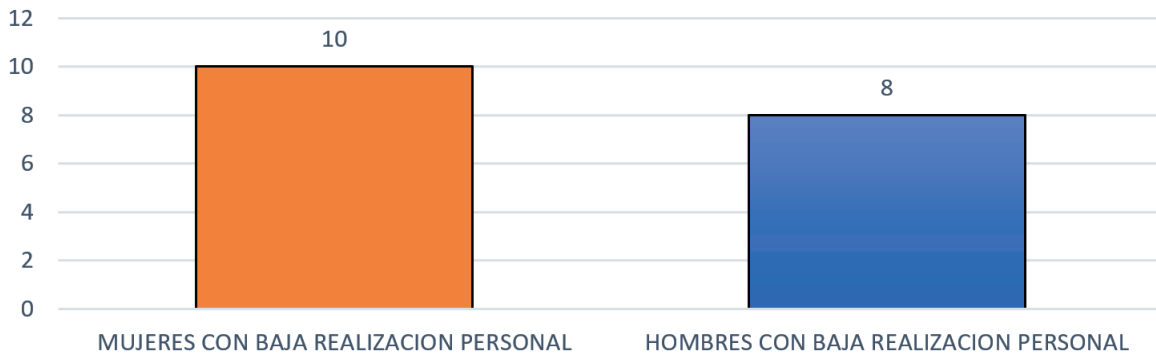


Fuente. Elaboración propia

Se encontró baja realización personal en el 59,1%, frente al 40,9% que no la presenta. Infiriendo que si existe prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos del HUSJ de Pereira.

Gráfico 24. Baja realización personal por género, en los médicos del HUSJ

**DISTRIBUCION DE MEDICOS, POR GENERO QUE PRESENTAN BAJA REALIZACION PERSONAL**

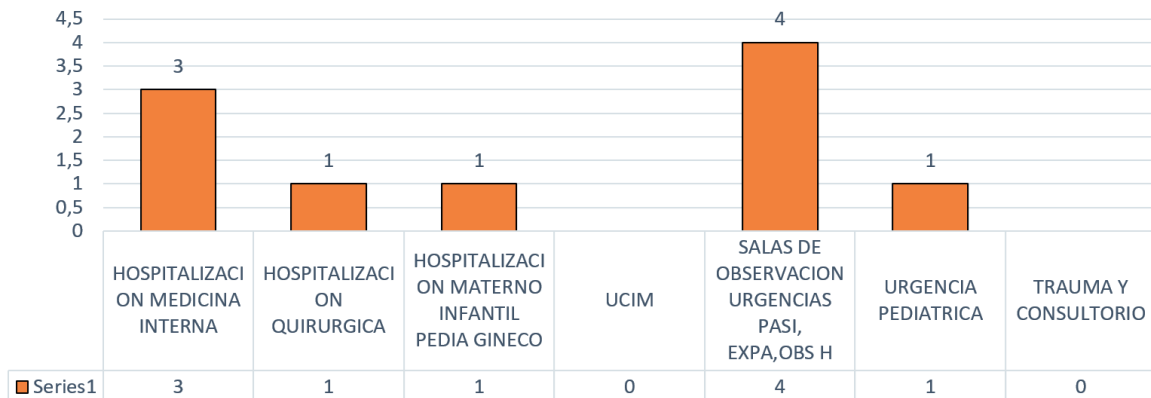


Fuente. Elaboración propia

Se evidencia que del 59,1% de médicos con baja realización personal, el personal femenino del HUSJ presenta mayor prevalencia de esta esfera, con un 32,8%, frente a un 26,3% en el personal masculino.

Gráfico 25. Baja realización personal por servicios en el género femenino

**BAJA REALIZACION PERSONAL EN EL GENERO FEMENINO, POR SERVICIOS**

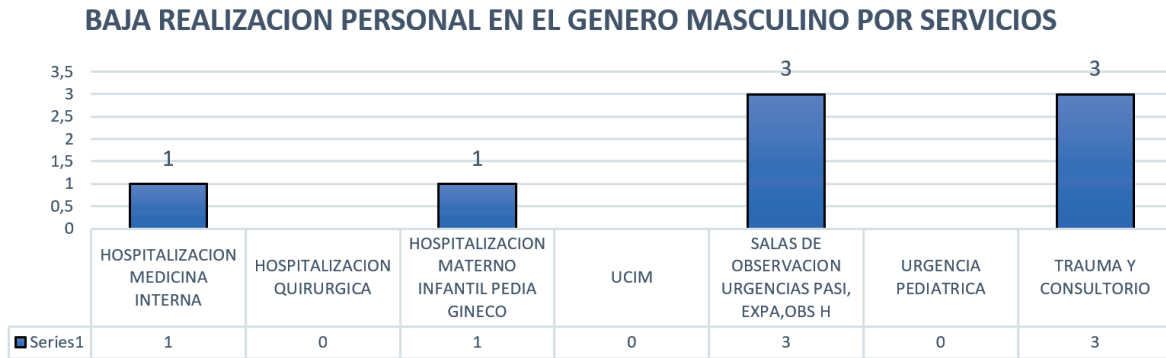


Fuente. Elaboración propia

Se observa que del 32,8% de mujeres con baja realización personal, los servicios donde mayor prevalencia se encuentran, es en las salas de observación en urgencias de adultos, con

un 13,2%, seguido de un 9,84% del personal femenino en hospitalización de medicina interna, en comparación con el resto de servicios asistenciales, del HUSJ.

Gráfico 26. Baja realización personal por servicios en el género masculino

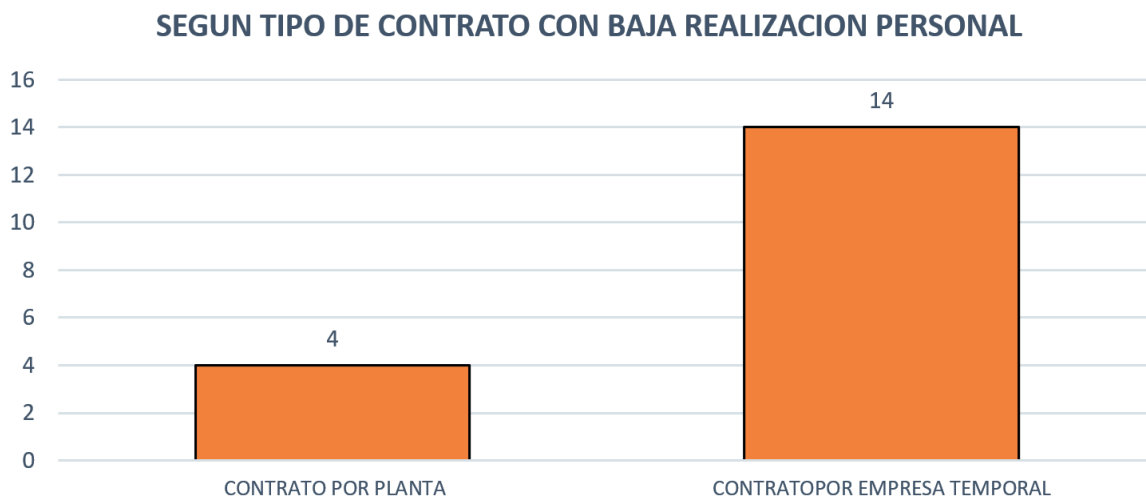


Fuente. Elaboración propia

En el género masculino del 26,3% que tienen esta esfera alterada, un 19,7%, se encuentra en los médicos de las salas de observación de ur-

gencias adultos, trauma y consultorio, frente a un 3,3% presente en el servicio de hospitalización de medicina interna y de materno infantil.

Gráfico 27. Baja realización personal por tipo de contrato



Fuente. Elaboración propia

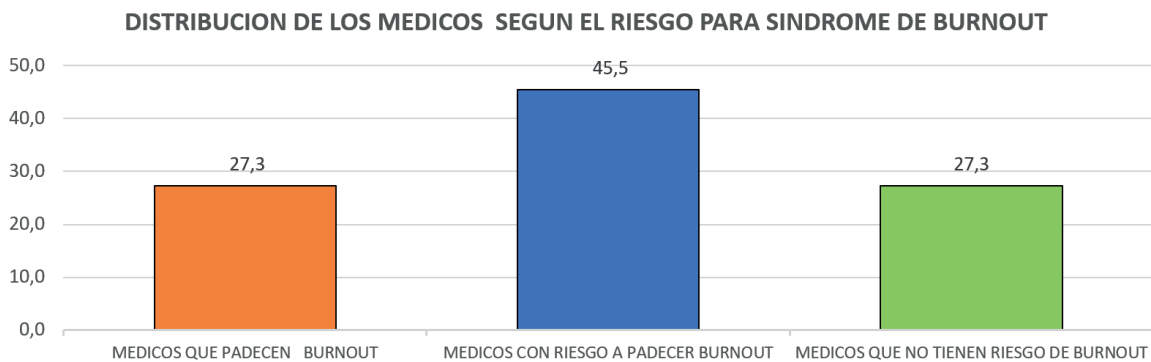


Se evidencia que, del total de médicos con baja realización personal, con un 59,1%, el personal de planta presenta un 13,1% frente a un 45,96% por contrato por medio de empresas temporales. Se hace evidente con esto, que los médicos contratados por empresas temporales presentan un alto porcentaje de baja realización personal en comparación con los mé-

dicos contratados directamente por la empresa, sin embargo, cabe también destacar que este resultado podría estar sesgado por el hecho que el porcentaje de médicos con contrato directo es sustancialmente inferior al resto del personal.

#### 7.2.4 Diagnóstico de Síndrome de Burnout

Gráfico 28. Nivel de riesgo para Síndrome de Burnout



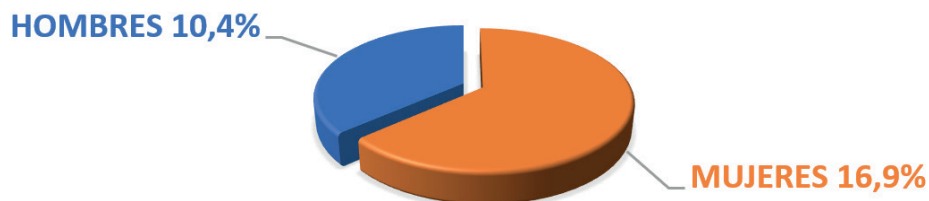
Fuente. Elaboración propia

Se evidencia, que, si existe prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Universitario San Jorge, con un 27,3%, equivalente a los que no tienen riesgo de pade-

cerlo, pero observamos también con un porcentaje bastante significativo, que un 45,5% de médicos tienen riesgo alto de padecer Síndrome de estar quemado.

Gráfico 29. Nivel de riesgo de Síndrome de Burnout por género

#### DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GENERO CON SINDROME DE BURNOUT

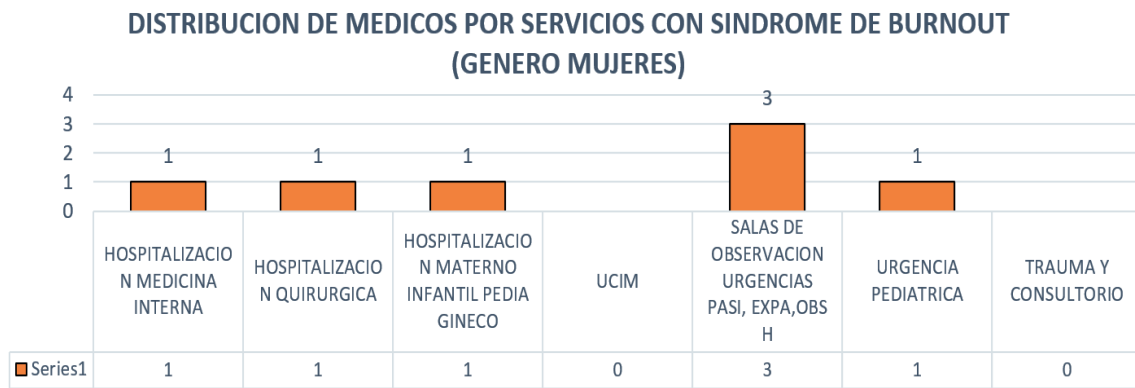


Fuente. Elaboración propia

De los médicos que cumplen con los criterios para síndrome de burnout el 16,9% son mujeres, frente un 10,4% para el género masculino. Siendo la población femenina la que mayor prevalencia presenta, por cargas intralaborales muy fuertes y culturalmente

los roles extralaborales están generando estrés a niveles considerables, también las jornadas laborales extensas, los turnos nocturnos, la inestabilidad laboral, conlleva a la proliferación de riesgos psicosocial para adquirir el Síndrome de Burnout.

Gráfico 30. Síndrome de Burnout por tipo de servicio en el género femenino

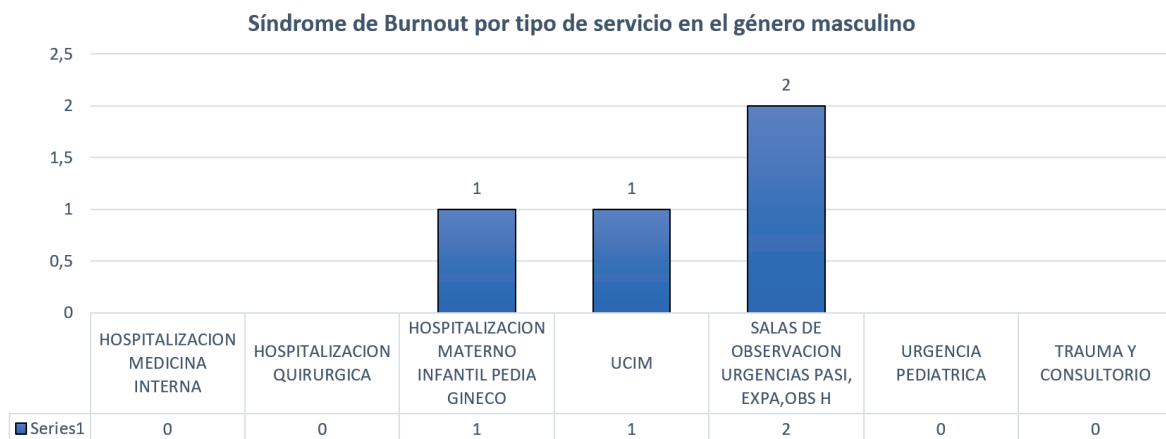


Fuente. Elaboración propia

El 16.9% de la población femenina con síndrome de burnout, el servicio de mayor prevalencia fue en las salas de observación de urgencias adultos

con un 7,3%, tres veces mayor a los demás servicios, que sólo alcanzan un 2,4%.

Gráfico 31. Síndrome de Burnout por tipo de servicio en el género masculino



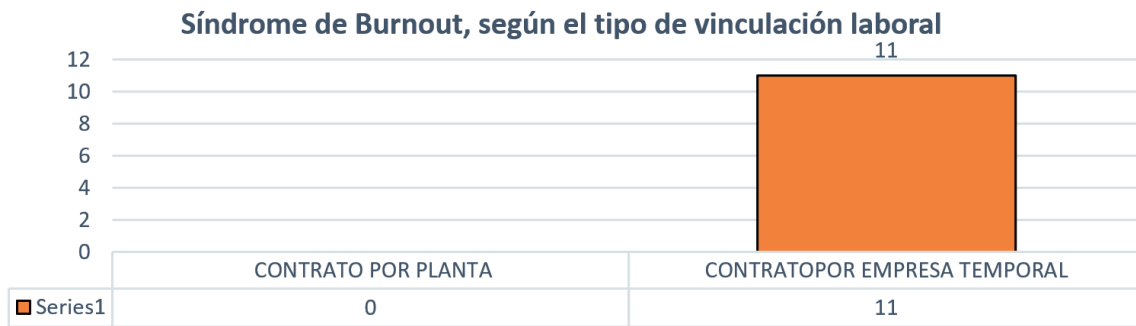
Fuente. Elaboración propia

Se encontró que, del total de población masculina con Síndrome de Burnout, es decir de 10,4%, el servicio con mayor prevalencia fue como en la población femenina, las salas de observación de urgencias, con un 5,2%, seguido del 2,6% en unidad de cuidado intensivos y hospitalización de materno infantil. Los demás ser-

vicios no presentaron el diagnóstico.

Si unificamos, por servicios sin tener en cuenta el género, encontramos que el 12,5% de los médicos, con diagnóstico de Burnout, pertenecen a servicio de Salas de observación de Urgencias, casi la mitad de los médicos con el diagnóstico.

Gráfico 32. Síndrome de Burnout, según el tipo de vinculación laboral

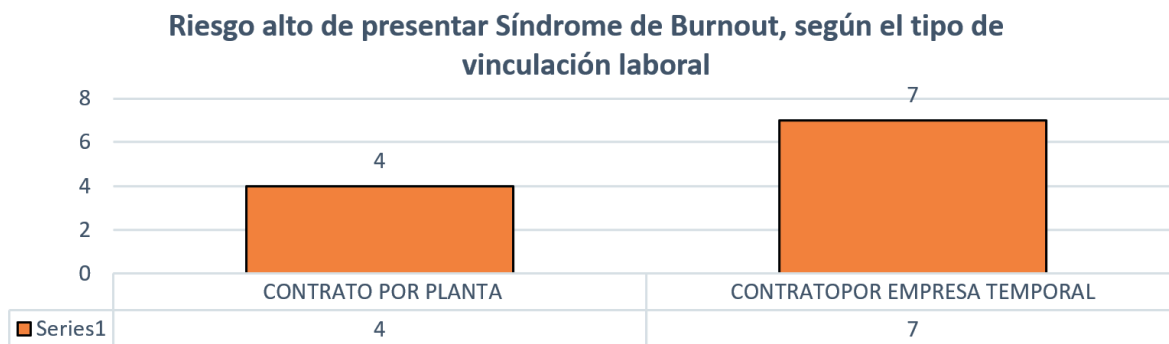


Fuente. Elaboración propia

Del 27,3% de la población médica que presentan Síndrome de Burnout, se evidenció que todos tienen vinculación con el HUSJ por medio de la empresa temporal. Evidenciando que

este tipo de contrato laboral que sostiene el HUSJ, es un factor de riesgo interno significativo para padecer Síndrome de Burnout.

Gráfico 33. Riesgo alto de presentar Síndrome de Burnout, según el tipo de vinculación laboral.



Fuente. Elaboración propia

Del 45.5% de la población médica que presentan Riesgo de presentar Síndrome de Burnout, se evidenció que un 29%, tienen vinculación con el HUSJ por medio de la empresa temporal, frente a un 16,5% que tienen contrato de planta con el Hospital. Población que se debe intervenir de forma prioritaria, para evitar a futuro incremento del riesgo para convertirse en diagnóstico de síndrome de Burnout.

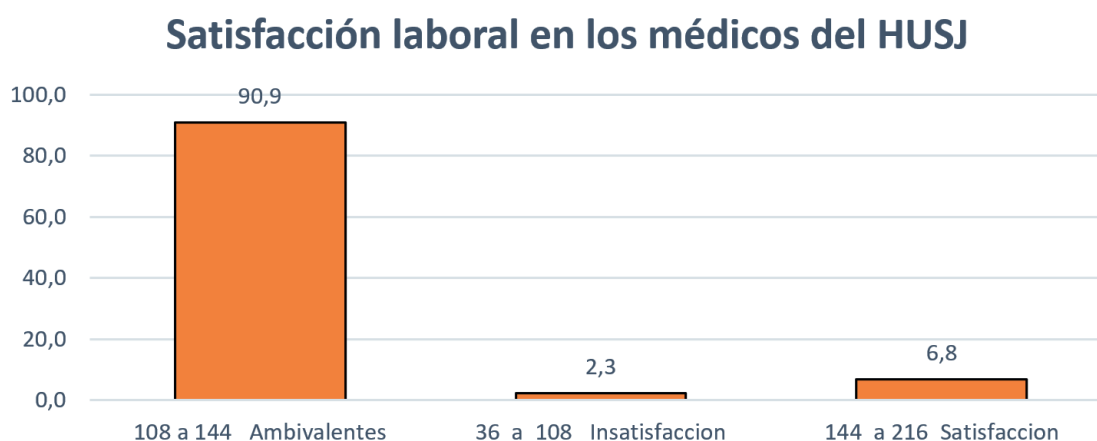
### 7.3 Resultados satisfacción laboral

Se realizó una importante medición por medio de la escala de satisfacción laboral, instrumento generado por el profesor Paul E Spector, PHD. Escala que cuenta con 36 ítems y nueve facetas para evaluar las actitudes de los empleados sobre el trabajo y sus aspectos, las facetas se evalúan con cuatro elementos y se calcula una puntuación total a partir de éstos.

Destacando las 9 facetas: encontramos (pago, promoción, supervisión, beneficios, recompensas basadas en el desempeño, proceso operativos reglas, compañeros de trabajo, naturaleza del trabajo y comunicación). La satisfacción se representará por los ítems positivos y el desacuerdo por ítems negativos. Respuesta con puntaje de 4 o más representa satisfacción, mientras respuestas de 3 o menos representa insatisfacción, respuestas de 3 y 4 son ambivalentes. Para la escala de 36 ítems, donde las posibilidades de rango de resultados van de 36 a 216, los rangos de 36 a 108 son insatisfacción, 144 a 216 son satisfacción y entre 108 a 144 son ambivalentes (44).

Atendiendo a todo lo anterior, encontramos en los médicos generales que laboran en los diferentes servicios del Hospital Universitario San Jorge, lo siguiente:

Gráfico 34. Satisfacción laboral en los médicos del HUSJ



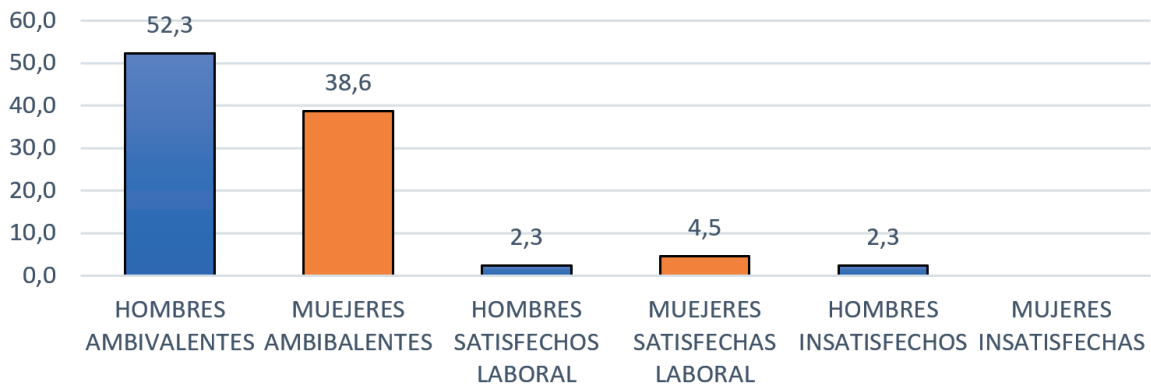
Fuente. Elaboración propia

Se evidencia que sólo el 2.3% de los profesionales que laboran en el HUSJ siente insatisfacción laboral, contrarrestado con el 6.8%, de gale- nos que sienten satisfacción laboral.

No obstante, la gran mayoría de los médicos, con un 90.9%, se encuentra en una situación ambivalente frente a la satisfacción laboral.

Gráfico 35. Satisfacción Laboral, según el género

### SATISFACCIÓN LABORAL, SEGÚN EL GÉNERO



Fuente. Elaboración propia

Mediante la gráfica se pudo evidenciar, que los hombres presentan resultados de mayor confusión con un 52,3%, frente a las mujeres con un 38,6%. En cuanto a los médicos que muestran satisfacción laboral, los hombres solamente presentan un 2,3% de satisfacción, siendo la mitad respecto a la satisfacción laboral de las mujeres, con un 4,5%, que igualmente es muy bajo, y que el 2,3% de médicos insatisfechos, todos son personal masculino.

## 8. Discusión

En Nueva Zelanda y 20 de sus distritos, se realizó una investigación

en el Hospital Público, para explorar la prevalencia y factores asociados que contribuyen al agotamiento entre los médicos generales, especialistas y dentistas que trabajan en el nuevo sistema de salud pública de ese país, encontrando que de un total de 1487 de 3740 médicos y dentistas fueron reclutados 40% para el estudio. Usando El Inventario de Burnout de Copenhague, con resultados de prevalencia general de agotamiento del 50%. Las mujeres tenían el 71% de prevalencia de alto agotamiento personal y agotamiento relacionado con el paciente fue 42% y 16%, respectivamente. Los que trabajan en medicina de emergencia y psiquia-

tría tuvieron significativamente mayor agotamiento medio relacionado con el trabajo que otros servicios y especialidades. Otro factor a destacar fue el trabajo por más de 14 horas consecutivas, ser mujer, cargas de trabajo, falta de personal, tareas onerosas de guardia y frustraciones con la administración como factores que contribuyen a quemarse.<sup>45</sup> En contraste con el Hospital San Jorge de Pereira, donde la prevalencia general fue de 27.3%, la mitad que arrojó este estudio, pero con el 45,5% de riesgo a padecerlo. Sin embargo, muestra concordancia con la prevalencia del diagnóstico de Síndrome de Burnout, en el género femenino, siendo más alto, ya que se obtuvo una prevalencia del 16,9%, que puede orientarnos a analizar que las mujeres están asumiendo cargas intralaborales muy fuertes y culturalmente los roles extralaborales están generando estrés a niveles considerables. También se correlaciona el mayor agotamiento entre los médicos que laboran en los servicios de urgencias.

En 3 hospitales de públicos de una ciudad de Francia, en el servicio de urgencias, se evaluó la prevalencia del agotamiento entre el personal de urgencias y determinaron los factores asociados. Encontrando una tasa de participación del 71,6%. Donde el agotamiento emocional (EE) y la despersonalización (DP), correspondían a 15,8% y el 29,6% respectivamente. La prevalencia de agotamiento fue del

34,6%, definida como un nivel anormal de EE o DP. La categoría médica fue significativamente más afectada por el agotamiento en comparación con sus colegas de otros servicios, casi un médico de urgencias de cada dos tuvo agotamiento (50,7%).<sup>36</sup> Estos resultados nos permiten resaltar, que la prevalencia en el servicio de urgencias es bastante significativa, de 50.7%, con relación al resto de médicos de otros servicios; siendo un resultado similar al encontrado en esta investigación, donde es mayor en estos servicios, no tan alto como en este estudio, ya que sólo se encontró 12,5% de los médicos con prevalencia de Burnout, en el servicio de salas de urgencias. Probablemente debido a que esta población, se enfrenta a situaciones intensas y agudas (gravedad de las patologías, imprevisibilidad de situaciones, carga emocional y frecuente violencia física y verbal por parte de pacientes y familiares ansiosos), lo que potencia el desarrollo del estrés y agotamiento.

La British Medical Association, de Inglaterra, aplicó a los miembros y no miembros, una encuesta abierta, en el mes de octubre de 2018. Donde se evidenció que la mayoría de los médicos (80%) tenían un riesgo alto de padecer agotamiento o Burnout y con mayor riesgo, los médicos más jóvenes. Además, que los médicos que trabajan las horas semanales más largas (51 horas o más por semana), tenían más probabilidades de decir



que estaban sufriendo actualmente estrés laboral (8). Estos resultados, en concordancia con nuestra población, muestran mayor vulnerabilidad el hecho de tener factores de riesgo psicosocial en la carga de horas laboradas y en la población más joven.

En América latina, encontramos estudios como el realizado en la ciudad de Arequipa (Perú) donde se investigó la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de médicos de la ciudad de Arequipa, encontrando que se presentaba un bajo porcentaje de galenos con síndrome de burnout, pero un alto porcentaje se encuentra en riesgo de padecerlo. Siendo significativo 42,5% de los médicos participantes presentan niveles leves de agotamiento emocional, 29,9% moderados y 27,6% severos. El 28,7% tiene niveles leves de despersonalización, 21,8% moderados y 49,4% severos. Asimismo, 52,9% tiene niveles leves de baja realización, 12,6% moderados y 34,5% severos. Finalmente, 1,1% tiene niveles leves de síndrome de burnout, 92% moderados y 6,9% niveles severos (47). En comparación a el HUSJ, se observan similitudes, ya que el 45% de médicos no tienen el diagnóstico de Burnout, pero si el riesgo alto de padecerlo y en contraste también observamos diferencia en los niveles de despersonalización severa, ya que en el HUSJ son del 0%, siendo en Arequipa alto y significativo.

Al igual que la investigación publicada en la revista habanera de ciencias médicas de Cuba, donde se evidencia que el porcentaje de síndrome de burnout es bajo, 6,7% de los evaluados presentó el Síndrome de desgaste profesional, frente a 31,1% como no propenso. El resto de la población se mostró un 26,6% moderadamente propenso y 35,5% altamente propenso (48). Poniendo en tela de juicio las estrategias presentes en Colombia en cuanto a prevención del desgaste psicosocial en los médicos del país. Factores evaluados como la poca adherencia a la actividad física, el poco tiempo de descanso y recreación conllevan a generar estresores, que impactan no solo a nivel psicosocial sin también físico, sin embargo, pese a la alta prevalencia del desgaste, el 100% de los médicos participantes hicieron referencia a tener una buena relación con los pacientes familiares y entorno laboral lo que indica que no existe presencia de despersonalización en la población.

En cuanto al tipo de contratación posiblemente pudiese ser un factor estresor, sin embargo podría ser un sesgo para esta investigación puesto que el porcentaje de médicos contratados por empresas temporales externas es mucho mayor (84,1%) al de los contratados de manera directa (15,9%) por tanto no hay una manera de medir efectivamente si este factor influye o no en el síndrome de burnout, dado que se pudo eviden-

ciar también que en un porcentaje de los médicos contratados por el HUSJ presentaban también baja realización personal (9.1%). Teniendo en cuenta el impacto personal familiar y social del burnout, se hace necesario adoptar medidas para promover la salud y el confort en el trabajo.

Con respecto a los resultados encontrados en el estudio de prevalencia del síndrome de burnout en los médicos generales del HUSJ de Pereira, concuerdan con el estudio realizado en 3 Clínicas Privadas de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia, donde se evidencia que los profesionales que se encuentran en un nivel alto de síndrome de quemarse en el trabajo, en su mayoría son mujeres, solteras y sin hijos, y el 100% trabaja en urgencias, además, los profesionales con bajos niveles de Síndrome de Burnout se relacionaba directamente con tener pareja estable e hijos, como factor protector.<sup>29</sup> Datos que son similares a los encontrados en la investigación realizada en el HUSJ de Pereira, donde se observó una prevalencia mayor de síndrome de burnout, también en las mujeres, sin hijos y solteras, además coinciden en que el porcentaje más alto se presenta en el área de urgencias. Durante este estudio además se concluyó que la prevalencia del síndrome de burnout se encuentra alrededor del (27,3%) de la población, un porcentaje importante, en el cual no se han tomado medidas correctivas lo que

conlleva a un peligro inminente que esta cifra aumente con el paso del tiempo.

## 9. Conclusiones

En el Hospital Universitario San Jorge de Pereira (HUSJ), se encuestaron y evaluaron 44 médicos (7 contratados por planta y 37 por empresa temporal) pertenecientes a 7 áreas de servicios (Hospitalización de medicina interna, Hospitalización quirúrgica, Hospitalización materna infantil, UCIM, salas de observación de urgencias (expansión, pasillo, observación hombres, observación mujeres), urgencias pediátrica, trauma y consultorio. Evidenciando que el género es equitativo, siendo un 54,5% masculino, frente a un 45,5% femenino. Se encontró una mayor tendencia de edades comprendidas entre los 20 y 30 años, equivalente al 36,4%, población relativamente joven, concentrada en su mayoría en las salas de observación de Urgencias (expansión, pasillo, observación de hombres, observación mujeres). En cuanto al estado civil, el 27,3% de la población estudiada está en unión libre, 29,5% está casada, siendo significativamente mayor, la población soltera con un 36,4%. Los médicos con hijos, fueron el 55,5% de la población y un 45,5% viven en estratos sociales de nivel 3. Un 70,5% de médicos tienen personas a cargo. También se identificó que un 65,9% no están generando espacios para disipar y relajarse de las altas de-

mandas emocionales y psicológicas que genera su praxis profesional en el hospital. Las cargas económicas son otro factor extralaboral importante, con un 43,2% de la población de médicos que tienen responsabilidades económicas mensuales por algún tipo de renta. En cuanto a la antigüedad, el 63,7% más de 3 años en la institución y como dato bastante significativo, el tipo de vinculación que tienen los médicos del hospital, su gran mayoría tiene vinculación por medio de empresas temporales con un 84,1%, frente a un 15,9% de médicos con vinculación directa con el hospital.

En cuanto a los resultados derivados del síndrome de burnout, mediante la escala Maslach para medir el agotamiento emocional, deja en evidencia que el 40,9% presentan agotamiento emocional, siendo mayor en la población masculina con un 23,6%, frente a un 17,3% en las mujeres. Los factores intra laborales y extra laborales juegan un papel fundamental en la investigación, resultando evidente en el estudio, para el género femenino, mayores prevalencias en áreas de salas de observación y urgencia, trauma, consultorio y hospitalización de medicina interna. También el tipo de contratación juega un papel fundamental a nivel subjetivo y emocional de los médicos estudiados, ya que las evidencias de los resultados ponen en descubierto el agotamiento emocional por el tipo de vínculo la-

boral que tienen los médicos con el HUSJ, obteniendo un agotamiento emocional mayor en los médicos tercerizados con un 31,5%, frente a los médicos de planta con un 9,4%.

Respecto a la despersonalización, se encontró que el 100% de la población de médicos analizada no padecen conductas y actitudes desobligantes con las personas que se relacionan diaria.

En cuanto a la falta de realización personal y profesional, se encontró presente en un 59,1%, con baja moral, percepciones negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, situaciones que llevarán a los médicos a percibir depresiones leves y bajo rendimiento laboral. De este 59,1%, fue mayor en la población femenina con un 32,8%, frente a un 26,3% de los hombres y nuevamente los servicios donde se presenta esta esfera más afectada, fueron los servicios de salas de urgencias seguidos de hospitalización de medicina interna en ambos géneros. La contratación por empresa temporal tuvo una afectación del 45,96%, frente a contrato por planta con sólo un 13,1%.

Respecto a la satisfacción laboral de los médicos generales del HUSJ de Pereira es importante resaltar que el 90,9% de los médicos se encuentran en un estado de ambivalencia, situación que se debería analizar detenidamente. Sólo el 2,3% de los médicos siente insatisfacción laboral y el 6,8% están satisfechos en su labor y contexto laboral.

## **10. Recomendaciones**

Se recomienda de manera prioritaria generar acciones preventivas frente al riesgo psicosocial para mitigar la prevalencia del síndrome de burnout, una buena acción debería ser terapias cognitivo conductuales, para el fortalecimiento de las emociones y modificar conductas en los colaboradores de la institución.

Se recomienda planificar con la alta gerencia y las personas a cargo del sistema de SST, la posibilidad de implementar un sistema de vigilancia epidemiológica para riesgo psicosocial, ya que en la satisfacción laboral existe una ambivalencia muy elevada, existe agotamiento emocional y baja realización personal.

Se recomienda planificar un control interno con exámenes periódicos por parte del médico especialista en SST, para regular el ritmo circadiano de los médicos ya que los turnos nocturnos y extensos alteran tienen repercusión directa en la salud.

Se recomienda promover estilos de vida saludable y de adecuada alimentación de los médicos mientras estén en las instalaciones del hospital ya que la alimentación con hábitos deficientes generar alteraciones digestivas que pronto van a tomar protagonismo para afectar el correcto funcionamiento del organismo, proliferando en la salud mental depresiones endógenas.

Se recomienda flexibilizar y planificar adecuadamente los turnos rotatorios y nocturnos, cuando los médicos sienten que no tienen más opción que aceptar un trabajo a turnos rotatorios o nocturnos pueden surgir síntomas de ansiedad

y depresión.

Se sugiere una participación activa de los médicos, para rediseñar el lugar de trabajo, adecuando los espacios con iluminación, confort, ambientes sonoros, sillas ergonómicamente confortables, para las jornadas largas, espacios adecuados de descanso en cada servicio y pausas activas durante las jornadas.

Se recomienda a la alta gerencia mejorar la motivación de los médicos, por medio de estabilidad laboral, promoción, disminuir carga laboral, tener adecuada remuneración, garantizar períodos de vacaciones, promover las garantías laborales en igualdad de condiciones, trato igualitario para los médicos vinculados por empresas temporales, ya que este factor es relevante en los resultados obtenidos, en el diagnóstico de baja realización personal por parte de los médicos contratados por empresas temporales.

### Referencias Bibliográficas

1. Gallegos A. ¿El trabajo lo enloquece? Puede estar 'quemado'. [Internet]. [actualizado el 18 de abril de 2016]. Recuperado de [https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id\\_nota=36316](https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_nota=36316)
2. Ministerio del Trabajo. Síndrome de Agotamiento Laboral -Burnout- Protocolo de prevención y actuación. Bogotá: Mintrabajo; 2016.
3. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). Exposición al estrés: riesgos ocupacionales en los hospitales. [Internet]. [actualizado el 21 de enero de 2015]. Recuperado de <https://www.cdc.gov/>

- spanish/NIOSH/docs/2008-136\_sp/
4. Physician burnout: a global crisis. *The Lancet*. [Internet]. 2019, 394: 93. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31573-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31573-9/fulltext)
5. Acosta-Fernández, Martín, Parra-Osorio, Liliana, Restrepo-García, Javier Ignacio, Pozos-Radillo, Blanca Elizabeth, Aguilera-Velasco, María de los Ángeles, Torres-López, Teresa Margarita, Condiciones psicosociales, violencia y salud mental en docentes de medicina y enfermería. *Salud Uninorte* [Internet]. 2017;33(3):344-354. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jats-Repo/81753881009>
6. Qin Zheng MD, Kun Yang MM, Xue Wang MM, Zhenghang Ou BD, Xiaopeng Su BD, Jing Zhang MD, Miao Qu MD. Burnout among doctors in China through 2018: A protocol of systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2019, 98(37): 1-4.
7. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians. *A systematic Review. Jama*. 2018; 320(11): 1131-1150.
8. British Medical Association. *Caring for the mental health of the medical workforce*. Londres: BMA; 2019.
9. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. [Internet]. 2016; 388: 2272-2281.
10. Leka S, Griffiths A, Cox T. *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham: Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones; 2004.
11. Oficina Internacional del Trabajo. *Boletín Internacional de Investigación Sindical. Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo*. Ginebra: 2016; 8(1-2).
12. Centro de Estudios Sociales y Laborales. *Informe de seguimiento sobre salud y estabilidad en el empleo*. Bogotá: CESLA; 2016.
13. Ministerio de Salud y Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Minsalud, 2015.
14. Posada Suarez EJ. La relación trabajo – estrés laboral en los Colombianos. *Rev CES Salud Pública*. 2011; 2(1): 66-73.
15. Ministerio de Salud. *Entorno laboral saludable como incentivo al talento humano en salud*. Bogotá: Minsalud, 2016.
16. UGT Aragón. *Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral*. Aragón: Secretaria de Acción Sindical, salud laboral y medio ambiente.
17. Rodríguez Gama A. *El estrés laboral de los trabajadores colombianos*. [Internet]. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/10/articulo-estrees-laboral-04-de-octubre-de-2013.pdf>
18. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: a review. *EXCLI Journal*. 2017; 16:1057-1072.
19. Moreno Jiménez B, Báez León C. *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
20. Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L. *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente de*



- trabajo tradicional. Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. Francia: Organización Mundial de la salud, 2008.
21. Villalobos G. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales, aproximación conceptual y valorativa. *Cienc Trab.* 2004; 6(14):197-201.
  22. García Campayo J, Puebla Guedea M, Herrera Mercadal P, Dauden E. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermosifiliogr.* 2015.
  23. Maslach C y Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behaviour.* 1981; 2.
  24. Aranda Beltran C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte.* 2016; 32(2):218-227
  25. Van der Jeijden B, Mulder RH, Konig C, Anselmann V. Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine.* 2017; 96(15).
  26. Dieser RB, Edginton CR, Ziemer R. Decreasing Patient Stress and Physician/Medical Workforce Burnout Through Health Care Environments: Uncovering the Serious Leisure Perspective at Mayo Clinic's Campus in Rochester, Minnesota. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(7):1080-1087.
  27. Aldrete Rodríguez MG, Navarro Meza C, González Baltazar R, Contreras Estrada M, Pérez Aldrete J. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia y Trabajo.* 2015;(52):32-36.
  28. Santos AS dos, Monteiro JK, Dilélio AS, Sobrosa GMR, Borowski SB Von. Contexto Hospitalar Público E Privado: Impacto No Adoecimento Mental De Trabalhadores Da Saúde. *Trab Educ e Saúde.* 2017;15(2):421-38
  29. Aguirre Roldán AA y Quijano Barriga AM. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet].* 2015;44(4):198-205. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017>
  30. Hospital Universitario San Jorge. [Internet]. Pereira: HUSJ. Recuperado de <http://husj.gov.co/resena-historica/>
  31. Resolución 1016 de 1989, [Internet]. [31 de marzo de 1989]. Recuperado de <http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/Resolucion%201016%20de%2089.%20Progrmas%20de%20Salud%20Ocupacional.pdf>
  32. Salazar Gómez, CA. Aspectos normativos en la legislación Colombiana para la determinación como enfermedad profesional del estrés laboral. *Rev. CES Salud Pública.* 2011;2(1):85-90.
  33. Decreto 614 de 1984. *Diario Oficial,* No. 36.561, [14 de marzo de 1984].
  34. Decreto 1832 de 1994. *Diario Oficial,* No. 41.473, [3 de agosto de 1984].
  35. Decreto 205 de 2003. *Diario Oficial,* No. 45.086, [3 de febrero de 2003].
  36. Ley 1010 de 2006. *Diario Oficial,* No. 46.160, [23 de enero de 2006].



37. Resolución 2646 de 2008. [Internet]. (17 de julio de 2008). Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/RESOL.%202646%20DE%202008%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf>
38. Resolución 652 de 2012. [Internet]. [30 de abril de 2012]. Recuperado de [http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/45107/resolucion\\_00000652\\_de\\_2012.pdf/d52cfd8c-36f3-da89-4359-496ada084f20](http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/45107/resolucion_00000652_de_2012.pdf/d52cfd8c-36f3-da89-4359-496ada084f20)
39. Ley 1616 de 2013. [Internet]. [21 de enero de 2013]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
40. Decreto 1072 de 2015. [Internet]. [26 de mayo de 2015]. Recuperado de <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8>
41. Decreto 052 de 2017. [Internet]. [12 de enero de 2017]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%2052%20DEL%2012%20ENERO%20DE%202017.pdf>
42. Cifuentes Olarte A, Cifuentes Giraldo OL. Normas legales en seguridad y salud en el trabajo. 2ª ed. Bogotá: Ediciones de la U, 2017.
43. Resolución 8430 de 1993. [Internet]. [4 de octubre de 1993]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
44. Spector, PE. Medición de la satisfacción del personal de servicio humano: Desarrollo de la Encuesta de Satisfacción Laboral. *American Journal of Community Psychology*, 1985. 13, 693-713.—(35)
45. Chambers NLC, Frampton CMA, Barclay M, Mckee M. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. *Open*. 2016: 1-10.
46. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *Bio-med Research International*. 2019.
47. Agueda Muñoz T, Arias Gallegos WL, Caycho Rodriguez T. Síndrome de Burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat* 2019; 57(2): 139-148.
48. Acosta Torres J, Morales Viera L, Alvarez Gutierrez G, Pino Alvarez Y. Síndrome de desgaste profesional en médicos del Hospital Docente Pediátrico Cerro. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019; 18(2):336-345.

## Capítulo III

### Síndrome de Burnout y factores estresores en profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel en Pereira

Julieth Margarita Ortiz Quintana<sup>1</sup>, Rubén Alexander Bejarano Murillo<sup>2</sup>,  
Diana Marcela Marín Gallego<sup>3</sup>, Mercy Soto Chaquir<sup>4</sup>

#### Resumen

Los profesionales de enfermería se encuentran expuestos a diversos factores psicosociales, además las condiciones laborales y la situación contractual de los profesionales de la salud son generadores de gran estrés; este influyendo en la aparición del síndrome de burnout (SBO). De esta forma es importante medir el nivel del síndrome en el cual puedan posicionarse y también aquellos factores estresores que se pueden llegar a considerar como desencadenantes. Con el objetivo de determinar la frecuencia e intensidad del síndrome de Burnout y factores estresores en enfermeras(os) de un Hospital en el departamento de Risaralda en el segundo periodo del año 2019. Es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, tomando una muestra 75 profesionales de enfermería de un Hospital de referencia de la ciudad de Pereira, basado en la aplicación del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) para medir el nivel de burnout y el The Nursing Stress Scale por el cual se identifican

los principales factores estresores. Dentro de los resultados se encontró que la prevalencia de las personas encuestadas son mujeres, con un 42,70% con satisfacción laboral regular, además un 3% de la población estudiada presentaría burnout y aunque el 31% no tiene Burnout cabe resaltar que el 67% de los profesionales tienen una o dos subescalas alteradas lo cual los clasifica en un nivel intermedio de SBO o en riesgo de padecer a futuro SBO alto. En cuanto al agotamiento emocional, se presentó un nivel medio, un nivel bajo de despersonalización y un alto grado de realización personal. En el 67% de los participantes se encontró una o dos subescalas alteradas que los ubica en un nivel intermedio de Burnout o en riesgo de padecerlo a futuro, por lo tanto, se recomienda realizar un seguimiento a largo plazo ya que es un personal que se encuentra expuesto a varios factores de riesgo que en sumatoria pueden afectar su bienestar y desempeño.

**Palabras clave:** Burnout, Personal de enfermería, Estrés laboral.

1. Enfermero, Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Enfermera, Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo
3. Enfermera, Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo
4. Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico, Magister en Enfermería

### Chapter III

#### **Burnout syndrome and stress factors in nursing professionals in a third level hospital in Pereira**

##### **Abstract**

Nursing professionals are exposed to various psychosocial factors, besides working conditions and the contractual situation of health professionals are generating great stress; influencing the onset of burnout syndrome (SBO). It is important to measure the level of burnout syndrome in which they can position themselves, but also those associated factors that can be considered as triggers. To determine the frequency and intensity of Burnout syndrome and stressors in nurses from an IPS in the department of Risaralda in the second period of the year 2019. It is a study of type a descriptive and cross-sectional study, taking as sample the total nursing staff of a IPS in the city of Pereira, based on the application of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) to measure the level of burnout and The Nursing Stress Scale by which the main stressors are obtained. The prevalence of

the people surveyed are women, with 42.70% with regular job satisfaction, in addition 3% of the study population would present burnout and although 31% do not have burnout, it should be noted that 67% of professionals have one or two altered subscales which classify them at an intermediate level of SBO or at risk of future high SBO. It was found in the nurses (a) emotional exhaustion corresponding to a medium level, a low level of de-personalization and a high degree of personal achievement, of the total of the participants, 67% present one or two altered subscale which classifies them in an intermediate level of burnout or at risk of suffering it in the future, therefore a long-term follow-up must be carried out since it is a staff that is exposed to various risk factors that in sum can affect the well-being and performance of these professionals.

**Key words:** Burnout, Nursing staff, Work stress.

## Introducción

En diferentes contextos tanto laborales como extra laborales, se ha investigado el síndrome de burnout, desde el origen del constructo en 1974 hasta su consolidación en 1981 por las autoras Maslach y Jackson como la presencia de un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal; también se ha estudiado la presencia de burnout como una posible consecuencia a periodos largos de exposición a estrés incluso en personas con factores protectores como los deportistas.

El síndrome de burnout se caracteriza por ser un cuadro de cansancio emocional cuyas consecuencias incluyen la pérdida de motivación, que más adelante puede llegar a progresar a sentimientos de fracaso. (1)

El síndrome se presenta en aquellos trabajadores que se encuentran en un entorno laboral con una serie de dificultades, como el personal de enfermería, los docentes o todos aquellos quienes laboran permanentemente en contacto con otros individuos. Estos trabajadores se pueden llegar a desgastar emocionalmente, lo que traduce en la disminución de la capacidad para realizar de forma correcta sus labores, lo que a medida del tiempo puede desencadenar la mala actitud del trabajador en su entorno, en este caso en específico,

disminución en la calidad de atención hacia los pacientes.

La definición más conocida es la de Maslach y Jackson, donde el objeto de labor son los mismos seres humanos y describen este síndrome en tres dimensiones, que se caracteriza por el agotamiento emocional (cansancio), despersonalización y disminución en la realización personal en el ámbito laboral. (2)

Dadas las condiciones actuales de la salud a nivel de Colombia, como el tipo de contratación, trabajo por turnos, relaciones interpersonales con pares y el resto del equipo de salud, conflictos personales, sobre carga laboral, entre otros, se convierten en los factores que pueden llegar a propiciar la aparición de éste, afectando el rendimiento en el ejercicio de su labor en cualquiera de sus esferas sumado a la capacidad del profesional de enfermería para afrontar cualquier novedad o hecho diario que puedan llegar a generar alguno de los sentimientos que caracterizan al síndrome y que son definidos por Maslach y Jackson.

“El capitalismo como modelo de desarrollo económico predominante en América Latina incrementa la pobreza ensanchando la brecha entre el capital y el trabajo, aumentando así la inequidad e impactando en la salud de los trabajadores. Esta situación se refleja en la fle-

xibilización y precarización de las condiciones de trabajo del sector salud, produciendo un deterioro en la calidad de vida y en las formas de trabajo que impacta la salud de los trabajadores e incide en el incremento de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales". (2)

Las consecuencias del burnout no solo pueden llegar a modificar la conducta en el entorno laboral, sino también pueden llegar a provocar un accidente laboral; éste último no solo se puede producir por falta de uso de los elementos de protección personal, sino también por la falta de concentración al realizar las labores y todo esto es prevenible.

Según el Consejo Técnico Nacional de Enfermería en el ámbito asistencial, se pueden deteriorar con facilidad las condiciones laborales en los trabajadores del sector salud, que permanentemente se encuentran expuestos a factores de riesgos ergonómicos, biológicos, físicos y psicológicos y que bajo estas condiciones llegan a desarrollar alteraciones que están presentes pero que no se perciben con facilidad. (3)

Los profesionales de enfermería perciben su trabajo como fuente de realización personal, teniendo en cuenta que aman la labor que desempeñan y poseen la capacidad para llevar a cabo sus metas y conseguir buenos

resultados en su trabajo; por el contrario cuando sienten que su rendimiento profesional no es el óptimo, que no existe una realización personal y profesional y que no hay logro alguno en cada actividad ejecutada, tienden a emplear diversas estrategias para afrontar dichas situaciones, cuando estas fallan repercuten directamente en el actuar del profesional, disminuyendo así su desempeño laboral, causando agotamiento físico y emocional llegando a la indiferencia frente situaciones cotidianas. (3)

Cuando disminuye la realización personal, a su vez reduce la motivación a cumplir las metas en el trabajo, creando sentimientos de frustración, lo que se ha relacionado con profesionales que tienen problemas con sus pares e integrantes del equipo de trabajo, inclusive pueden llegar a desarrollar sentimientos negativos frente a los turnos que deben realizar día tras día. (3) "En cuanto al desgaste psíquico, el personal de enfermería presenta un agotamiento emocional y físico, sintiendo que ya no es posible dar más de sí mismos y en el campo afectivo sus recursos se encuentran al límite". (3)

En este contexto el estrés generado por la situación contractual presentada en los últimos años en Colombia se ha agravado con la puesta en marcha de políticas que minimizan poco a poco las garantías de los trabajadores que pertenecen al sector salud,

también teniendo en cuenta los horarios tan extensos que deben cumplir, por tal razón inician las ideas normativas, como:

“La reestructuración para disminuir costos en la atención de los pacientes, la contratación por prestación de servicios, cambio en las condiciones de trabajo, el aumento de la edad para la jubilación, entre otros factores y en donde es importante tener en cuenta las repercusiones físicas y emocionales como la depresión, la ansiedad, el alcoholismo, la farmacodependencia, la dificultad para trabajar en grupo y la baja productividad”. (4)

La presencia de este síndrome va en contravía de lo que significa el cuidado en la enfermería y en donde no se podría ir en pro de la satisfacción y el mejoramiento continuo en la calidad en la atención, el uso de mejores tecnologías, una atención humanizada y sin duda el personal cualificado y comprometido en el desempeño de sus labores. (4)

Por lo anterior se hace necesaria abrir la brecha en el conocimiento a nivel Nacional, departamental y local sobre el síndrome de Burnout y los factores estresores que lo desencadenan en el personal de enfermería, lo cual siempre ha sido ampliamente objeto de estudio en países extranjeros en su gran mayoría, según la búsqueda de artículos realizada para

esta investigación.

Por tal motivo el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y factores estresores en enfermeras(os) de un Hospital del departamento de Risaralda durante el segundo periodo del año 2019.

## 1. Planteamiento del problema

El síndrome de burnout, uno de los principales problemas de salud de los trabajadores a nivel mundial, de mayor aparición en los profesionales de servicios cuya actividad principal es la atención directa y constante de personas, siendo los profesionales de la salud los más afectados, como lo ratifican las altas prevalencias documentadas en investigaciones recientes, como en Granada, España donde se encontró una prevalencia del 25,8% en profesionales sanitarios, o el hospital san Jorge de Huesca en donde se obtuvo una prevalencia del 31,8%. (5) (6)

La OIT argumenta que el estrés en el trabajo y sus consecuencias, en este caso el burnout, son un reto colectivo, debido la progresiva aparición en los trabajadores a nivel mundial, los informes mencionados en distintas regiones vislumbran su impacto:

“En Europa por medio del informe sobre los Riesgos psicosociales: prevalencia y estrategias de pre-



vención (2014) se estableció que el veinticinco por ciento de los trabajadores habían experimentado estrés relacionado con el trabajo durante todo o la mayor parte de su tiempo de trabajo, y un porcentaje similar informó de que el trabajo afectaba de forma negativa a su salud”.(7)

En las Américas, según la I Encuesta Centroamericana sobre las Condiciones de Trabajo y la Salud (ECCTS, 2012), más de uno de cada diez encuestados declararon haber sentido constantemente estrés o tensión, tristeza o depresión debido a las preocupaciones por las condiciones de trabajo. (8)

En Argentina, la 1ra Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (2009) mostró que el veintiséis punto siete por ciento de los trabajadores reportaron que sufrían de carga mental, considerando su trabajo excesivo.(9)

En Brasil, un estudio encargado de examinar las ausencias por enfermedad como consecuencia de accidentes laborales o enfermedades profesionales, concluyó que el catorce por ciento de las prestaciones sanitarias anuales eran debidas a enfermedades mentales.

En Chile, según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

(2011), el veintisiete punto nueve por ciento de los trabajadores y el trece punto ocho por ciento de los empleadores informaron de que el estrés y la depresión estaban presentes en sus empresas.(10)

En Colombia, según la primera Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Trabajo y Salud del Sistema General de Riesgos Profesionales (2007), el veinticuatro punto siete por ciento de los hombres trabajadores y el veintiocho punto cuatro por ciento de las mujeres trabajadoras calificaron su nivel de estrés entre el 7 y el 10 en una escala de 10 puntos.(11) (12)

El panorama de burnout para ser más exactos, no es distinto, prevalencias altas de trabajadores con síndrome de burnout o en riesgo de padecerlo, es el caso del personal de enfermería de un hospital de Arequipa, Perú; presentó valores de 91,5% para nivel moderado como lo afirma Arias Galleo o como en Michoacán México, donde encontraron prevalencia positiva de un nivel bajo del Síndrome de Burnout, considerando que es igual de importante establecer estrategias para que este nivel no aumente. (11) (13)

En Colombia existen diversos estudios acerca de burnout, en el 2014 se encontró que los profesionales de la salud de cuatro instituciones de Florencia presentaban una prevalencia

significativa del 29,3%. En el 2016 un estudio realizado al personal de enfermería de un hospital de referencia de la ciudad de Ibagué mostró que el 36% se encontraba por encima del nivel medio de burnout; lo que contrasta con lo encontrado en Popayán en el 2018, donde se obtuvo tan solo el 1,7% de prevalencia en el personal de enfermería del hospital de San José. A nivel de Risaralda se encontró una prevalencia del 49.74% en el personal asistencial de un hospital del departamento.(4)(14)(15)(16)

El personal de enfermería del Hospital en donde se llevó a cabo la investigación se desempeña en una institución de referencia a nivel departamental y regional. Cuenta con un tercer nivel de atención lo que genera un alto porcentaje ocupacional de las 400 camas institucionales, la institución también cuenta con un departamento de docencia servicio e investigación, lo cual permite a los estudiantes de las universidades e institutos realizar sus prácticas formativas lo que implica un flujo permanente de docentes y estudiantes. Otro aspecto que afecta directamente a los profesionales de enfermería, es la modalidad de la contratación, ya que se encuentran bajo tres modalidades conocidas de contratación, una de ellas es la contratación por planta, otra por prestación de servicios y por obra labor.

Estas dos últimas modalidades de contratación pueden producir descon-

cierto en el personal ya que son más vulnerables al despido por termino de contrato generando inestabilidad laboral y alta rotación del personal, aspecto que puede llegar a actuar como factor desencadenante de estrés y un punto positivo para estas características hacen que el desempeño laboral de sus trabajadores y en especial en el área de enfermería se expongan a situaciones permanentes de estrés aparición del Síndrome de Burnout.

Aunque el síndrome de burnout ha sido abordado en varias investigaciones, es un problema que se debería estudiar a fondo en cada institución de manera regular, debido a que las condiciones de trabajo y los factores asociados a su aparición se transforman en nuestra sociedad día a día, afectando de forma importante la salud de los trabajadores y la calidad en la atención; conocer cuáles son las condiciones y factores que más influyen, es una herramienta indispensable para generar planes de mejora; por consiguiente surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout y factores estresores en enfermeras (os) en un Hospital del departamento de Risaralda en el segundo periodo del año 2019?

Para establecer correlaciones entre el nivel de Burnout, factores sociodemográficos y factores laborales; brindando un panorama general y sugerir

intervenciones basadas en evidencia científica.

## **2. Justificación**

Los profesionales de enfermería se encuentran expuestos a diversos factores psicosociales y pueden llegar a desarrollar este síndrome con facilidad, el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores estresores en enfermeras(os) en un Hospital del departamento de Risaralda en el segundo periodo del año 2019, evaluando mediante el cuestionario de Maslach, tres aspectos del síndrome, como son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; “Se entiende que el síndrome de burnout se origina por la constante exposición al agente estresor (factor psicosocial), es por lo que se sabe que una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar este síndrome son los profesionales de la salud, principalmente el personal de enfermería y los médicos”. (17)

La definición actual aceptada por investigadores es: “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”. (3)

Para el año 2.000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró

al síndrome de burnout como un riesgo existente para los trabajadores, bajo el ámbito del deterioro mental y físico que puede llegar a ocasionar en ellos.

El Burnout se identificó inicialmente en profesionales quienes desempeñan actividades en donde la interacción con personas es la base de su labor, como médicos, enfermeras, profesores, entre otros; pero en la actualidad puede llegar a afectar a cualquier individuo. (17); “La mayor incidencia de este síndrome se da en profesionales que ejercen una función asistencial o social, por lo que el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva a repercusiones en la sociedad en general”. (1)

En el sector salud el Síndrome de Burnout ha sido ampliamente estudiado y se relaciona con sobrecarga laboral, deseo de cambiar de trabajo e inclusive en algunos países, se considera como un diagnóstico médico-legal que amerita descanso médico legalmente. (17)

Con lo anteriormente mencionado los profesionales de enfermería, al ser una de las disciplinas que tienen mayor tiempo de contacto con los pacientes y familiares, situación que puede llegar a precipitar la aparición del síndrome, sumado a las relaciones interpersonales con compañeros de trabajo sin dejar a un lado cualquier novedad en sus vidas privadas

que generen aún más desgaste físico y psicológico.

Motivo por el cual la población de estudio son dichos profesionales y en donde es de considerar que deben ser objeto de investigación, al ser ellos quienes velan por la salud de los individuos, es necesario seguir aumentando el conocimiento de este síndrome en dicho personal, ahondando no solo en el nivel del síndrome de burnout en el cual puedan posicionarse, si no también aquellos factores estresores que se pueden llegar a considerar como desencadenantes o que a su vez pueden aumentar la posibilidad de la aparición de este síndrome que en la actualidad se encuentra en aumento.

El análisis del síndrome implica una serie de variables que influyen en su presencia; dada la anterior situación han aumentado en los últimos años las investigaciones alrededor de este tema, acompañadas de la identificación y evaluación de las causas de su aparición, sus determinantes y cualquier proceso adyacente a este, teniendo en cuenta de la forma única en que cada individuo reacciona al estrés y que tipo de interacción pueden llegarse a presentar entre las variables personales y laborales. (4)

En Colombia son escasos los estudios acerca de este síndrome en los profesionales del sector salud, a pesar de que no es un problema recién

te, dado a los altos niveles de estrés, exigencia física, psicológica y social que requiere la ejecución de dicha labor y a la cual deben ser sometidos a una serie de normatividad lesiva que regula los actuales términos de contratación del personal de salud. (4)

Dentro de la normatividad colombiana y en cuanto a términos de protección a los trabajadores se encuentra el Decreto 1072 de mayo 26 del 2015 en donde por tratarse de un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa alguna, en donde se amplía la formulación y adopción de políticas que velan por el respeto a los derechos y las garantías en el sector trabajo, a través de un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control. (18)

La resolución 4886 de 2018 en la que se implementa la política de Salud Mental, recopilando varias normas y la cual se desarrolla en base a cinco componentes, con el de fomentar la promoción y prevención de trastornos mentales en la población. (19)

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en donde para la población trabajadora se plantean acciones sectoriales e intersectoriales que incidan de forma positiva en las condiciones de trabajo de dichos individuos, en el sector formal e informal de la economía, donde se describen

estrategias para la prevención y mitigación de la aparición de riesgos laborales, propiciando así entornos laborales saludables. En uno de los apartes de este Plan Decenal se abre nuevamente la brecha del derecho al goce de una buena salud mental en el ámbito laboral donde se pone en manifiesto componentes y estrategias de promoción y prevención, atención integral a problemas y trastornos mentales y a las diferentes formas de violencia. (20)

Dado que, si existe en el país legislación que proteja la salud mental de los trabajadores, de esta forma al ser escasa las investigaciones Colombia sobre las repercusiones de la aparición del Burnout en grupos de profesionales de la salud como enfermería, lleva justamente a investigar más sobre esta problemática.

A partir del análisis anterior se puede abrir la brecha sobre su prevalencia en este personal, lo que podría llegar a generar y abrir nuevos campos de investigación siguiendo la línea del burnout como su fundamento para futuras investigaciones, por lo tanto, es una necesidad actual indagar y ahondar en un tema de tal relevancia, que no es desconocido, y al ser un síndrome que no es ajeno a la era moderna, y que incluso puede llegar a desencadenar patologías derivadas directamente de la sobre carga laboral y emocional que acarrea el simple hecho de laborar en una clínica, hos-

pital o en cualquier servicio en donde se interactúe constantemente con otras personas, que si bien, son la razón de ser de esta disciplina pueden llegar a jugar en contra bajo ciertos criterios que motivan la aparición del síndrome.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo General**

Determinar la Prevalencia del síndrome de Burnout y factores estresores en enfermeras(os) de un Hospital del departamento de Risaralda en el segundo periodo del año 2019.

#### **Objetivos Específicos**

- Caracterización sociodemográfica y condiciones laborales de los profesionales de enfermería en un Hospital del departamento de Risaralda.
- Evaluar la prevalencia de burnout y los factores estresores presentes en las enfermeras (os) de un Hospital en Risaralda.
- Determinar la asociación entre los factores estresores y el síndrome de burnout en las enfermeras(os) de un Hospital en Risaralda.

### **4. Marco de referencia**

#### **4.1 Estado del arte**

El hospital en el cual se lleva a cabo el estudio, a través de los años ha

contado con un alto reconocimiento en la región. Su crecimiento ha sido de manera paulatina y a lo largo del tiempo han sido muy representativos los cambios tanto en infraestructura como en prestación de servicios de salud para los regímenes más bajos del departamento. En el momento presta servicios de mediana y alta complejidad y al ser una institución del estado en donde trabajan una gran cantidad de enfermeras y enfermeros, cumpliendo así con los requisitos de la investigación.

Recordemos que el síndrome de burnout es aquel que se produce en el entorno laboral y se presenta con mayor facilidad en el personal de salud y docentes siendo la principal causa del ausentismo laboral y su afectación se refleja en la calidad de atención que ofrece el personal que la padece.

Vale la pena identificar cuáles son las condiciones laborales del personal de enfermería de este hospital, ya que la calidad de la prestación de sus servicios debe ser alta y tener trabajadores con síndrome de burnout repercute directamente en la recuperación de los pacientes que tienen a su cargo. (21)

El término Burnout viene del anglosajón que significa estar quemado, gastado, exhausto y desilusionado con el trabajo. (16) .También llamado síndrome de quemarse en el trabajo, fue descrito por primera vez en 1974 por

el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger. (22)

Este psiquiatra habló de este concepto a raíz de que estudió el estado emocional y físico de sus colaboradores y en cada uno de ellos observó que al hacer sus labores éstos se esforzaban poniendo en riesgo su salud con tal de alcanzar las metas y objetivos trazados, aun así, obteniendo a cambio poco o nulo agradecimiento o recompensa de los demás. Producto de este sobre esfuerzo y al pasar tres años de labores, los trabajadores empezaron a presentar ciertas conductas de irritabilidad, extenuación, actitudes poco adecuadas ante los clientes y negación.

A lo largo de los años de estudios también fue evidente la importancia y significado que tiene el trabajo para la persona, debido a esto, notaron que los individuos iban creando habilidades para afrontar lo que estaban viviendo, en algunos casos estas estrategias no eran lo suficientemente efectivas, lo que generaba excesiva implicación en las labores, terminando así en bajo rendimiento laboral, desatención a los clientes y muchas veces a ellos mismos. (23) Desde entonces la expresión “estar quemado” ya no solo era estrés laboral, se empieza hablar usando el término Burnout.

Entonces se referían a éste como una respuesta al estrés emocional cróni-



co relacionado con el trabajo, caracterizada por un conjunto de síntomas de graduación variable, que incluyen: desmotivación, irritabilidad, cinismo, ansiedad y depresión. Más tarde Maslach, definió como una respuesta al estrés crónico que incluye un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y que se presenta principalmente en quienes trabajan en contacto directo con personas (13).

Como resultado de esta sintomatología se da en los trabajadores algo conocido como la despersonalización, la cual se conoce como el desarrollo de actitudes negativas e insensibles de las personas que brindan servicio de atención. Como consecuencia de ésta, las personas sienten que no avanzan en sus proyectos de vida, sumado a la falta de realización personal en el trabajo, que es el modo en cómo nos evaluamos a nosotros mismos, en ocasiones de forma negativa, en algunos casos hasta evitando las relaciones interpersonales y profesionales, con producción disminuida e incapacidad para tolerar la presión laboral. (23)(24)(25)(26)(27)

Se han definido diferentes factores profesionales, institucionales y personales relacionados con la aparición del síndrome. Los factores de riesgo relacionados especialmente con el profesional de la salud son:

**Factores ambientales:** todo lo que

rodea a la persona, su entorno.

**Factores personales:** la personalidad, su carácter, temperamento, estrategias de afrontamiento, supresión de pensamientos, mecanismos para mejorar la inteligencia emocional y experiencias.

**Factores de relación con el paciente:** enfermedad, problemas de interacción con los demás y comunicación asertiva.”(28)

En el caso de los trabajadores de la salud, además de los síntomas mencionados anteriormente, también pueden presentar cambios a nivel fisiológico como falta de apetito, cansancio, insomnio, dolores de cabeza, agotamiento; a nivel psicológico cambios de actitud, irritabilidad, ansiedad, frustración y a nivel conductual, hostilidad, incapacidad de concentración y conflictos. (15)

El Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), hace mención de esta situación al afirmar que la sobrecarga emocional es cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos y como consecuencia después de meses o años de dedicación terminaban “quemándose”.

La Doctora Susan Jackson define este síntoma como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos:

1. **Cansancio emocional:** Disminución significativa de los recursos emocionales.
  2. **Despersonalización:** Presencia de actitudes negativas y de insensibilidad.
  3. **Sensación de falta de realización profesional:** Insuficiencia profesional y baja autoestima personal. (29)
- Se debe también mencionar los conceptos diferentes a burnout el cual han dado un paso más allá debido a la confusión conceptual, como, por ejemplo:

Desde un punto de vista organizacional, los profesionales de la salud trabajan en empresas que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones pueden generar inconvenientes de coordinación entre sus miembros, sufren la inexperiencia de los profesionales, problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores y detonantes del conflicto y sobrecarga del rol. (29)

Teóricamente el estrés de los profesionales de la salud en el personal de enfermería, es más alto que el de otras profesiones, debido en gran parte a que afrontan diariamente el dolor y sufrimiento humano de los pacientes y familiares.

La pérdida de energía, la despersonalización y el sentimiento de falta de realización personal, pueden oca-

sionar trastornos en la salud, uso de sustancias psicoactivas e incluso la muerte. Esta situación se ha convertido en una problemática laboral que se extiende a otros planos, como el afectivo, económico, familiar y personal del profesional. (2)

**1. Estrés:** Es el que se presenta como consecuencia de difíciles condiciones psicosociales de los seres humanos en cualquier entorno que se encuentre afectando la salud.(30)(31)

El estrés al ser consecuencia de un factor desencadenante, el ser humano busca la manera de adaptarse a dicho cambio, ya sea de manera positiva o negativa, lo que puede generar tranquilidad ante una buena adaptación o por el contrario más estrés.

Ha sido considerado como la respuesta del organismo a los cambios del entorno, pudiendo desencadenar patologías en el organismo. Los profesionales de Enfermería se encuentran con largos turnos, compañeros competitivos, jefes inmediatos, el seguimiento de guías y protocolos, bajo la mirada no solo del paciente si no también la de

sus familiares, el pensamiento que en cualquier momento en la prestación de la atención se puede presentar fallas en la administración de un medicamento o realización de algún procedimiento, sumado a lo anterior cualquier conflicto en su hogar. Así pues, este personal asume su profesión y su trabajo por voluntad y vocación de servicio a las personas que bajo cualquier circunstancia se encuentren a su cuidado, es por este motivo que al hablar del Síndrome de Burnout surge el cuestionamiento de cómo se puede mejorar el entorno de estos profesionales para seguir prestando su cuidado a la población, sin que ello repercuta en su actuar, que generalmente es bajo presión y puede llevar como se dijo anteriormente a cometer un error no voluntario, pero que implicaría una serie de situaciones aún más estresantes.

**2. Fatiga:** Se conoce como el padecimiento de los seres humanos cuando laboran, incluyendo los ámbitos físicos, emocionales, sociales y espirituales.(31)

En este caso la fatiga física puede llevar al ser humano a no culminar sus labores de manera correcta o desencadenar sentimientos de desinterés en sus responsabilidades, dando un giro a su trabajo de manera negativa.

Una persona puede padecer de ataques de fatiga durante toda su vida, y puede presentarse de dos maneras, física y mental.

**3. Depresión:** Estado de debilidad emocional, caracterizado por sentimiento de culpa. Diagnosticado de manera clínica, la depresión es llamada la primera enfermedad mundial. Las organizaciones internacionales y nacionales buscan la manera de generar conciencia en el tratamiento oportuno de esta patología, o por el contrario actuando bajo la promoción de la salud.

**4. Tedio o aburrimiento:** Insatisfacción laboral producto del aburrimiento y/o presiones emocionales repetidas en cualquier entorno, es decir falta de motivación para realizar las cosas.(21)

Cuando el trabajador siente que sus labores se han vuelto monótonas y no generan satisfacción personal y laboral, situación que puede llegar a producir falta de interés y motivación en el trabajo.

A continuación, se presentan los conceptos centrales de la investigación

## **4.2 Marco conceptual**

**Cansancio emocional:** Se puede manifestar tanto física como emocionalmente. Aunque suene ilógico, el cansancio emocional suele ocurrir

en el horario de la mañana, cuando nos levantamos y decimos... “en solo pensar el día que me toca hoy”. Este tipo de manifestaciones no son más que cansancio emocional.

**Despersonalización:** Es el cambio en cómo una persona se percibe así misma, como si fuese solo observador de las experiencias que ha vivido, es decir, un proceso en cual hay separación repetitiva del cuerpo y los procesos mentales propios de cada individuo.

**Sensación de falta de realización profesional:** Se evalúa al trabajo de forma negativa, con vivencias de incapacidad laboral y baja autoestima personal.

**Estrés general:** Proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos en cualquier momento de la vida.

**Fatiga física:** Cansancio físico producto de sobre carga de esfuerzos.

**Depresión:** Estado psicológico acompañado de sentimiento de culpa.

**Tedio o aburrimiento:** Insatisfacción laboral producto de una actividad monótona o poco interesante para el trabajador.

**Satisfacción e insatisfacción laboral:** Percepción y sentimientos positivos en el individuo, en cuanto a su

entorno laboral y reconocimiento por su buena labor. La insatisfacción por el contrario son una serie de condiciones que la persona considera negativas en su entorno de trabajo.

**El Síndrome Burnout (quemado, fundido):** Síndrome que viene acompañado por un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima. Es un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus labores, el sentido de responsabilidad y pueden llegar a profundas depresiones. (32)

**Trabajo:** Toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores realizadas.

**Salud:** Según la Organización Mundial de la Salud, es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Nivel Burnout:** Presencia del síndrome de acuerdo a los puntajes en el Maslach Burnout Inventory.

**Agotamiento emocional:** Incapacidad dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo.

**Despersonalización:** Desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general de carácter negativo hacia

las personas.

**Realización personal:** En este ámbito del estrés y Síndrome de Burnout se refiere a la tendencia a evaluarse positiva o negativamente, con relación al entorno de cada individuo y la satisfacción que generan los triunfos y progresos.

**Factores estresores:** Cualquier situación, estímulo o elemento, que sea incontrolable y en donde el cambio o desconocimiento puede producir estrés. Los estresores se pueden dividir según el espacio en el que actúan en únicos o múltiples y la intensidad del impacto depende en gran medida de la capacidad individual de afrontar dichos estresores.

Hablar sobre estrés es complejo, al ser muchos los factores que lo pueden desencadenar. Cada trabajador y sobre todo cada persona tiene sus propios detonadores de estrés; sin embargo, es muy importante identificarlos y más aún priorizarlos para poder prevenirlos o intervenirlos teniendo en cuenta cuales son los de mayor frecuencia e impacto.

Las fuentes de estrés que son de mayor interés para los investigadores han sido el desarrollo del trabajo y la tarea, la estructura organizacional, las fuentes de estrés extra laborales, las condiciones físicas del entorno laboral y el rol organizacional del trabajador.

En el personal de enfermería, los factores con más impacto son la relación directa con el paciente, estar en contacto con la enfermedad y la muerte, la comunicación con jefes y subordinados, entre ellos el trato recibido de parte de los médicos de quienes se reciben la mayor parte de directrices, sentir que no se tiene la preparación suficiente o tener dudas e incertidumbre sobre el tratamiento que se está administrando.

Entre otros factores causantes de estrés presentes en este grupo son la falta de recursos para brindar una atención adecuada y de calidad, la organización de horarios laborales y asignación de turnos, la sobrecarga laboral, la falta de apoyo y las competencias como profesional.

### **4.3 Marco legal**

**Bases Legales: enfermedades relacionadas con factores psicosociales**

**Decreto 614 / 1984:** por la cual se determinan las bases para la organización y administración de salud ocupacional en el país. (33)

**Resolución 1016 / 1989:** se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional desarrollados por los empleadores. (34)

**Decreto 1832 / 1994:** se establecen

enfermedades relacionadas con el estrés. (35)

Protocolo de origen de enfermedades relacionadas con el ejercicio laboral/2004.

**Ley 1010 / 2006:** se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral. (36)

**Resolución 2646 / 2008:** se definen responsabilidades para la identificación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial. (37)  
**Decreto 2566 / 2009:** se adopta la tabla de enfermedades profesionales(38)

**Ley 1562 / 2012:** se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. (39)

**Ley 1616 / 2013:** se expide la ley de la salud mental. (40)

**Decreto 1477 / 2014:** se expide la tabla de enfermedades laborales, con doble propósito: Identificar agentes de riesgo para facilitar su prevención y grupos de enfermedades para determinar el diagnóstico médico en trabajadores afectados(41)

**Decreto 1072 / 2015:** por el cual se adoptan políticas, planes generales y proyectos para el trabajo, respeto a los derechos fundamentales y ga-

rantías a trabajadores, optando por el trabajo decente. (18)

Desde la **Constitución Política De Colombia de 1991**, donde nos habla en el artículo 1, que nos dice que Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (42)

**La ley 100 de 1993**, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (43)

**La Ley 1562 de 2012, Decreto 1443 de Julio de 2014**, Artículo 8°. Obligaciones de los Empleadores. El empleador está obligado a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente. (39)

**Ley 1616 de 2013** en donde se garantiza 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. (40)

La enfermedad profesional nace en Colombia en 1950 cuando en los Artículos 200 y 201 del **Código Sustantivo de Trabajo** se estableció inicialmente una tabla con 18 patologías de origen profesional.(46) Luego, el **Decreto 614 de 1984**, en su Artículo 2 literal c, determinó que uno de los objetos de la salud ocupacional es proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo. (44)

**El Decreto 2566 de 2009** es el que

actualmente está vigente para establecer que una enfermedad deba ser calificada como Enfermedad profesional (EP). (38)

**El decreto 1011 de 2006** establece La Calidad de la Atención en Salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.(45)

**En el Decreto 1477 de 2014** mediante el cual se establece la nueva tabla de enfermedades laborales, que evidencia cinco factores de riesgo ocupacional: los químicos, físicos, biológicos, psicosociales y agentes ergonómicos. Además, se observan algunos cambios, entre ellos la creación de la categoría de enfermedades directas, que no exige exámenes previos para que las Administradoras de Riesgos Laborales realicen el pago de las prestaciones del afectado. (41)

**Decreto 1072 de 2015** en donde se recopila las diferentes normas preexistentes en materia del sector trabajo, y en donde en su primer Libro

se hace mención al Ministerio del Trabajo como cabeza del sector, órganos sectoriales de asesoría como las comisiones permanentes y sectoriales, las entidades adscritas y vinculadas, los fondos especiales y organismos de articulación sectorial. En el segundo Libro se desarrolla la estructura general del Decreto , que se divide posteriormente en dos títulos , en el primero se describen las relaciones laborales individuales : en el capítulo 1 las disposiciones generales sobre un contrato individual de trabajo, en el capítulo 2 la jornada laboral, descansos, vacaciones, recreación, en el capítulo 3 las cesantías, en el capítulo 4 el calzado y overoles para trabajadores, en el capítulo 5 el teletrabajo, y finalmente en el capítulo 6 las normas laborales especiales relacionadas con determinados trabajadores. En el segundo título se desarrollan las relaciones laborales colectivas: capítulo 1 se hace mención a los sindicatos, en el capítulo 2 a las prohibiciones y sanciones, en el capítulo 3 a las cutas sindicales, en el capítulo 4 a los sindicatos de empleados públicos, en el capítulo 5 a los permisos sindicales, en el capítulo 6 a las federaciones y confederaciones, en el capítulo 7 a los conflictos colectivos de trabajo y finalmente en el capítulo 8 al fuero sindical. En el tercer título se describe la inspección, vigilancia y control, en el cuarto título los riesgos laborales, en el quinto título juntas de calificación de invalidez, en el sexto título las normas referentes al em-

pleo, en el séptimo título el subsidio familiar, en el octavo título asociatividad social y solidaria y en el noveno título las disposiciones varias. En el Libro 3 se realizan las disposiciones finales. (18)

**Decreto 052 de 2017** el cual modifica el artículo 2.2.4.6.37 del Decreto 1072 de 2015 - Reglamentario del Sector Trabajo, en lo que se refiere a la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el objeto de garantizar la ejecución adecuada de dicho Sistema a través del establecimiento de etapas o fases para su cumplimiento, vigilancia y control, así como la ampliación del plazo de transición para su desarrollo. (46)

**La Resolución 2646 de 2008** en donde se establecen disposiciones y se definen las responsabilidades de los diferentes actores sociales en cuanto a la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, así como el estudio y determinación de origen de patologías presuntamente causadas por estrés ocupacional. (37)

El 10 de octubre de 2018 el ministro de Salud y Protección Social, Juan Pablo Uribe, presentó la nueva **Política de Salud Mental**, como derecho individual, familiar y colectivo. Esta política surge como respuesta

al desafío para combatir la depresión al ser la segunda causa de enfermedad, junto con el incremento de tasas de suicidio e intento de suicidio, y se encuentra basada en cinco componentes:

**- Promoción de la convivencia y salud mental en los entornos:**

en donde se promueve hábitos de vida saludables y fortalecimiento de vínculos sociales, apoyando el programa Sacúdete del Gobierno Nacional, buscando la prevención de trastornos mentales, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes.

**- Prevención de los problemas y trastornos mentales, la epilepsia y la violencia interpersonal:**

en donde se promueve la formación de espacios sociales para la detección temprana de trastornos mentales, riesgo de suicidio, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, y formación en primeros auxilios psicológicos.

**- Atención integral e integrada:**

desarrollo de redes integradas, con un enfoque en atención primaria, integrada junto a servicios de mayor complejidad.

**- Rehabilitación basada en comunidad e inclusión social:**

para la mejora de identificación de personas con trastornos mentales y su posterior seguimiento junto con

su entorno familiar y social.

**- Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial:**

se incorporan 21 medicamentos al plan de beneficios para personas con trastornos mentales, con una inversión de 2.2 millones de dólares para el modelo de atención primaria en salud y se fomentarán acciones de promoción y prevención para la detección temprana, canalización, primeros auxilios psicológicos, educación y rehabilitación incluyente. (19)

**El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**

es un pacto social y mandato ciudadano con objetivos de mediano plazo, construido con la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, articulado con el Plan Nacional de Desarrollo, que busca lograr la equidad en salud entendida como la “ausencia de diferencias entre grupos sociales, innecesarias, evitables e injustas” a través del planteamiento de tres objetivos estratégicos:

1. Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud,
2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la salud, y
3. Cero tolerancias frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables. Mediante la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de estrategias de interven-

ción que son lideradas por las entidades territoriales e involucran tanto al sector salud como a otros sectores.

El Plan Decenal es dividido en 10 dimensiones prioritarias y transversales y se establece a partir de unos objetivos generales y componentes específicos (cada uno con sus propios objetivos, metas a mediano y largo plazo y las respectivas estrategias para su consecución), entre los que se encuentra:

**La convivencia social y salud mental:** espacio de construcción, participación y acción mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas prevalentes en salud mental y la intervención en las diferentes formas de la violencia a través del cumplimiento de tres objetivos:

- Generar espacios para el desarrollo de oportunidades de la población que permitan el disfrute de la vida y transformación de trastornos prevalentes en salud mental (incluyendo consumo de sustancias, suicidio, y epilepsia) y todas las formas de violencia.
- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia mediante la intervención en factores de riesgo y mejoramiento de capacidad de respuesta de las entidades del

sector salud.

- Disminuir el impacto de la carga de enfermedad mental y las distintas formas de violencia a través del fortalecimiento y ampliación de ofertas de servicios especializados.

Se divide en dos componentes:

**Promoción de la salud mental y la convivencia:** conjunto de estrategias que proveen oportunidades para el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el despliegue de la vida cotidiana. La promoción de salud mental y generación de entornos para la convivencia se define en el cumplimiento de cuatro objetivos, ocho metas y ocho estrategias.

**Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia:** estrategias dirigidas a la prevención y atención de estados temporales o permanentes que afectan el estado de bienestar propio y de la comunidad, en especial sobrevivientes y víctimas de violaciones de derechos humanos en el conflicto armado interno. Se define en el cumplimiento de cinco objetivos, diez metas y once estrategias. (20)

## 5. Metodología

Esta investigación se llevó a cabo en un Hospital del Departamento de

Risaralda en el segundo periodo del año 2019. Se diseñó un estudio correlacional, cuantitativo transversal, donde participaron 75 enfermeros(a) s en donde se determinó la correlación entre la caracterización sociodemográfica, condiciones laborales con la frecuencia e intensidad del síndrome de Burnout y asociación entre los factores estresores.

La propuesta de investigación fue presentada al Comité de Ética y Bioética de la Universidad Libre Seccional Pereira el 3 de junio de 2019 otorgando dicho aval para ejecutarlo, con constancia en el acta N° 9 de reunión ordinaria del Comité. (Anexos)

**Estudio correlacional**, donde se midió el nivel de burnout por medio de un instrumento que da como resultado valores numéricos; las variables sociodemográficas y laborales serán cuantificadas por medio de la estadística y se analizarán por medio de frecuencias absolutas y relativas; también se estudiará la asociación entre las variables obteniendo resultados de acuerdo a la estadística inferencial, con relación a la frecuencia e intensidad del síndrome de Burnout y los factores estresores.

### **Protocolo para la recolección de información**

Después de la presentación de los objetivos y alcances del estudio, la explicación del tratamiento de los da-

tos, como confidencialidad y recolección anónima de la información; se abordó a cada participante de manera individual, busco un sitio cómodo y tranquilo, evitando interrupciones, procurando sea lo más silencioso posible, luego obtener la autorización de la participación por medio del consentimiento informado escrito, se explicó de forma breve pero clara los instrumentos y la manera correcta de resolverlos. Serán suministrados los instrumentos de forma física por uno de los investigadores, cada participante lo auto diligenció y se recibieron verificando que fuera resuelto de manera completa y correcta.

### **Prueba piloto**

Se realizó una prueba piloto con un grupo de estudiantes de enfermería de séptimo semestre, donde se aplicarán los dos instrumentos propuestos, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el The Nursing Stress Scale (NSS) y el cuestionario de variables sociodemográficas según el protocolo de recolección de la información.

**Población:** Enfermero(a) s de un Hospital del departamento de Risaralda.

**Muestra:** Tipo censo, se tomarán 75 encuestas aplicadas al personal de enfermería que labora en esta institución para que éste sea representativo.

**Criterios de inclusión y exclusión:** ción por medio del consentimiento informado escrito.

**Criterios de inclusión:**

- Ser profesional de enfermería vinculado mediante contratación en un Hospital del departamento de Risaralda.
- Personal de enfermería con una antigüedad laboral mayor a 6 meses.
- Personal de enfermería que acepte la participación en la investiga-

**Criterios de exclusión:**

- Personal que se encuentra cumpliendo incapacidad, vacaciones o en algún tipo de licencia.
- Personal que cuente con una jornada laboral reducida.

**Variables de estudio:**

Variables dependientes			
Nombre	Definición	Escala	Unidad de Medición
Nivel de Burnout	Presencia del síndrome de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Maslach Burnout Inventory: nivel alto en dos dimensiones y bajo en una.	Nominal	Si No
Agotamiento emocional	No poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo.	Ordinal	Bajo Medio Alto
Despersonalización	Desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo.	Ordinal	Bajo Medio Alto
Realización personal	Tendencia a evaluarse negativamente, con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.	Ordinal	Bajo Medio Alto



Variables independientes			
Nombre	Definición	Escala	Unidad de Medición
Edad	Se refiere a la cantidad de tiempo, en años, vivido de una persona.	Razón	Años cumplidos
Sexo	Se refiere a la condición orgánica reproductiva con la que se nace, se presenta en Hombre o Mujer.	Nominal	Hombre Mujer
Estrato	Se refiere a la condición socioeconómica en la que se encuentra según el Estado Colombiano	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6
Estado Civil	Condición de cada individuo en relación con sus derechos y obligaciones civiles.	Nominal	Unión Libre Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
Nivel educativo	Se refiere al grado de educación que ha cursado.	Ordinal	Bachiller Técnico Universitario Especialista Magister
Número de hijos	Cantidad de hijos vivos	Discreta	Número de hijos
Personas a cargo	Se refiere a la cantidad de personas que dependen económicamente de alguien.	Discreta	Número de personas
Personas con las que convive	Cantidad de personas con las que comparte la vivienda	Discreta	Número de personas con las que convive

Servicio dónde labora	Lugar donde desempeña sus funciones.	Nominal	Hospitalización urgencias unidad de cuidados intensivos consulta externa.
Tipo de contrato	Se refiere al tipo de contrato por el cual está vinculado.	Nominal	Planta, prestación de servicios, obra labor.
Antigüedad en la institución	Se refiere a la cantidad de tiempo, en meses o años, que ha trabajado en el Hospital.	Ordinal	1 a 6 meses 7 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años 6 a 10 años 10 años o mas
Tiempo de desplazamiento	Tiempo en minutos requeridos para el desplazamiento desde del hogar al trabajo y viceversa por día.	Discreta	Tiempo en Minutos
Tiempo de ejercicio profesional	Tiempo que lleva ejerciendo la Enfermería	Ordinal	Un empleo Dos empleos Más de dos empleos
Número de empleos	Se refiere a la realización de otros trabajos fuera del Hospital (no se incluyen las labores domésticas).	Ordinal	Mala  Regular  Buena  Muy Buena

Realiza doble papel (laboral/doméstico)	Se refiere a la ejecución de trabajos domésticos donde vive, es decir, la realización de: comidas (desayuno, almuerzo y cena) para él/ella u otro integrante del hogar; limpieza y aseo de la casa; higienizar la ropa de él/ella u otro integrante del hogar; comprar y ordenar los productos necesarios para la vivienda (comida, artículos de higiene, etc.).	Nominal	Si No
Relaciones interpersonales en el trabajo	Calificación que otorga al trato con los compañeros del trabajo.	Ordinal	Mala Regular Buena Muy Buena
Satisfacción según la remuneración salarial	Calificación que otorga según el salario devengado.	Ordinal	Mala Regular Buena Muy Buena
Reconocimiento por el trabajo	Calificación que otorga a la aceptación por las actividades realizadas	Ordinal	Mala Regular Buena Muy Buena

## Mediciones

### 1. Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

Se aplicará el instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) que por su amplio uso cumple con los requisitos para estimar la aparición del Síndrome de burnout, sin excluir las particularidades propias de cada estudio.

El cuestionario está compuesto por 22 ítems, que incluyen las tres dimensiones del síndrome:

1. Agotamiento emocional (9 ítems)
2. Despersonalización (5 ítems)
3. Realización personal (8 ítems)

Estas dimensiones son valoradas mediante una escala tipo Likert de 0 a 6, con un rango de 7 criterios que van de "nunca" a "todos los días", indicando con qué frecuencia el trabajador experimenta las situaciones descritas en cada uno de los ítems. La puntuación total del inventario se obtiene al sumar los valores de los 22 ítems; teniendo en cuenta los parámetros establecidos por Maslach, el diagnóstico de Burnout se hace cuando se obtienen puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal.

Para estimar la presencia del síndrome, se tomaron como base los siguientes criterios, que clasifican a los

individuos en tres niveles (alto, medio o bajo), según la puntuación en cada subescala(15):

#### Agotamiento emocional:

- Nivel alto: puntuaciones iguales o superiores a 27
- Nivel medio: puntuaciones entre 19 y 26
- Nivel bajo: puntuaciones menores de 19

#### Despersonalización:

- Nivel alto: puntuaciones superiores a 10
- Nivel medio: puntuaciones de 6 a 9
- Nivel bajo: puntuaciones menores a 6

**Realización personal**, funciona en sentido contrario a las anteriores, se consideró:

- Nivel alto: puntuaciones superiores a 39
- Nivel medio: puntuaciones de 32 a 38 nivel intermedio
- Nivel bajo: puntuaciones de 0 a 31 puntos.

Mientras que, en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a

altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen. (47)

## **2. The Nursing Stress Scale**

Se utilizará la versión validada al español de "The Nursing Stress Scale" (NSS). Esta escala, elaborada por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson, mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes por el personal de enfermería hospitalario. La escala NSS consta de 34 ítems que han sido agrupados en nueve factores: uno relacionado con el ambiente físico carga de trabajo, cuatro relacionados con el ambiente psicológico (muerte y sufrimiento, preparación insuficiente, falta de apoyo e incertidumbre en el tratamiento) y dos con el ambiente social en el hospital (problemas con los médicos y problemas con otros miembros del equipo de enfermería). En cada ítem las posibles respuestas son: "nunca" (0), "a veces" (1), "frecuentemente" (2) y "muy frecuentemente" (3). Sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos se obtiene un índice global cuyo rango de la escala va desde 0 (ausencia de estresores) a 102 (altos niveles de estresores). La escala ha sido diseñada para ser utilizada de forma auto administrada, requiriendo su cumplimiento menos de 10 minutos.(48)

## **Análisis de los datos**

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos fueron llevados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016. Para su descripción estadística fueron trasladados y analizados mediante el programa Epi Info 7.2.2.6 (en español) donde se llevó a cabo un análisis univariado y bivariado:

- **Análisis univariado:** En el cual se identificaron las características sociodemográficas y las prevalencias de los factores estresores.
- **Análisis bivariado:** Para hacer comparaciones entre grupos, se realizarán tablas de 2 por 2, para medir las razones de prevalencias.

## **Aspectos éticos**

El síndrome de burnout es una de las enfermedades más relevantes en los trabajadores de la salud y a pesar de que se ha investigado desde la década de los 70`s donde la transformación e inicio de la tecnología y cambios en las organizaciones, denotan que se debe aumentar la calidad de vida e ir disminuyendo la intensidad laboral.

Sin embargo, el burnout fue definido por Maslach y Jackson en 1.981 como un síndrome psicológico que los trabajadores enfrentaban y que llamaron desde entonces agotamien-

to emocional.

Para obtener los datos para esta investigación, se hizo uso del consentimiento informado escrito en la recolección de información.

Recordando las directrices internacionales como la de Helsinki, como principio ético de las investigaciones médicas en seres humanos.

Como base del estudio se encuentra la declaración de Nuremberg, donde en sus puntos más importantes habla sobre el consentimiento informado, el cual debe ser voluntario, dejando claro el objetivo del estudio y donde el individuo debe poder comprenderlo, aclarando que los datos personales no serán divulgados en la investigación, sino el resultado que obtendremos de ellos.

En el informe de Belmont se destacan los cuatro principios bioéticos:

- **Respeto a las personas:** Protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía y respeto, teniendo en cuenta el consentimiento informado.

- **Beneficencia:** Maximizar los beneficios del estudio, mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de investigación.

- **Justicia:** Usar procedimientos razonables, no explotadores y bien

considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

- **No maleficencia:** Es el principio esencial de la ética médica y forma parte del juramento hipocrático (un juramento que hacen los nuevos médicos en muchos países).

Por otra parte a nivel nacional se tiene la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:

**ARTICULO 11.** Las categorías se clasifican de la siguiente manera:

**a) Investigación sin riesgo:** Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

**b) Investigación con riesgo mínimo:** Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos



rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

**c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III

y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.”

Es de gran importancia resaltar que en cualquier investigación que incluya al ser humano como sujeto de estudio, debe velar por el respeto a la dignidad y protección de su bienestar físico y mental al igual que sus derechos.

De acuerdo a lo anterior el consentimiento informado escrito es el documento legal por excelencia, mediante el cual los participantes aceptan los términos y fines del estudio, previo al total conocimiento y comprensión de la naturaleza de éste, incluyendo beneficios y riesgos a los cuales puede ser sometido y por el cual puede o no elegir ser partícipe.

Como se encuentra dispuesto en la Resolución 8430 del año 1.993 y al ser un estudio que incluye a seres humanos, es necesario contar con la aprobación previa del Comité de Bioética de la institución en la cual se va desarrollar la investigación y resolver cualquier asunto relacionado con el estudio antes de poder acceder a

la población participante. (49)

Los lineamientos anteriormente descritos, se cumplirán a cabalidad en el estudio, en donde los datos recolectados de las personas quienes voluntariamente participarán, se manejarán con total discreción y anonimato, dando por cumplido la normatividad que rige a los estudios de investigación. De igual forma se dará respuesta a cualquier duda que se tenga respecto al cuestionario, con previa aceptación

del consentimiento informado escrito y total comprensión del objetivo del estudio.

## 6. Resultados

Los siguientes datos que a continuación se presentan corresponden a los resultados de las encuestas llevadas a cabo en el Hospital.

### Características sociodemográficas

Tabla 1. Edad, Sexo

VARIABLE	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	PORCENTAJE
Edad	9,4	35,3%
	FRECUENCIA	
Sexo		
Femenino	61	81,3%
Masculino	14	18,7%
		100%

De 75 enfermeras (o) s que fueron encuestadas (o) s el 81,3% son de sexo femenino y el 18,7 % son de sexo masculino y la edad oscila en

35 años con una variación estándar del 9,4 %.

**Tabla 2. Estado civil**

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Estado civil		
	FRECUENCIA	
Unión libre	17	22,7%
Soltero	35	46,7%
Casado	18	24,0%
Divorciado	4	5,3%
Viudo	1	1,3%
		100%

El mayor porcentaje pertenece a soltero como estado civil con el 46,7% de las personas encuestadas, continuando con un 24% de personas casadas y un 22,7% de personas en unión libre.

**Tabla 3. Número de hijos, personas a cargo, número de personas con las que convive y estrato socioeconómico**

<b>VARIABLE</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>RANGO</b>
Número de hijos	1	0-1
Número de personas a cargo	2	1-2
Número de convivientes	2	1-3
Tiempo de desplazamiento		PORCENTAJE
<30 minutos	48	64,0%
30 a 60 minutos	25	33,3%
>60 minutos	2	2,7%
		100%

	FRECUENCIA	
Estrato socioeconómico		
1	1	1,3%
2	12	16,0%
3	35	46,6%
4	20	26,7%
5	5	6,7%
6	2	2,7%
		100%

Los encuestados tienen en promedio 1 hijo, 2 personas a cargo y 2 personas con las que conviven en su hogar. En cuanto al tiempo de desplazamiento un 64% manifiestan demorarse menos de 30 minutos en su recorrido diario de su casa al trabajo y viceversa. El 46,6 % viven en el estrato 3, seguido del estrato 4 con el 26,7% y el estrato 2 con un 16%.

**Tabla 4. Nivel educativo**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel educativo		
Profesional	60	80,0%
Especialista	15	20,0%
Magíster	0	0
Doctor	0	0
		100%

El 20% de personas encuestadas son profesionales con algún tipo de especialización.

**Tabla 5. Área de trabajo**

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Área de trabajo		
Hospitalización	27	36,0%
Urgencias	21	28,0%
Cirugía	4	5,3%
Cuidados intensivos	22	29,3%
Consulta externa	1	1,3%
		100%

De las 75 personas encuestadas, el 36% trabajan en el área de Hospitalización, el 29,3% pertenecen al área de Cuidados Intensivos que corresponde a 22 personas encuestadas, seguido de 21 enfermeras(o) s que corresponden a un 28% en el área de Urgencias.

**Tabla 6. Tipo de contrato**

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Tipo de contrato		
Planta	54	72,0%
Prestación de servicios	11	14,7%
Obra labor	10	13,3%
		100%

El 72% de los encuestados tiene contrato de planta con el hospital, lo que corresponde a 54 personas, y el 14,7% corresponde a los encuestados con contrato por prestación de servicios.

**Tabla 7. Antigüedad en el Hospital**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antigüedad en el Hospital		
1 a 6 meses	5	6,8%
7 a 12 meses	3	4,0%
1 a 2 años	6	8,0%
3 a 5 años	26	34,6%
6 a 10 años	13	17,3%
10 o más años	22	29,3%
		100%

El 34,6% de los encuestados llevan de 3 a 5 años laborando en la institución, esto representa a 26 enfermeras (o) s, un 29,3% con más de 10 años laborando en el hospital, lo que corresponde 22 encuestados. El porcentaje más bajo es de 7 a 12 meses con un 4,0%, representado en 3 encuestados.

**Tabla 8. Tiempo Experiencia Laboral**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tiempo laborando		
<1 año	1	1,3%
1 a 5 años	25	33,3%
6 a 9 años	18	24,0%
10 o más años	31	41,3%
		100%



De las personas que fueron encuestadas el 41,3% llevan más de 10 años trabajando como enfermeras (o)s, lo que equivale a 31 personas, seguido de 25 enfermeras (o)s que llevan de 1 a 5 años laborando en la profesión, lo que corresponde a 33,3 % y el 1,3% llevan laborando menos de 1 año.

**Tabla 9. Número de empleos**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Número de empleos		
Un empleo	42	56,0%
Dos empleos	17	22,7%
Más de dos empleos	16	21,3%
		100%

El 56% tienen un empleo, el 22,7% tienen 2 empleos, que corresponden a 17 personas encuestadas y el 21,3% tienen más de 2 empleos.

**Tabla 10. Doble papel (Laboral /Doméstico)**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Doble papel (laboral/doméstico) Doble papel (laboral/doméstico)		
SI	65	86,7%
NO	10	13,3%
		100%

El 86,7% de los encuestados realizan doble papel, laboral y doméstico.

**Tabla 11. Relaciones interpersonales**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relaciones interpersonales		
Mala	0	0
Regular	2	2,7%

Buena	47	62,7%
Muy buena	26	34,6%
		100%

El 62.7% consideran que tienen buenas relaciones interpersonales en su trabajo y un 2,7% manifiestan tener relaciones interpersonales regulares.

**Tabla 12. Satisfacción por remuneración salarial**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfacción por salario		
Mala	1	1,3%
Regular	32	42,7%
Buena	42	56,0%
		100%

El 56% del personal encuestado manifiestan que su satisfacción laboral es buena, seguido de un 42,7% que consideran regular su satisfacción laboral.

**Tabla 13. Reconocimiento por el trabajo**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Reconocimiento por el trabajo		
<1 año	4	5,3%
1 a 5 años	24	32,0%
6 a 9 años	41	54,7%
10 o más años	6	8,0%
		100%

El 54,7% de encuestados manifiesta un buen reconocimiento por su trabajo y el 5,3% consideran como malo el reconocimiento por el trabajo realizado.

### **Prevalencia del SBO en el personal de enfermería**

Se analizaron los resultados de las tres subescalas del MBI con la finalidad de reconocer los niveles del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería. La media de la subescala Agotamiento emocional fue de 19,72 (DT = 10,9), lo que in-

dicaría según el baremo un nivel medio. De otra forma sucedió con las dos subescalas restantes, los profesionales presentaban un nivel bajo de Despersonalización, siendo la media de 6,02 (DT = 5.5). Por último, en lo que respecta a la subescala de Realización personal, la media fue de 40,8 (DT = 6,69), lo que indica un grado alto de Realización personal. Tras la valoración de las puntuaciones globales, se analizó la distribución de los participantes en función del baremo del cuestionario, tal y como se muestra en la tabla número 14.

**Tabla 14. Prevalencia del SBO en el personal de enfermería**

Niveles de SBO	Frecuencia	Porcentaje
Sin SBO*	23	31%
En riesgo de SBO o nivel intermedio**	50	66%
Con SBO***	2	3%
	75	100%
* Con todas las subcategorías (AE, DP y RP) en nivel bajo.		
** Con 1 o 2 subcategorías alteradas (AE, DP y RP), en nivel alto o medio.		
*** Con 3 subcategorías (AE, DP y RP) en nivel alto.		

## Medias y desviaciones típicas de los factores estresores según la NSS

**Tabla 15. Medias y desviaciones típicas de los factores estresores según la NSS**

<b>Factores estresores</b>		<b>M</b>
Factor 1. Muerte y sufrimiento		2,30
	03. Realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes	2,56
	04. Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría	2,74
	06. Conversar con un/a paciente sobre su muerte inminente	1,78
	08. La muerte de un/a paciente	2,34
	12. La muerte de un/a paciente con quien entablé una relación estrecha	1,8
	21. Observar el sufrimiento de un/a paciente	2,57
Factor 2. Carga de trabajo		2,16
	25. Disponibilidad de personal y horarios impredecibles	1,96
	27. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas	2,29
	28. Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente	2,16
	30. Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera	2,26
	34. Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad	2,14
Factor 3. Incertidumbre respecto al tratamiento		1,72
	13. La ausencia de un/a médico al producirse la muerte de un paciente	1,62
	14. Desacuerdo con el tratamiento de un/a paciente	1,8

	19. Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible	1,88
	26. Un/a medico ordena lo que parece ser un tratamiento inadecuado para un paciente	1,64
	31. La ausencia de un médico de urgencia médica	1,65
Factor 4. Problemas con un médico o supervisor		1,64
	02. Ser criticado por un médico	1,86
	05. Conflictos con el supervisor/a	1,45
	09. Tener conflictos con un médico	1,64
	24. Ser criticado/a por un supervisor	1,6
Factor 5. Preparación insuficiente		1,79
	10. Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente	2,04
	15. No sentirse preparado/a para ayudar a los familiares de los pacientes en sus necesidades emocionales	1,82
	17. Información inadecuada del médico sobre la situación médica de un paciente	1,85
	18. Que un paciente me pregunte algo para lo que no tengo una respuesta satisfactoria	1,85
	23. Sentimientos de no tener una preparación adecuada para ayudar a los pacientes en el campo emocional	1,64
	32. No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento	1,53
Factor 6. Falta de apoyo		1,71
	07. La falta de oportunidades de hablar abiertamente con otras personas de la unidad sobre problemas relacionados con ésta	1,81
	11. Falta de oportunidades de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad	1,74

	16. La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes	1,56
Factor 7. No saber el manejo y funcionamiento de un equipo		1,83
	01. Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.)	1,89
	33. Incertidumbre sobre el funcionamiento y la forma de operar con equipo técnico especializado	1,77
Factor 8. Problemas con pares		1,61
	22. Dificultad al trabajar con un/a enfermero/a o enfermeros/as en particular, externos/as a su unidad	1,62
	29. Dificultades al trabajar con un enfermero/a o enfermeros/as en particular, de su propia unidad	1,6
Factor 9. Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal		1,97
	20. Haber sido transferido(a) a otra unidad con escasez de personal	1,97

Por tanto y teniendo en cuenta que el burnout supone la confluencia de niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como niveles bajos de realización personal, y siguiendo el baremo del cuestionario, un 3% de la población estudiada presentaría burnout como se muestra en la tabla número 14 y aunque el 31% no tiene burnout cabe resaltar que el 66% de los profesionales tienen una o dos subescalas alteradas lo cual los clasifica en un nivel intermedio de SBO o en riesgo de padecer a futuro SBO alto.

Los factores de estrés laboral según la NSS en la media de puntuaciones se encuentran encabezados por el factor 1, la muerte y sufrimiento de un paciente, siendo el factor que más les representa estrés al personal de enfermería (M=2,30; DT=0,5); “Sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría” (M=2,74; DT=0,8), “Observar el sufrimiento de un/a paciente” (M=2,57; DT=0,8) y “La muerte de un/a paciente” (M=2,57; DT=0,8) son los ítems con los que más se identifica el personal.

El segundo factor de más estrés la-



boral es precisamente el factor número 2, carga de trabajo (M=2,16; DT=0,85), donde el personal dio mayor ponderación a “Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas” (M=2,29; DT=1,0), continuando con “Falta de tiempo para completar todas mis tareas como enfermera” (M=2,26; DT=0,7) y en tercer lugar la “Falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente” (M=2,16; DT=0,9).

El tercer factor más relevante es el factor número 9, pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal, es un generador de estrés con un alto promedio de respuesta entre el personal de enfermería, siendo su único ítem “Haber sido transferido(a) a otra unidad con escasez de personal” (M=1,97; DT=1,0).

También cabe resaltar los siguientes ítems que tuvieron una media alta de aparición; “Tomar una decisión con respecto a un paciente cuando el médico no está disponible” (M=1,88; DT=0,7), “Ser criticado por un médico” (M=1,86; DT=0,7), tener “Miedo a cometer un error en el tratamiento de un/a paciente” (M=2,04; DT=0,7) y la “Rotura del equipo técnico (ordenador, instrumentos y equipos electrónicos, etc.)” (M=1,89; DT=0,6)

En contraposición el factor menos estresante según la puntuación media es el factor 8. Problemas con

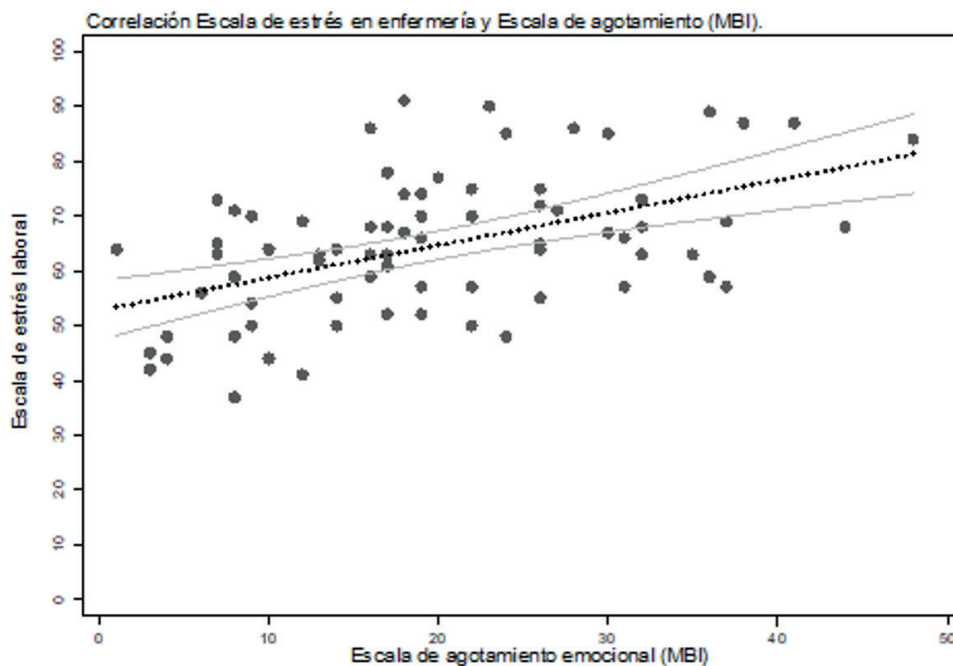
pares (otros enfermeros o colegas) (M=1,61; DT=0,5), seguido por los ítems “No conocer lo que se puede comunicar a un paciente o a su familia sobre su condición médica o el tratamiento” (M=1,89; DT=0,6) y “La falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes” (M=1,56; DT=0,6).

Al realizar el análisis correlacional no se encontró una fuerte asociación estadística entre los factores estresores y las tres subescalas del síndrome de burnout, con respecto a los factores estresores y el agotamiento emocional, se halló que, aunque el 60% de la población se encuentra en nivel alto o intermedio, este no se ve influenciado por los factores estresores presentes en el personal (Spearman = 0,47;  $p \leq 0,001$ ).

Al igual sucede con la despersonalización y los factores estresores en donde la asociación es escasa (Spearman = 0,35; valor de  $p = 0,002$ ), por lo que se puede concluir que estar dos subescalas no se ven afectadas por los factores estresores.

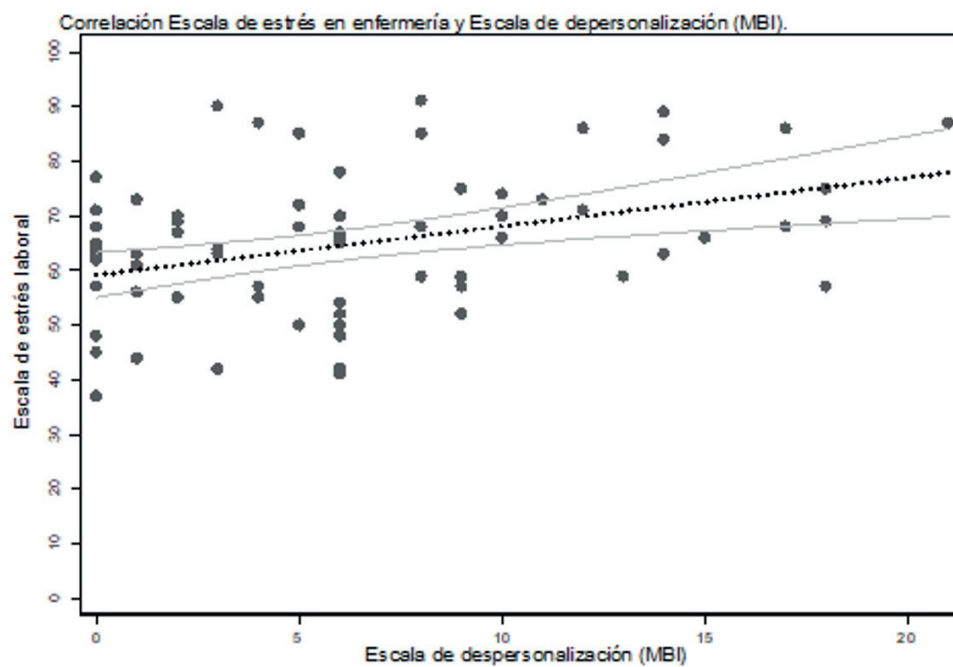
Por último, la subescala de falta de realización personal tiene una correlación negativa (Spearman = -0,17; valor de  $p = 0,141$ ), lo que nos muestra que la alta realización personal se comporta como un elemento protector ante los factores para contrarrestar la presencia del Burnout.

**Gráfico 1.**



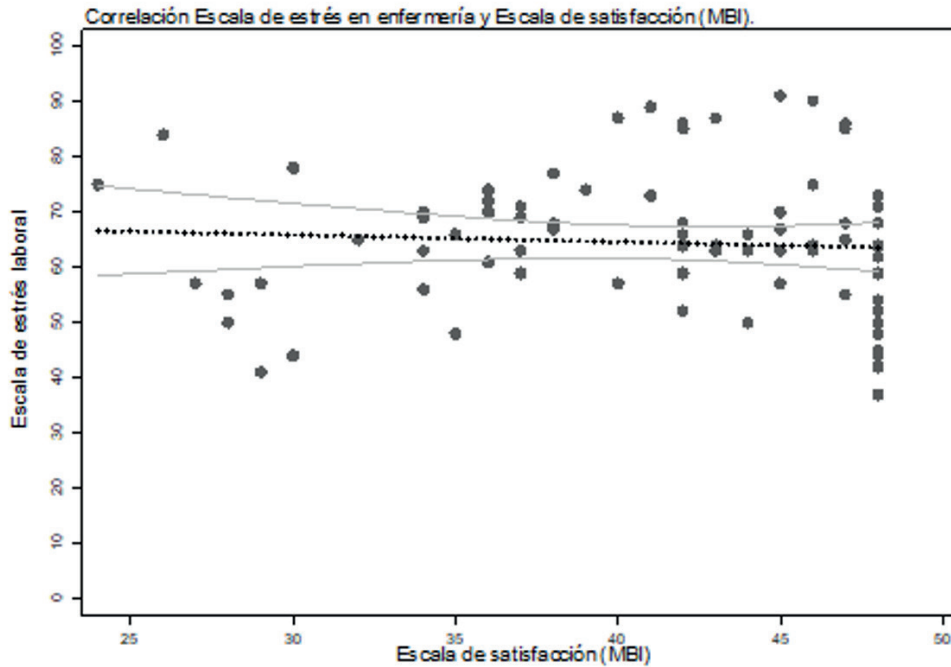
Coefficiente de correlación de Spearman = 0,47 (valor de  $p \leq 0,001$ )

**Gráfico 2.**



Coefficiente de correlación de Spearman = 0,35 (valor de  $p = 0,002$ )

Gráfico 3



Coefficiente de correlación de Spearman = -0,17 (valor de  $p = 0,141$ )

## 7. Discusión

En este estudio el 81,3% corresponden al sexo femenino, comportamiento similar a un estudio realizado en la Orinoquia sobre la “Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana en el 2016”, que arrojó como resultado en la caracterización sociodemográfica de los participantes, un 90% perteneciente al sexo femenino.

En la investigación 75 de los profesionales, tienen en promedio 35 años de edad, 46,7% en estado civil soltero, tienen 1 hijo, con 2 personas a cargo, el 46,6% viven en estrato 3 y el 80%

son profesionales sin especialización o estudio de posgrado.

Estos datos se relacionan con el estudio realizado en la región de la Orinoquia Colombiana, donde las características sociodemográficas de los participantes se comportaron de manera similar encontrando que el 53% son solteros, el 22% casados y el 20% se encuentran en unión libre; el 54% tiene menos de 28 años, el 42% aún no tiene hijos, el 59% tienen menos de 6 años de experiencia laboral, el 66% trabaja 8 horas o más al día, el 65% brinda cuidado a 11 o más pacientes al día, el 27% posee simultáneamente dos empleos, el 85% tiene contratación laboral directa y el 61%

trabaja en una institución pública.(50)

En este sentido, un estudio realizado en el Hospital Pediátrico de la ciudad de Resistencia, Chaco, (Argentina) donde 18 residentes de pediatría, 14 son mujeres y 4 son hombres, entre 25 y 32 años; donde 13 son solteros, 3 unión libre y 2 casados, se encontró mayor representación de mujeres con datos sociodemográficos similares. (1)

El personal de enfermería ha sido catalogado durante años como trabajadores de alto riesgo, debido a la exposición a altos niveles de estrés, sumado a esto que es población joven, que se encuentran en la etapa productiva de la vida y que además se encuentran sometidos a horarios extensivos y la una baja remuneración salarial, razones por las cuales es necesario realizar seguimiento a la caracterización sociodemográfica de esta población para verificar las variaciones que pueden llegar a encontrarse.(51)

En cuanto al comportamiento de las condiciones laborales, se encontró que el 36% labora en el servicio de hospitalización, el 72% cuenta con contratación de planta, el 34,6% lleva laborando en la institución de 3 a 5 años, el 41,3% tiene una experiencia de 10 o más años y el 56% tienen un solo empleo; pero el 86,7% cumple un doble papel laboral y doméstico. En cuanto a las relaciones interper-

sonales el 62,7% manifiesta que tiene buenas relaciones con el resto del equipo, el 56% manifiesta buena satisfacción salarial y el 54,7% siente tener un buen reconocimiento por su trabajo.

Los resultados encontrados se comparan con la revisión bibliográfica realizada en Chile sobre “El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura”; donde el género femenino es mayoría en las instituciones prestadoras de salud, evidencia que un gran porcentaje de las enfermeras al culminar su jornada laboral continúan con labores domésticas en su hogar, sumado a la anterior situación al tener uno o más hijos aumenta la carga para dichas mujeres; desde este punto de vista, se encuentran obligadas a mezclar estos dos espacios, lo doméstico y lo laboral, con una menor remuneración en relación a los hombres y una carga de trabajo extra.(27)

Estos datos son relevantes ya que se constituyen en un riesgo para la salud mental de esta población tal como lo reportan en un estudio en la ciudad de Medellín realizado en el año 2016, el 9,5% del personal de enfermería tiene riesgo de depresión, un 67,6% inclusive han consumido alguna vez sustancias alucinógenas y definen que el consumo de drogas se encuentra relacionado con el estrés y la despersonalización.

En esta investigación se encontró una baja prevalencia de síndrome de burnout a nivel global del 3%, mostrando un comportamiento similar al estudio realizado por Muñoz, en un hospital de la ciudad de Popayán en población de profesionales de enfermería donde la prevalencia de burnout fue del 1,7% (15) y así mismo la investigación llevada a cabo por Contreras en la ciudad de Bogotá en todo el personal asistencial de un hospital de tercer nivel, en el cual la prevalencia de burnout fue de 2,3% (4) a diferencia de otros estudios tal como el realizado en el año 2016 en Ibagué por Grisales en profesionales y auxiliares de enfermería en el cual se encontró una prevalencia de 20,1%(4), así mismo como lo reportado por Bedoya (52) con una prevalencia del 10,5 % en médicos, profesionales y auxiliares de enfermería en un hospital público de Bolívar y en el estudio realizado por Salillas R.(48) en profesionales de enfermería en el hospital San Jorge de Huesca donde encontró una prevalencia del 15,3%. Siendo entonces importante no solo estudiar la prevalencia del burnout, sino también los factores asociados como los niveles de estrés y las características socio laborales que pueden afectar positiva o negativamente su variabilidad.

Al comparar el síndrome de burnout con más detalle y examinar minuciosamente los puntajes obtenidos en las diferentes subescalas se encon-

tró que la mayoría se encuentra en un nivel medio o alto de agotamiento emocional, en un nivel bajo de despersonalización y tienen una alta realización personal, dichos valores son ligeramente menores a un estudio reportado en profesionales sanitarios de una unidad de cuidados intensivos realizado por Ballester (53). Sin embargo, si varía con algunas investigaciones encontradas en la literatura científica en donde se encontraron prevalencias altas, pero donde los sujetos de estudio no solo eran profesionales de enfermería, ya que también incluían médicos y/o auxiliares de enfermería.

Al comparar con otras investigaciones, respecto a factores estresores asociados al síndrome de burnout, en éste se encontró que “la muerte y sufrimiento de un paciente era el factor más estresante en contraste con Ballester (53), donde el factor más relevante fue “la sobrecarga y la falta de personal” el cual fue en este estudio fue el segundo factor causante de estrés.

En relación con Castillo en la investigación realizada en 160 profesionales de enfermería en Cartagena, “la muerte y sufrimiento de un paciente” fue el factor más estresante con un 46,6%, al igual que una investigación llevada a cabo en Managua con 36 profesionales de enfermería, donde este factor fue el más influyente.

Lo anterior demuestra que siendo el fin último de la atención de un paciente el evitar la muerte y el sufrimiento, cuando esto sucede los profesionales de enfermería no cuentan con los suficientes mecanismos de afrontamiento, ya sea porque no se logró tal objetivo, se estableció una estrecha relación con un paciente y/o familiares o no se cuentan con los mecanismos adecuados para afrontar estos sucesos fatídicos; por lo anterior es relevante ahondar más en el tema y conocer la causa principal y la forma de mitigarla.(29)(54)

Las limitaciones del estudio se presentaron por las dificultades para el de acceso a los sujetos de investigación, debido a los trámites administrativos para la autorización del acceso a la institución, además se contaba con poco tiempo para la aplicación de los instrumentos y la falta de un espacio cómodo y privado para aplicarlos.

Los resultados de este estudio permiten, recomendar el seguimiento del riesgo psicosocial al personal de enfermería de forma periódica, ya que en el personal se enfrenta a situaciones que le generan estrés tales como: “cuando un paciente no presenta mejoría”, “la muerte de un paciente” y “observar el sufrimiento de un paciente”.

Así mismo se recomienda el seguimiento y evaluación de la carga laboral de los profesionales de enfer-

mería, ya que se muestra un puntaje representativo en la generación de estrés el tener que realizar tareas no relacionadas con la enfermería como la alta carga de funciones administrativas y la falta de tiempo para completar todas sus labores como asistenciales, siendo relevante el desarrollo de un programa de promoción y prevención de la salud mental de los trabajadores, evitando así el riesgo de padecer el Síndrome de Burnout.

## 8. Conclusiones

En cuanto a las características de la población estudiada existe una mayor proporción de mujeres lo cual es algo característico de la profesión de enfermería donde tradicionalmente es el género predominante, tal como se reporta en este caso donde el 81,3% son mujeres, con edad promedio de 35 años, principalmente solteras, al menos con 2 personas a cargo, con un hijo y se ubican en un estrato socioeconómico nivel 3, lo que según la literatura pueden hacer parte de la población más susceptible de padecer síndrome de burnout.

Otro aspecto relevante es que la aparición del burnout esta inversamente relacionado con el nivel de formación; se ha descrito que entre mayor preparación se tenga se puede disminuir el riesgo. En el estudio sólo el 20% son profesionales especialistas que deben responder a unas altas exigencias de cuidado que demandan



los servicios de hospitalización y de cuidados intensivos, que son los servicios donde labora principalmente la población estudiada y del cual el 86,7% cumplen un doble papel, laboral y doméstico, porcentaje que se encuentra en mayor riesgo de aparición del síndrome, aunque se reporten buenas relaciones interpersonales en el 62,7%, el 42,7% se encuentran satisfechos con su remuneración salarial y el 54,7% manifiestan sentirse bien por el reconocimiento que reciben por su trabajo.

En cuanto al comportamiento del burnout la escala mide la frecuencia e intensidad y las puntuaciones de cada subescala, por lo tanto, se encontró que el agotamiento emocional corresponde a un nivel medio, un nivel bajo de despersonalización y un alto grado de realización personal, del total de los participantes, el 3% presenta los criterios para burnout, el 31% no los presenta, pero el 66% presenta una o dos subescalas alteradas lo cual los clasifica en un nivel intermedio de burnout o en riesgo de padecerlo a futuro.

Estos resultados ameritan seguimiento a largo plazo, al ser éste un personal que se encuentra expuesto a varios factores de riesgo que en sumatoria pueden afectar el bienestar y desempeño de estos profesionales.

Los aspectos más estresantes se encuentran en el factor 1, que se en-

cuentra relacionado con la muerte y sufrimiento de un paciente, sentir impotencia ante el caso de un paciente que no presenta mejoría, observar el sufrimiento de un paciente; aspectos que ameritan atención e intervención, ya que una alta población labora en los servicios de hospitalización y unidad de cuidados intensivos, lo que incrementa la exposición a estas variables, dado que son pacientes que llegan a estos servicios por padecer enfermedades graves, agudas o crónicas lo que implica largos periodos de hospitalización y alto riesgo de complicaciones y muerte.

Otro aspecto estresor, corresponde al factor 2; relacionado con la carga de trabajo y las variables con mayor ponderación corresponden a tener que realizar muchas actividades no relacionadas con la enfermería, tales como tareas administrativas, la falta de tiempo para completar todas las tareas como enfermera y la falta de tiempo para prestar apoyo emocional a un paciente; aspectos que ameritan una mirada institucional ya que esto afecta a los profesionales en servicio, es decir aquellos cuya labor central es la atención directa a pacientes.

Con respecto a la relación de la influencia entre las variables del estrés y la prevalencia del burnout, no se encontró una fuerte asociación estadística entre los factores estresores y las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización con



el burnout y una asociación negativa de la prevalencia del burnout con la realización personal siendo este un factor protector.

Este estudio permite evidenciar la importancia de realizar seguimiento y control del síndrome de burnout, que, aunque su frecuencia en este estudio, sea baja amerita de un plan de mejoramiento en las condiciones del trabajo para incidir de manera positiva en la calidad de vida de los profesionales de enfermería.

No se encontró una asociación estadística relevante entre los factores estresores y las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización con el Burnout y una asociación negativa de la prevalencia del Burnout con la realización personal siendo este un factor protector.

## 9. Recomendaciones

Los resultados demostraron que el género femenino es predominante en esta profesión, dato relevante para realizar actividades de promoción y prevención; el primero para promover la salud mental y el segundo para intervenir tempranamente ante la aparición de cualquiera de las características propias del Síndrome de burnout, en esta población específica del personal de enfermería.

Es de gran importancia tener un plan de control periódico a aquellas perso-

nas que muestren alguna característica del síndrome, para evitar que su salud mental se deteriore al igual que su salud física.

De acuerdo a las subescalas del cuestionario de MBI el cual mide directamente el nivel de presentación del Síndrome de burnout, es recomendable clasificar a los trabajadores según la subescala afectada, para de esta forma aplicar un plan de control y mejoramiento a cada uno de ellos.

Se sugiere la elaboración de un plan de prevención para la aparición de factores estresores en el personal de enfermería, basado en resultados arrojados por instrumentos validados que evalúen en forma específica cuales aspectos afectan mayormente a este personal a nivel intralaboral.

Es recomendable aplicar de forma semestral o anual la batería de riesgo psicosocial, la cual evalúa las condiciones intralaborales, extralaborales e individuales de cada trabajador. De esta forma se puede identificar a tiempo los efectos negativos que se presenten en su hogar y en el entorno fuera del sitio en donde se labora, al igual que aquellos factores que se ven afectados en el trabajo y factores de riesgo propios de cada individuo. De acuerdo a esto, correlacionarlos con los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados para realizar un plan de mejoramiento en forma global.

Es relevante una vez más resaltar que la salud mental como física de cada trabajador es el pilar con el que afrontan cada situación que se puede llegar a presentar en su lugar de trabajo, por lo tanto, es de suma importancia conservar al máximo estepreciado derecho, acción que se verá directamente reflejado en un aumento en la calidad del servicio prestado por la institución.

### Referencias Bibliográficas

1. Medina ML, Medina MG, Gauna NT, Molfino L, Merino LA. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2017;6(23):160-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2007505717301758>
2. Aranda-Beltrán C, Barraza-Salas J, Quiñonez-Zarate LA, Romero-Paredes JJ, Cenicerros Cabrales AP. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Salud Uninorte* [Internet]. 2015;31(2):245-54. Disponible en: <http://www.bvsspa.es/papi/ezproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S1025.55832005000300006&am%0Alang=es&site=eds-live&scope=site>
3. Muñoz AI, Velásquez MS. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2 de mayo de 2016 [citado 9 de noviembre de 2018];34(2). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21798>
4. Romero HG, Muñoz Y, Osorio D, Robles E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Glob* [Internet]. 2016;15(1):244-71. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/212851>
5. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2014 [citado 15 de septiembre de 2018];46(1):44-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80532607005>
6. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. *Biomed Res Int*. 2019;2019. [Internet]. Sur de Francia [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2019/6462472.pdf>
7. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

- Riesgos psicosociales en Europa: Prevalencia y estrategias de prevención. Resumen ejecutivo. 2014;2. [Internet]. Unión Europea [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1443es1.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1443es1.pdf)
8. Benavides F, Wesseling I, Delclós G, Felknor S, Pinilla J, Rodrigo F. Encuesta realizada por la OISS y el INSHT España, con el desarrollo técnico de SALTRA, UNA, UPF y Universidad de Texas, en ejecución de la Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013” [Internet]. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/ESTUDIO\\_CUANTITATIVO\\_ECCTSSALTRA9.pdf](http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/ESTUDIO_CUANTITATIVO_ECCTSSALTRA9.pdf).
  9. Cornelio C, Esteban A, Iñiguez M, Sapoznik M, Berho F, Alvarado A, “et al.”. Ministerio de Trabajo y Empleo y Seguridad Social (MTE y SS), Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT) S de PT y EL. Encuesta nacional de Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (ENT). 2009;1–184. [Internet]. Argentina. [Citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primer\\_encuesta\\_nacional\\_trabajadores.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primer_encuesta_nacional_trabajadores.pdf)
  10. Fraga A, Aguila O, Alvear F, Baltera P, Mella P, Romanik K, et al.” Informe laboral: reporte (ENCLA 2011) [Internet]. Chile [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-101347\\_recurso\\_1.pdf](https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-101347_recurso_1.pdf)
  11. Organización Mundial del Trabajo. Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2016 - Estrés en el Trabajo: Un reto colectivo [Internet]. 2016. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_466549.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf)
  12. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. [Internet]. Vol. 42, Revista Cubana de Salud Pública. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública; 2016 [citado 15 de septiembre de 2018]. 1-19 p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21447534010>
  13. Preciado Serrano MDL, Pozos Radillo E, Colunga Rodríguez C, Vázquez Goñi JM, Ávalos Latorre ML. Relación entre factores psicosociales, agotamiento emocional laboral y burnout en odontólogos mexicanos. Univ Psychol [Internet]. 14 de agosto de 2017 [citado 5 de febrero de 2019];16(2):1-11. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/9162>
  14. Muñoz Bravo SF, Ordoñez-Vi-

- lloa JN, Solarte-Moncayo MN, Valverde-Cerón YC, Villarreal-Castro S, Zemanate-Pérez ML. Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José-Popayán. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 2018;23(1):34-7. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14311>
15. Loaiza Gutiérrez LA, Quiróz-González EY. Prevalencia del síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital del departamento de Risaralda - Colombia. *Rev Psicoespacios*. 2016;10:9–25. [Internet]. 2016. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <http://revistas.iue.edu.co/revistasiue/index.php/Psicoespacios/article/view/692/1368>
  16. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016;33(2):241. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2170>
  17. Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015. Minist del Trab [Internet]. 2015;351. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/50711/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+Abril+de+2017.pdf/1f52e341-4def-8d9c-1bee-6e693df5f2d9>
  18. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Salud Mental [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>
  19. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Publica en Colombia, 2012– 2021. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
  20. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(11):1131-50. [Internet]. [citado 15 mayo de 2019]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2702871?resultClick=1>
  21. Guadalupe Núñez SV, Fernández Nieto MI, Herrera López JL. ¿En el personal de enfermería existe Burnout? Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2016;1(1):20-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194294&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6194294>

22. Kelly LA, Lefton C, Fischer SA. Nurse Leader Burnout, Satisfaction, and Work-Life Balance. *J Nurs Adm.* 2019;49(9):404-10. [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2019] Disponible en: [https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2019/09000/Nurse\\_Leader\\_Burnout,\\_Satisfaction,\\_and\\_Work\\_Life.4.aspx](https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2019/09000/Nurse_Leader_Burnout,_Satisfaction,_and_Work_Life.4.aspx)
23. Muñoz Astudillo MN, Torres Bedoya L, Lenis LY, Morales Giraldo J, Cano Díaz Y, Londoño Arcila D. Percepción de trabajadores sobre la cultura de seguridad del paciente en una empresa de salud TT - Perception of workers about patient safety culture in a health-care company. *Cult Cuid enferm* [Internet]. 2015;12(2):43-54. Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/475>
24. Seguel Palma F, Valenzuela Suazo S. Síndrome de burnout en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile. *Av en Enfermería* [Internet]. 26 de julio de 2016 [citado 9 de noviembre de 2018];34(1):39. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/41599>
25. Martínez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y Estado actual de la cuestión . [Internet]. 2010. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3307970>
26. Següel Palma F, Valenzuela S, Sanhueza Alvarado O. El Trabajo Del Profesional De Enfermería: Revisión De La Literatura. *Cienc y enfermería.* 2015;21(2):11–20. [Internet]. 2015. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art\\_02.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_02.pdf)
27. Muñoz Sánchez J, Del Amor Martínez N, Lázaro Sahuquillo M, Carranza Román A, Martínez Cantó M. Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería. *Enfermería Glob* [Internet]. 28 de marzo de 2017 [citado 9 de noviembre de 2018];16(2):315. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/239681>
28. Maltez Torrez DA. Prevalencia Del Síndrome De Burnout En El Personal Asistencial De Enfermería Del Hospital Militar Escuela. Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua, Febrero –Marzo. 2017; Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7915/1/t958.pdf>
29. Martínez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y Estado actual de la cuestión . [Internet]. 2010. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3307970>
30. Hernández García M del C. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y



- cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2017;14(1):53–70. [Internet]. 2017. [citado 16 de abril de 2019] Recuperado a partir: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/55811/50595>
31. Bibliotecas DN de, Toro Cortes DP, Toro Cortes DP, Toro Cortes DP. Repositorio institucional UN. 2014 [citado 5 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/43043/>
  32. República de Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 614 de 1984, creación del comité de salud ocupacional. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1357>
  33. República de Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 614 de 1984, creación del comité de salud ocupacional. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1357>
  34. República de Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1832 de 1994 . [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=8802>
  35. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1010 de 2006 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en [http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1010\\_2006.html](http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/ley_1010_2006.html)
  36. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2646 de 2008 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/RESOL.%202646%20DE%202008%20RIESGO%20PSICOSOCIAL.pdf>
  37. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2566 de 2009 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en [http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Decreto\\_2566\\_2009.pdf](http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_2566_2009.pdf)
  38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1562 de 2012 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
  39. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1616 de 2013 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
  40. Decreto 1477 / 2014 [Internet]. [citado 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=http%3A%2F%2Fwww.>

- mintrabajo.gov.co%2Fdocuments%2F20147%2F36482%2Fdecreto\_1477\_del\_5\_de\_agosto\_de\_2014.pdf%2Fb526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500
41. República de Colombia. Constitución política de Colombia [internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
  42. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)
  43. República de Colombia. Ministerio del trabajo. Código sustantivo del trabajo. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo\\_sustantivo\\_trabajo.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html)
  44. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
  45. República de Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 052 de 2017 [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=67905>
  46. Montealegre J. Nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogotá D.C. 2018; [Internet]. 2018. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <http://bdigital.unal.edu.co/64213/1/1032426181.2018.pdf>
  47. Salillas R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Rev Enfermería del Trab.* 2017;7(3):65–9.[Internet]. 2017. [citado 15 de mayo de 2019] Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112224>
  48. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, creación del comité de salud ocupacional. [Internet]. [Consultado 10 de abril 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  49. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria* [Internet]. febrero de 2017 [citado 5 de febrero de 2019];49(2):77-85. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716301755>
  50. Gutiérrez-lesmes OA, Lo-



- boa-rodríguez NJ, Martínez-torres J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana , 2016 Resumen Introducción El síndrome de Burnout , también conocido como definición de Maslach y Jackson , quienes lo prevalencia de Materiales y métodos Tipo. Univ y Salud [Internet]. 2017;20(1):37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.107>
51. Marrugo Bedoya EA. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. Medisan [Internet]. 2017;21:3172-9. Disponible en: <http://aplicaciones-biblioteca.udea.edu.co:2234/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126360840&lang=es&site=ehost-live>
52. Ballester Arnal R, Gómez Martínez S, Gil Juliá B, Ferrándiz-Sellés MD, Collado-Boira EJ. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. Rev Psicopatología y Psicol Clínica [Internet]. 26 de julio de 2016 [citado 9 de noviembre de 2018];21(2):129. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/16146>
53. Settecase-W CA, Whetsel M V. Caring in the Nurse-Patient Relationship through the Caritas Lens: An Integrative Review. Cult del Cuid. 2018;15(2):34-66. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5111/4352>

## Capítulo IV

### Síndrome de Burnout y síntomas psicosomáticos de los funcionarios de un distrito judicial en Colombia, 2019

Amparo Rengifo Santibañez<sup>1</sup>, Jaime Alonso Arias Bermúdez<sup>2</sup>  
Cristian David Castaño Delgado<sup>3</sup>, Luis Evelio Aristizábal Franco<sup>4</sup>  
Elcy Yaned Astudillo Muñoz<sup>5</sup>, Paulo César González Sepúlveda<sup>6</sup>

#### Resumen

El síndrome de Burnout (1) en términos generales se manifiesta por síntomas como el cansancio emocional, la despersonalización y la pérdida del sentimiento de realización personal. Se presenta este síndrome con mayor frecuencia en personas que se desempeñan en algunas profesiones, siendo las más predispuestas al padecimiento de este síndrome las que se encuentran en constante contacto con personas(2).

Se realizó esta investigación para estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en los funcionarios que se encuentran vinculados a un distrito judicial de Colombia, y poder identificar los posibles factores asociados; por tanto, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario Maslach Burnout Inventory, un cuestionario para deter-

minar el perfil sociodemográfico, y el cuestionario PHQ-15.

Para llevar a cabo la investigación se realizó una socialización a la población objeto de estudio, se firmaron los consentimientos informados(3), se aplicaron los instrumentos a cada uno de los participantes; y una vez se recolectó la información, se analizó mediante pruebas estadísticas; obteniendo como resultado que la prevalencia es solo del 8.6% de la población que presentan el síndrome de burnout inminente; y que existe relación entre el Síndrome de Burnout y los síntomas somáticos con una fuerza de asociación media y que esa asociación es significativa. (SPEARMAN=0.502,  $p < 0,05$ ).

**Palabras clave:** estrés laboral, síndrome de Burnout, desgaste profesional, Maslach Burnout Inventory, cansancio emocional.

1. Abogada, Magister en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Abogado, Especialista en Derecho Constitucional, Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social, Magister en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3. Abogado, Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social, Magister en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
4. Enfermero, Abogado, Especialista en epidemiología, Especialista en Responsabilidad Médica, PhD en Bioética
5. Enfermera, Especialista en enfermería nefrológica, PhD en Ciencias Biomédicas
6. Psicólogo, Especialista en pedagogía para el aprendizaje autónomo Magister en desarrollo humano, PhD (C) en Psicología.

## Chapter IV

### Burnout syndrome and psychosomatic symptoms of officials of a judicial district in Colombia, 2019

#### Abstract

Burnout syndrome is identified by the symptoms presented such as emotional exhaustion, depersonalization and the loss of the feeling of personal fulfillment. The professions most predisposed to the suffering of this syndrome are those that are in constant contact with people.

This investigation was then carried out to estimate the prevalence of Burnout syndrome in officials who are linked to the judicial district of Pereira, and to identify the possible associated factors; therefore, the instruments used were the Maslach Burnout Inventory questionnaire, a questionnaire to determine the sociodemographic profile, and the PHQ-15 questionnaire.

In order to carry out the investigation, a socialization was carried out on the population under study, the informed consents were signed, the instruments were applied to each of the participants ; and once the information was collected, it was analyzed by statistical test; obtaining as a result that the prevalence is only 8.6% of the population presenting with the impending burnout syndrome; and that there is a relationship between Burnout Syndrome and somatic symptoms with a medium strength of association and that this association is significant. (Spearman=0.502,  $p<0,05$ ).

**Key words:** work stress, Burnout syndrome, professional wear, Maslach Burnout Inventory, emotional fatigue

## Introducción

El síndrome de Burnout, ha sido definido como un desencadenante al estrés laboral crónico(4); donde se ven vinculados, además de la sobre carga laboral, las personas con las que se trabaja, y la insatisfacción por el trabajo realizado, generando un agotamiento emocional. Este síndrome tiene mayor presencia en empleados que realizan trabajos donde se ayuda a otras personas, como lo son, por ejemplo, los trabajos en educación, servicio asistencial, salud mental, asistencia social, justicia criminal, entre otras(5).

Este trabajo consistió en conocer más a fondo la conceptualización existente sobre el síndrome de Burnout, así como las teorías existentes en torno a esta afectación, y conceptos sobre las diferentes formas de prevención(6); este acercamiento permitió conocer el impacto que se tiene sobre la población implicada que es el distrito judicial; el desarrollo de la investigación se hizo a través de tres etapas, así:

En la etapa 1, se realizaron actividades que desarrollaron la confianza y confidencialidad con cada uno de los jueces que participaron en el estudio; donde se socializaron los criterios de confidencialidad con la información recolectada; luego en la etapa 2, se realizó la aplicación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory; y en

la etapa 3, se realizó la tabulación y análisis de la información recolectada; para luego construir el informe final planteando acciones que permitan minimizar la sintomatología en la población analizada.

### 1. Planteamiento del problema

En el ámbito laboral, la competitividad, la inseguridad laboral, las exigencias del medio, y las costumbres diarias, obligan a los individuos a mantener un ritmo acelerado, generando angustia, trastornos en la alimentación, trastornos en el sueño, dolencias físicas y un sin número de factores de riesgo en la salud.

Según la revisión de la literatura, los empleos en el sector judicial se ven sometidos a diferentes tareas que tienen que ver con la atención de víctima. Pues se encontró que en el año 2011, se logró identificar que los funcionarios judiciales tenían incidencia grave en el nivel de desgaste emocional(7); los jueces se van ligando al agotamiento físico, emocional y al estrés laboral, afectando el desempeño profesional y la productividad; adicional a esto pueden verse afectados por continuos traslados de los sitios de trabajo para los cuales fueron contratados, cambios en las políticas, no planificación de las tareas; provocando inestabilidad y generando efectos negativos en la salud y facilitando la aparición de enfermedades mentales debido al riesgo psicosocial; y oca-

sionando como principal efecto el síndrome de Burnout conocido también como “Quemarse por el trabajo”.

Adicional a esto, en el sector judicial, los funcionarios se ven en la obligación de tener jornadas laborales extensas para cumplir con las metas propuestas, sin ningún tipo de remuneración o incentivos adicionales.

De acuerdo con el informe de evaluación de riesgos psicosociales de la carrera judicial en España, aplicado a 2.478 miembros de la plantilla judicial reveló que el 84% de jueces sufren un riesgo muy elevado de estrés debido al volumen de trabajo al que deben hacer frente; y de este 84%, el 87% corresponde a juezas que tienen un nivel de riesgo más elevado que los hombres. Para disminuir este efecto, se han brindado algunas prebendas en licencias de maternidad, excedencia por cuidado de hijos menores de 3 años, reducción de jornada por cuidado de hijos menores de 12 años, entre otras; y con esto se han beneficiado aproximada al 29,7% de las magistradas. Se identificó en este estudio también, que el factor de riesgo psicosocial, afecta a los jueces que llevan 3 a 10 años de antigüedad en la carrera(8).

Después de haber consultado diferentes bases de datos, páginas de las entidades judiciales y repositorios de diferentes universidades, se pudo evidenciar que existen pocos estu-

dios realizados en funcionarios de distritos judiciales. En parte, se asume que el poco acceso a los sujetos de investigación se da por el hecho de ser los funcionarios colombianos que al cumplir con la administración de justicia hace que las investigaciones con este personal sean limitadas a la hora de recolectar información al respecto. Ahora bien, en Colombia en los reportes realizados por Fasecolda sobre los diagnósticos de enfermedad mental durante los períodos del 2009 a 2017(8) para el sector público, arrojan que al menos 4 de cada 10 trabajadores de este sector padecen problemas mentales, cerca del 60% de los trabajadores manifiestan que padecen de estos problemas ya que son los que atienden usuarios, el 43% manifiesta que estos padecimientos son por la realización de su trabajo de forma muy rápida y con plazos estrictos; y un 20% de los empleados manifiestan que los síntomas se deben a que casi nunca pueden tomar pausas activas en sus trabajos. Para esto, el gobierno colombiano ha adoptado una serie de instrumentos para la medición del riesgo psicosocial y ha planteado algunas acciones que permitan minimizar este riesgo, como lo fue la socialización de la resolución 2404 de 2019(9).

Como una respuesta al estrés laboral crónico, se encuentra identificado el síndrome de Burnout, el cual está integrado por la despersonalización, pensamientos y sentimientos nega-

tivos, falta de realización profesional en el trabajo; para este síndrome se ha identificado gran cantidad de causas, sin embargo, se encuentran concebidas en tres variables psicológicas, biológicas y sociales.

Este síndrome está relacionado con no tener en cuenta las necesidades personales, sino, trabajar intensamente; y es importante, una vez se identifica su padecimiento, hacer cambios radicales en la forma en que se enfrentan las tensiones. Es considerado como una enfermedad laboral que provoca deterioro en la salud mental y física de los individuos; adicionalmente provoca sensación de fracaso y sobrecarga de energías.

Aunque en el Decreto 1477 de 2014 expedido por el Ministerio de Trabajo de Colombia(10), se reconoce el síndrome de burnout como enfermedad laboral, la poca actuación que tiene el Estado Colombiano para proteger la salud mental de los profesionales del sector judicial, sumada a la carga emocional derivada de la administración de justicia, constituyen los componentes estructurales que ocasionan un factor evidente para el desarrollo del síndrome de Burnout al que no se le presta una ayuda y/o solución pronta y oportuna.

Los resultados obtenidos de estudios han determinado que, por ejemplo, en las amas de casa el no poder contar con un tiempo de descanso, se

aumenta el riesgo de asociar a consecuencias adversas como la depresión(11). En los estudiantes universitarios, principalmente en la jornada nocturna, se ha observado insatisfacción frente al estudio, baja energía emocional, agotamiento físico, entre otros; afectando el rendimiento académico. En los deportistas se ha observado como factor de riesgo para desarrollar el síndrome, la falta de habilidades, las altas demandas competitivas, las exigencias del entorno, la interacción negativa con los compañeros; afectando de esta forma su rendimiento competitivo(12).

Se han realizado diferentes estudios como se menciona anteriormente en diferentes poblaciones como estudiantes universitarios, conductores, amas de casa, deportistas, abogadas, personal hotelero, personal de la salud; siendo esta última población la más analizada a nivel nacional. Burnout. Síndrome de quemarse en el trabajo(13), sin embargo, no existe estudios en Colombia que hayan evaluado la prevalencia del burnout en funcionarios de la rama judicial, por tanto, se observa la necesidad de elaborar un estudio en los funcionarios del distrito judicial, que permita identificar el desgaste profesional, los síntomas somáticos y la presencia de Burnout, con el fin de que se puedan generar estrategias de prevención y tratamiento de esta enfermedad, es necesario conocer: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout y la



relación con los síntomas psicossomáticos de los funcionarios de un distrito judicial en Colombia en el primer semestre del año 2019?

## **2. Justificación**

El Consejo Superior de la Judicatura en representación de empleador del Estado Colombiano, tiene como función mitigar los riesgos laborales a los que se someten los jueces y magistrados como trabajadores que prestan el servicio de impartir justicia. Así pues, el Consejo Superior de la Judicatura, mediante Acuerdo No 268 de 1996(14) se reglamentó la conformación, organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Salud ocupacional de la rama judicial, para el efecto ordenó la integración de un Comité Nacional y veintitrés Comités Seccionales de Salud Ocupacional.

Igualmente, el alto cuerpo colegiado desarrollo su protocolo de prevención del riesgo psicossocial teniendo como misión “Disminuir el impacto de los factores generadores de estrés laboral sobre la salud de los servidores, mejorando la productividad y competitividad de la Rama Judicial”. En este punto fueron analizados 8.444 servidores (aproximadamente el 38% del total de servidores judiciales), el 86% de servidores estaban en alto riesgo psicossocial (aproximadamente 1.607 servidores). Con estos resultados acerca del factor psicossocial de los funcionarios judiciales se determinó,

que el desgaste profesional en atención al desarrollo de la función pública de administración de justicia tenían niveles de ansiedad y stress laboral, al conocerse estos resultados se iniciaron actividades de prevención con temas de comunicación y trabajo en equipo, manejo de la tensión laboral, capacitación en aspectos psicossociales de acoso laboral, comunicación efectiva, manejo de conflictos y atención psicológica individual(15).

Un Juez es un funcionario con una amplia experiencia al servicio del poder judicial, probada y evaluada en múltiples situaciones por su conocimiento jurisdiccional, toma de decisiones con prontitud y certeza, ética probada(16). Caballero argumenta, entre otras cosas que un Juez no debe estar limitado por la edad, pero sí por la experiencia; se trata de un funcionario público que realiza funciones administrativas, gestión, elaboración de proyectos, debe ser capaz de organizar el trabajo de otros, dotado de una gran memoria, liderazgo, vocación por el servicio público, amplia cultura, buenas relaciones interpersonales con su personal, con los justiciables y en general con toda la sociedad. Como puede observarse el nivel de conocimientos, actitudes y competencias requeridas para este trabajador, son excepcionales, frente a muchos trabajos, ya que los Jueces en cualquier parte del país, tienen sobre sus hombros la impartición de justicia de una nación. Sepúlveda

identificó como graves los niveles de desgaste ocupacional en jueces, fiscales y procuradores colombianos, principalmente por la alteración física (somatización)(16); Fabra reporta una serie de recomendaciones a jueces por el estrés en el Consejo General del Poder Judicial de España ante múltiples problemas de salud presentados por jueces y magistrados(17); Perales, Chue, Padilla, y Barahona(18) encontraron en un amplio estudio con 287 magistrados, 138 fiscales y 149 jueces peruanos una alta asociación entre estrés, ansiedad y depresión; Novaes y Sacramento(8) en Brasil, en un estudio con jueces laborales encontraron una alta relación entre estrés y afectación en el área afectiva que impactaba severamente su calidad de vida, la principal causa se asoció con la carga mental; Pereira da Silva(8) con 930 magistrados brasileños concluyeron que la acumulación de trabajo es un factor de riesgo para sobrepasar los límites de estrés; Hunter encontró una carga excesiva de trabajo asociada a burnout y síntomas psicossomáticos en Estados Unidos con trabajadores del poder judicial; Salanova en un estudio español con magistrados, encontró una relación entre el estrés y la sobrecarga informativa constituyendo el concepto de estresores tecnológicos como el celular, el tele-trabajo, internet, entre otros(8); Barboza (15) diagnosticó al 70% de los trabajadores de un circuito judicial en Costa Rica con serios problemas

de burnout asociados a errores en su desempeño(17); Brenner en un estudio con magistrados norteamericanos que el burnout se manifiesta en tensión física y mental con desenlaces en la salud física; Perales (17) en un estudio con magistrados peruanos encontró que el desempeño se ve afectado por el burnout, correlacionando con sobrecarga de trabajo, la falta de comprensión frente al avance tecnológico, falta de reconocimiento, dificultades para relacionarse con los demás, dificultades en su vida familiar, así como ausencia de estrategias de afrontamiento. Como puede observarse el burnout está ampliamente relacionado a manifestaciones psicossomáticas, particularmente en la población que imparte justicia en muchos países.

Teniendo en cuenta que los funcionarios judiciales también pueden ser sujetos de stress laboral cuando prestan un servicio en el proceso judicial y que esto genera afectación en su salud mental y la entidad encargada de velar por la seguridad y bienestar de dichos trabajadores no planifica adecuadamente de manera oportuna y eficaz con instrumentos y métodos para mejorar la salud mental de los funcionarios. Por todo lo mencionado anteriormente tiene como propósito determinar la prevalencia de burnout en y relacionarlo con los síntomas psicossomáticos, con el fin de tener un elemento esencial en la toma de decisiones como método útil

en conocimiento, manejo y prevención del síndrome de burnout para los funcionarios judiciales del distrito judiciales.

### **3.Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Identificar la prevalencia del síndrome de Bournout y la relación con los síntomas psicósomáticos de los jueces de un distrito judicial en Colombia en el primer semestre del año 2019, mediante el cuestionario Mash Burnout Inventory y el cuestionario PHQ-15.

#### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la población de los funcionarios de un distrito judicial en Colombia en el primer semestre del año 2019.
- Calcular la prevalencia del síndrome de burnout en los funcionarios de un distrito judicial en Colombia.
- Establecer la correlación entre los síntomas somáticos y síndrome de Bournout en la población de estudio.

### **4. Marco de referencia**

#### **4.1 Marco teórico**

El síndrome de Burnout fue definido inicialmente por Freudenberger en el año de 1974, pero luego en los años 80 fue desarrollado por Maslach y

Jackson; éste síndrome, se refiere a cierto tipo de estrés laboral e institucional, que se presenta principalmente en profesionales que permanentemente se encuentran en relación directa con otras personas; con el fin de prestar algún tipo de ayuda, por ejemplo, profesionales del área asistencial, educación, rama judicial, entre otros. Se trata básicamente de cómo el profesional mantiene su propio equilibrio para desarrollar su trabajo ante posibles situaciones de crisis ocasionados por la atención de personas(19).

Existen diferentes definiciones sobre el síndrome de Burnout, así:

Freudenberger: “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”(20).

Pines y Kafry: “es una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”(21).

Dale: “es una consecuencia del estrés laboral indicando que se puede variar en relación a la intensidad y duración del mismo”(22)

Cherniss: “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo

en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”(23). Edelmich y Brodsky: “pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”(24)

Maslach y Jackson: “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”(25)

En síntesis, el síndrome de burnout corresponde a una fatiga emocional ocasionando síntomas físicos y psicológicos, debido al entorno laboral; este síndrome ocasiona en el individuo un pensamiento de fracaso profesional.

### 2.3.1 Variables que desencadenan el Síndrome de Burnout

Existen ciertas variables presentes en el entorno o contexto laboral que conllevan a identificar la ocurrencia del síndrome en los individuos, así:

**Organizacionales:** son las que se encuentran dentro de la organización y pueden llegar a ocasionar situaciones negativas durante la interacción del individuo con su puesto de trabajo(26); dentro de estas variables se encuentran:

- Dinámica del trabajo: producido por la falta de claridad en las fun-

ciones a desarrollar, o mal relación entre compañeros y jefes.

- Incompatibilidad profesional: el perfil profesional del individuo no se adapta al perfil del puesto de trabajo.
- Mala distribución de trabajo: exceso de tareas que no corresponden al puesto de trabajo del individuo y que generan mayor exigencia y responsabilidad.
- Contenido de la tarea: tiene relación con la diversidad de actividades que corresponden a la tarea.
- Entorno del trabajo: corresponde al ambiente en el cual se desarrolla el trabajo, y donde se incluye el ruido, la iluminación, la ergonomía del puesto de trabajo.
- Turnos de trabajo: principalmente el turno de trabajo realizado en las noches, influye en el síndrome debido a la falta de descanso.
- Roles sin definir: es similar a la dinámica del trabajo; donde se espera que se realicen las tareas sin tener claridad en las funciones y en las responsabilidades del rol.
- Introducción de tecnologías en la tarea: el uso de la tecnología en el desarrollo de las tareas, generan un cambio en las habilidades del individuo y si no se cuenta con esta habilidad, se puede presentar entorpecimiento del desempeño.
- Estructura organizacional: la no existencia de una estructura dinámica donde las decisiones están centralizadas genera que el individuo esté más propenso al síndrome

- me.
- Inestabilidad económica: el no ofrecimiento de una estabilidad económica genera en el individuo la negatividad e incertidumbre sobre su futuro, aumentando la probabilidad del padecimiento del síndrome.
  - Clima organizacional: influye en el individuo las relaciones con los compañeros, la toma de decisiones, y el trabajo autónomo.(27)
  - sociales: en estas variables se tienen contempladas las relaciones con la familia, los amigos, el estilo de vida; que son factores diferentes al contexto laboral; dentro de estas variables se encuentran:
  - Comunicación: la buena fluidez en la comunicación en su entorno social disminuye la aparición del síndrome en el individuo.
  - Relaciones: la actitud de la familia y de los amigos puede influir de manera positiva o negativa en el individuo y su percepción.
  - Cultura: el entorno social del individuo puede influir en el desarrollo del individuo debido al apoyo que encuentre en las relaciones de este entorno(28).
- Personales:** estas corresponden a las variables propias del individuo, como son la personalidad, las emociones, los sentimientos y los pensamientos; dentro de estas variables se encuentran:
- Control: el individuo toma las decisiones intentando controlar los efectos; pero al momento de perder el control, puede tener mayor posibilidad de padecer el síndrome.
  - Personalidad fuerte: el individuo sostiene un sentimiento hacia él mismo y el trabajo, y enfrenta los cambios de la vida con una actitud diferente; en el momento en que se ve vulnerada esta personalidad, queda expuesto al padecimiento del síndrome.
  - Sexo: el sexo femenino hace más vulnerable el padecimiento del síndrome, debido a la cantidad de roles en los que se ve envuelta; sin embargo, no es un aspecto diferenciador al momento de padecer el síndrome.
  - Edad: el individuo con una mayor edad que cuenta con más altos índices de experiencia y madurez tiene mayor facilidad de afrontar cualquier presión en su aspecto laboral; sin embargo, al igual que el sexo, no es una variable diferenciadora al momento de analizar el padecimiento del síndrome.
  - Autoeficacia: corresponde a la percepción del individuo de sentir que realiza su trabajo de manera eficaz; sin embargo, al momento de perder esta eficacia se vuelve más vulnerable a padecer el síndrome.
  - Expectativas personales: corresponde a lo que espera el individuo al estar ante cualquier evento; sin embargo, al momento en que no

se cumpla dicha expectativa, se aumenta el riesgo de padecer el síndrome(29).

### 2.3.2 Sintomatología

Los síntomas del síndrome de burnout son el bajo rendimiento laboral, sentimiento de frustración, agotamiento físico, agotamiento mental, insomnio, hipertensión arterial, alteraciones gastrointestinales, cefalea, etc., y se pueden agrupar en cuatro niveles clínicos,(30) así:

- Leve: cansancio, dificultad para despertarse, quejas.
- Moderado: negativismo, cinismo, suspicacia, aislamiento.
- Grave: ausentismo, abuso de drogas, abuso de alcohol, automedicación.
- Extremo: suicidio, cuadros psiquiátricos, aislamiento marcado.

### Fases del Síndrome de Burnout

El padecimiento del síndrome se refleja en cinco etapas, así:

Fase 1. En esta etapa el individuo considera su trabajo como estimulante para su vida.

Fase 2. El individuo inicia a sentir un estancamiento en su trabajo; se disminuyen las expectativas con que inició sus actividades; y pone en duda el esfuerzo de su trabajo; empieza a aparecer diferentes síntomas como

trastornos estomacales, aburrimiento, dolores de cabeza, entre otros.

Fase 3. El individuo se siente frustrado en la ejecución de su trabajo; se acentúan los problemas psicosomáticos y se presentan estados de irritabilidad.

Fase 4. El individuo presenta apatía para cambiar las cosas, se inicia el ausentismo laboral.

Fase 5. El individuo se siente “quemado” colapsando físicamente e intelectualmente; en esta fase se observa la sintomatología con mayor criticidad.

### Consecuencias del Burnout

Los individuos con padecimientos del síndrome de burnout generan consecuencias para la organización, personales, emocionales, y sociales; así:

Consecuencias para la organización: se reflejan en el cumplimiento de los objetivos; se observa disminución de satisfacción laboral, se aumenta el ausentismo laboral, y se disminuye la participación en las actividades laborales; adicionalmente se ve deteriorada la calidad del servicio y el aumento de conflictos interpersonales. Todas estas causas ocasionan aumento de rotación laboral y de accidentes e incidentes laborales.

Consecuencias personales: en el individuo las más representativas son



el agotamiento emocional y la falta de salud, presentando síntomas como dolor de cabeza, dolor de espalda, contracturas musculares, dolor de estómago, tobillos hinchados, entre otros.

Consecuencias emocionales: en el individuo se observan sentimientos de soledad, palpitaciones, ansiedad, crisis asmáticas, hipertensión arterial, mayor frecuencia de infecciones, culpabilidad, alergias, consumo de alcohol, frustración, úlceras, diarrea, insomnio, entre otros.

Consecuencias sociales: disminución de las relaciones diferentes a las laborales, disminución de la calidad de vida personal, actitudes y conductas de carácter negativo, agotamiento emocional.

### **Métodos de prevención:**

La principal prevención debe partir desde la organización que es donde se encuentra el foco del problema; para esto es importante que se tengan en cuenta en las organizaciones, las siguientes medidas preventivas:

- Definición de la estructura organizacional
- Orientación de las acciones en grupo
- Eliminar cultura de control del empleador sobre el empleado
- Crear cultura de confianza
- Eliminar la fiscalización de la labor

de los empleados

- Crear un clima de comunicación
- Valoración de trabajo por resultados
- Implementar procesos de retroalimentación sobre el desempeño del individuo
- Definición de roles y responsabilidades

### **Instrumentos de medición:**

Diferentes autores han definido instrumentos de medida para el síndrome de burnout; entre ellos se encuentran(30):

- Staff Burnout Scale, postulado por Jones en el año 1980; el cual, a través de una escala compuesta por 30 ítems, buscaba medir los diferentes aspectos del origen del burnout; como son los cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos. La estructura de este instrumento está basada en cuatro componentes como son: la insatisfacción con el trabajo, enfermedad física, estrés, tensión psicológica, y negativas relaciones profesionales con los pacientes. Este instrumento está limitado a profesionales relacionados con la salud.
- Emener-Luck Burnout Scale, postulado por Emener y Luck en el año 1980; el cual, medía la escala, a través de seis factores como son: trabajo general – sensaciones relacionadas; sensaciones relacionadas – consigo mismo; trabajo

- preparación del ambiente; respuestas negativas de la persona dentro del ambiente; disonancia autoconcepto frente al autoconcepto de otros; carrera – alternativas de trabajo. Este instrumento está limitado a profesionales relacionados con la educación.
- Tedium Measure (Burnout Measure), postulado por Pines, Aronson y Kafry en el año 1981; el cual, medía la escala a través de 9 ítems con 7 opciones de respuesta; donde se evaluaba: sentimientos de depresión, burnout, cansancio físico, cansancio emocional, vaciamiento existencial, tensión, hastío, sentimientos de ilusión, sentimientos de felicidad. Este instrumento mide tres dimensiones que son el agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental.
- Maslach Burnout inventory, postulado por Maslach y Jackson en el año 1981; el cual, mide al individuo sobre sus sentimientos y pensamientos; este instrumento está compuesto de 22 ítems, con los cuales se miden las tres dimensiones del Burnout que son agotamiento emocional a través de 9 ítems, despersonalización a través de 5 ítems, y reducida realización personal a través de 8 ítems; obteniendo una puntuación baja, media o alta. Este instrumento puede ser aplicado a profesionales de salud mental, profesores, médicos, asistentes sociales, y otras profesiones.
- Burnout Scale, postulado por Kremer y Hofman en el año 1985; el cual, a través de cinco ítems a modo de autoinforme realizan la medición del Burnout; y este instrumento cuenta con reducida fiabilidad.
- Teacher Burnout Scale, postulado por Seidman y Zager en el año 1986; el cual, a través de 65 ítems inicialmente en una escala tipo Likert, buscaba medir el Burnout; posteriormente se realizaron análisis donde solo quedaron 24 ítems para medición con cuatro factores que son satisfacción con la carrera, afrontamiento del estrés relacionado con el trabajo, actitudes hacia los estudiantes y percepción de apoyo por parte del supervisor. Este instrumento está limitado a profesionales relacionados con la educación.
- Energy Depletion Index, postulado por Garden en el año 1987; el cual, a través de 7 ítems se mide la energía o agotamiento del individuo.
- Matthews Burnout Scale for employees, postulado por Matthews en el año 1990; el cual a través de un autoinforme mide burnout bajo cuatro aspectos relacionados con el trabajo como son ajuste de rol, actitudes acerca del trabajo, habilidades de afrontamiento, y locus de control.
- Efectos psíquicos de Burnout, postulado por García Izquierdo en el año 1990, el cual, a través de 12

ítems, realizan medición de dos factores como las expectativas y actitudes negativas hacia el trabajo; se concluyó que esta escala correlaciona solamente el agotamiento en las emociones.

- Escala de variables predictoras del Burnout, postulado por Aveni y Albani en el año 1992, no es considerado solo como un instrumento de medida del Burnout, sino que permite realizar la medición de la ansiedad y la depresión.
- Cuestionario de Burnout del Profesora, postulado por Moreno y Oliver en el año 1993, en el cual se realizaba medición exclusiva de la variable Despersonalización a través de 16 ítems, con las siguientes escalas: despersonalización, cansancio emocional, tedio, reducida realización personal, clima organizacional, características de la tarea, y repercusiones del Burnout en la vida del sujeto.
- Holland Burnout Assessment Survey, postulado por Holland y Michael en el año 1993, en el cual, se realizaba la medición a través de 18 ítems y compuesto por cuatro factores: compromiso con la enseñanza, percepción positiva de la enseñanza, conocimiento del Burnout, y apoyo de los supervisores. Este instrumento estaba limitado para profesionales de la educación.
- Rome Burnout Inventory Venturi, postulado por Dell Rizzo en el año 1994, este instrumento se di-

vide en seis secciones: variables sociodemográficas; agotamiento emocional y físico; percepción del apoyo social; estresores laborales y no laborales; insatisfacción por condiciones del trabajo; estado de salud.

- Escala de Burnout de Directores de Colegios, postulado por Friedman en el año 1995, este instrumento realiza la medición de: agotamiento (9 ítems), reserva 87 ítems), desprecio (6 ítems). Este instrumento estaba limitado para directores de escuela.

#### **4.2 Teorías de la motivación**

Los resultados obtenidos con esta investigación están enfocados a la motivación que tienen los funcionarios judiciales al momento de asumir los roles y autoridades para el cargo a desempeñar; entendiendo la motivación como el proceso que activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento del individuo hacia el logro de los objetivos planteados para su vida(31).

Para comprender estas teorías de la motivación, es importante conocer cuáles son las principales características de cada una de ellas; así:

- **Teoría de las necesidades:** esta teoría establece que la motivación del individuo está enfocada al logro de los grados de satisfacción en su vida; con relación a su tra-

bajo.

- **Teoría de los refuerzos:** esta teoría busca establecer cómo las conductas del individuo pueden acarrear consecuencias positivas o negativas, y cómo estas conductas tienden a volverse repetitivas.
- **Teoría de las expectativas:** esta teoría permite identificar cómo los individuos plantean diferentes acciones para el logro de sus expectativas aplicando una conducta específica.
- **Teoría de las metas:** esta teoría permite identificar cómo los individuos plantean sus metas claramente y de qué manera con la ayuda de las teorías anteriores, logra al máximo cumplirlas.

#### 4.3 Estado del arte

A continuación, se presentan tres estudios encontrados, que permitieron ampliar la información necesaria para fortalecer los conceptos y el marco teórico de la investigación. A nivel local y regional no se encontraron estudios enfocados a la rama judicial, ya que, por la especificidad de las funciones, el acceso a cualquier información es muy difícil y se encuentra sometido a reserva por parte de la administración de la rama judicial. A nivel nacional solo se encontró el estudio mencionado anteriormente, desarrollado por el colegiado, pero enfocado al desarrollo del protocolo de prevención del riesgo psicosocial en los servidores, mejorando la produc-

tividad y competitividad de la Rama Judicial.

A nivel regional se encontró estudios sobre los factores de riesgo desencadenantes del síndrome de Burnout, en trabajadores de la salud, en dos instituciones de la ciudad de Cartago, una clínica oftalmológica y una IPS de atención a pacientes crónicos, pero no en servidores públicos de la rama judicial(32). Esta investigación fue una guía para identificar los factores individuales y ambientales que aumentaron el riesgo que desencadenó el síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud en la región. A nivel internacional se encontró un estudio en el año 2013, en el cual se evidenció la repercusión del síndrome en las organizaciones y cómo se deteriora la calidad de vida del individuo en población de enfermeros (33).

Otro estudio encontrado, determinó la prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores administrativos del tránsito departamental del atlántico, en el año 2017, quienes encontraron que la prevalencia del Síndrome de Burnout para esa población fue del 17%, y de este el 29% en alto riesgo, 31% de la muestra en mediano riesgo y 24% en riesgo bajo, así mismo una baja realización personal. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la subescala cansancio emocional y las variables sexo, condición del puesto de trabajo, agotamiento físico y estrés(33). La

mayoría de los estudios realizados para determinar la existencia de síntomas del síndrome de Burnout, están enfocados al sector de la salud; sin embargo, este estudio estaba focalizado en empleados administrativos que se encuentran en constante contacto con usuarios y no servidores de la rama judicial.

#### **4.4 Marco legal**

El cuidado hacia los trabajadores colombianos desde su integridad física como psicológica es un tema legal, es una obligación para los empleadores velar por la protección de cada empleado, por este motivo el gobierno nacional impone unas leyes y decretos sobre este tema en particular, garantizando que cada empleador cumpla con los requisitos establecidos en la ley nacional e internacional a que tienen derecho los trabajadores, entre estas leyes y normativas se encuentran:

**Ley 9 de 1979:** Por la cual se dictan medidas sanitarias. El título III habla de las disposiciones de la salud ocupacional, y estas son aplicables a todo lugar y clase de trabajo. Esta ley pretende proteger y mejorar la salud de los trabajadores, así como también garantizar que haya una supervisión constante para que estas medidas se cumplan.

**Ley 50 de 1990:** Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo

del Trabajo y se dictan otras disposiciones. Emitido por el Ministerio de Trabajo

**Ley 100 de 1993:** Consagra la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores al sistema de seguridad social. Emitido por el Congreso de la República. Esta ley tiene como objeto garantizar los derechos de los trabajadores a tener una afiliación a salud, pensión, cesantías que garanticen unas condiciones favorables para los trabajadores en pro de una mejor calidad de vida

**Ley 181 de 1995:** por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte. Emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta ley tiene como objetivo garantizar que el trabajador tenga acceso a actividades físicas, deportivas y recreativas teniendo en cuenta las personas con discapacidad física, para promover el mejoramiento de calidad de vida y bienestar social.

**Ley 776 de 2002:** Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Emitido por el Congreso de Colombia. Esta ley permitirá al trabajador estar protegido en caso de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, cubriéndole la inca-

pacidad teniendo derecho a continuar con sus prestaciones salariales.

**Ley 1562 de 2012:** Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Esta ley está destinada a prevenir y proteger a los trabajadores en el caso en que se presente una enfermedad laboral o accidente como consecuencia al trabajo que ellos realicen.

**Ley 1616 de 2013:** Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Emitido por el Congreso de Colombia. Promociona la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, garantizando una atención integral a la población colombiana priorizando los niños y adolescentes.

**Decreto 1295 de 1994:** Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Emitido por el Congreso de Colombia Congreso de Colombia y se aplica a trabajadores del territorio nacional contratistas, y subcontratistas del sector público o privado.

**Decreto 1072 de 2015:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Emitido por el Ministerio del trabajo. tiene como objetivo la adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para brindar ga-

rantías a los trabajadores en cuanto a la protección de la economía salarial a través de un sistema de vigilancia y control en el marco del dialogo par el buen desarrollo de las relaciones laborales.

**Resolución 1075 de 1992:** Por la cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional. Emitido por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El decreto pretende establecer medidas que favorezcan el bienestar y la salud de los trabajadores. Se promocionará acciones tendientes a mantener la salud y que ayuden a disminuir riesgos ocupacionales que amenacen la integridad física y la salud mental de la población trabajadora.

**Resolución 156 de 2005:** Por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional y se dictan otras disposiciones. Emitido por el Ministerio de la Protección Social.

**Resolución 1401 de 2007:** Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo. Emitido por el Ministerio de la protección social. La resolución tiene como objeto definir políticas y programas de prevención de riesgos profesionales y es la que regula y hace seguimiento e investiga los accidentes e incidentes del trabajo, con el fin de tomar medidas correctivas y optar por planes de mejoramiento que brinden seguridad



en el trabajo que desempeñan dentro de sus horas laborales.

**Resolución 1792 de 1990:** Por la cual se adoptan valores permisibles para la exposición ocupacional al ruido. Emitido por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Esta resolución permite que el ruido al que están expuestos los trabajadores dentro de sus horas laborales se regulado y se establezcan límites de exposición permisibles, garantizando una protección para la salud de los trabajadores

**Resolución 8321 de 1983:** Por el cual se dictan normas sobre protección y conservación de la audición, de la salud y el bienestar de las personas, por causa de la producción y emisión de ruidos. Emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Resolución 2646 de 2008:** Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Emitido por el Ministerio de la protección social.

**GTC 45 DE 1997:** Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional. Emitido por el Icontec.

**GATISO:** Guía de atención integral basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Emitido por el Ministerio de protección social. Esta guía permite hacer la identificación y evaluación de los riesgos en seguridad y salud en el trabajo, la cual busca dar protección a los trabajadores y brindar una cultura de seguridad dentro de los centros de trabajo, con el fin de disminuir los riesgos laborales a los que están expuestas las personas. Esto permitirá hacer diagnósticos y generar actividades y planes de mejora, con el fin de que la organización pueda establecer los controles necesarios, al punto de asegurar que cualquier riesgo sea aceptable.

**Resolución 2404 de 2019:** Por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones. Emitido por el Ministerio de trabajo.

#### **4.5 Marco conceptual**

Accidente de trabajo: De acuerdo con lo definido por el Ministerio del Trabajo, "Todo accidente de trabajo es una combinación de riesgo físico y error

humano. También se puede definir como un hecho en el cual ocurre o no la lesión de una persona, dañando o no a la propiedad; o solo se crea la posibilidad de tales efectos ocasionados por:

- a) El contacto de la persona con un objeto, sustancia u otra persona.
- b) Exposición del individuo a ciertos riesgos latentes.
- c) Movimientos de la misma persona.(34)”:

Las razones de por qué se produce un accidente son múltiples, pero podemos resumirlas en tres:

- 1) Desconocimiento y falta de formación (factores personales).
- 2) Inadecuación entre las exigencias del trabajo y las capacidades del trabajador (factor tarea)
- 3) Falta de una cultura preventiva y de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales (factores organizativos).

**Amenaza:** Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado por la acción humana de manera accidental, se presente con un nivel alto para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos de salud, así como también daños y pérdidas en bienes, la prestación de servicios y recursos naturales(35).

**Condiciones de salud:** Conjunto de variables objetivas y de auto-reporte

de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora.(35)

**Condiciones y medio ambiente de trabajo:** Aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, como:

- a) Las características del local, las instalaciones, maquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás objetos existentes en el lugar de trabajo.
- b) La organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales.(35)

**Cuestionario Maslach Burnout Inventory:** herramienta utilizada para diagnosticar del síndrome de Burnout a una población, mide los tres aspectos que son el cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

**Ergonomía:** Es la disciplina que estudia al hombre en sus aspectos fisiológicos, anatómicos y psicológicos y sociológicos en su relación con el empleo de objetos y sistemas propuestos enmarcados en un medio para un fin determinado. Su campo exploratorio abarca el análisis del aporte energético del cuerpo, los problemas de dimensión y postura, la influencia de

las condiciones ambientales, las limitaciones de los órganos sensoriales, las informaciones hombre-máquina, la edad, la fatiga y otros elementos causantes de los accidentes(36).

**Evaluación de riesgo:** Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concertación. (36)

**Higiene industrial:** Se define la higiene industrial como la ciencia dedicada al reconocimiento, evaluación y control de los factores ambientales que se originan en o por los lugares de trabajo, los cuales pueden provocar perjuicios y patologías entre los trabajadores o ciudadanos de la comunidad. En últimas, la higiene industrial detecta, analiza, evalúa el sistema de trabajo y diseña los mecanismos de control y mejora del medio ambiente del trabajador, en busca del mejoramiento de la salud y la productividad.(37)

**Incidente de trabajo** son los eventos anormales que se presentan en una actividad laboral y que conllevan un solo potencial de lesiones o daños materiales. Cuando este tipo de incidente tiene un alto potencial de lesiones es necesario investigar las condiciones peligrosas o intervenir en los comportamientos inseguros(38).

**Medicina del trabajo:** Se define

como un campo específico de la salud ocupacional, que se ocupa de la evaluación, promoción, mantenimiento y mejoramiento de la salud del trabajador, mediante la aplicación del principio de la medicina preventiva, asistencia médica de urgencias, rehabilitación y salud ambiental. La medicina del trabajo se propone dar una dimensión más humana y social, consagrando la supremacía del hombre, preservando la capital salud, único bien del trabajador, que le da la capacidad para producir riqueza de carácter social(39).

**Medicina preventiva:** Disciplina que se ocupa de las acciones preventivas destinadas a evitar los efectos y consecuencias no deseadas en la salud de las personas o el ambiente que las rodea; su estrategia fundamental es la educación en salud ocupacional y las demás acciones tendientes a prevenir los daños a la integridad de las personas. Se considera que en esta disciplina intervienen el médico ocupacional y el general, la enfermera asistencial y la ocupacional, el psicólogo, el epidemiólogo, con el propósito de prevenir la ocurrencia de las enfermedades de origen común y de actuar en coordinación con los profesionales de medicina del trabajo.(40)

**Síndrome de Burnout:** tipo de estrés laboral, por agotamiento físico o emocional cuyas consecuencias inciden en la autoestima; es un proceso progresivo por el cual el individuo

pierde interés en sus tareas.

## 5. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo con nivel de análisis relacional.

La población para el estudio fueron funcionarios de un distrito judicial en Colombia; el muestreo utilizado en el trabajo es por conveniencia, el cual hace parte de las técnicas de muestreo no probabilístico(41); la muestra fue de 70 funcionarios que trabajan en los despachos judiciales ubicados en los municipios de un departamento en Colombia. Respetando la decisión de los participantes de no mencionar el departamento donde se realizó el estudio, no se nombrará el lugar exacto donde se desarrolló la investigación.

Se invitó a participar voluntariamente a todos los jueces del distrito a través de una entrevista personalizada, donde se les explico los objetivos de la investigación garantizando la privacidad de las respuestas obtenidas; con la firma del consentimiento informado por parte de todos los participantes del estudio. En un segundo momento se envió a cada uno de los jueces, la encuesta del perfil sociodemográfico, el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, y el cuestionario de salud PHQ-15 para que cada uno lo diligenciara durante su jornada laboral.

La técnica utilizada para la recolección de la información fue a través de la aplicación de tres instrumentos, el primero corresponde a una Encuesta de Perfil Sociodemográfico, el segundo, para la estimación de la prevalencia del síndrome de burnout se utilizó la escala MIB del cuestionario de Maslach Burnout Inventory – MBI, el cual está conformado por 22 ítems que mide tres dimensiones como el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, y fue diseñado para medir el desgaste profesional y por ende, la frecuencia e intensidad con la que se sufre el Burnout. Y el tercer instrumento utilizado fue el PHQ-15, con el fin de analizar los síntomas somáticos y establecer la confiabilidad de los mismos, conformado por 15 ítems que son:

- Dolor de estómago
- Dolor de espalda
- Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones.
- Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación (mujeres)
- Dolores de cabeza
- Dolor torácico (zona del pecho)
- Mareos
- Desmayos
- Palpitaciones o sentir el corazón acelerado
- Falta de respiración
- Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales
- Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea

- Náuseas, gases o indigestión
- Sentirse cansado o con pocas energías
- Problemas de sueño

establecer la confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Para el análisis de la información, se realizó la tabulación de la información recolectada a través de los instrumentos, y se elaboró el procesamiento de variables y análisis mediante el software estadístico SPSS versión 16.

Se entregó un consentimiento informado en físico, para asegurar la confidencialidad de la información recibida a través de los instrumentos utilizados para la investigación; el cual fue firmado por cada uno de los participantes del estudio.

Adicionalmente, se hicieron pruebas de normalidad de datos a través de la prueba de Kolmogorov, se utilizó la prueba U de Mann Whitney para pruebas no paramétricas. También se realizó la medición del coeficiente de correlación Rho Spearman, y para

Los criterios éticos y bioéticos en los que se basa la presente investigación, son los establecidos en la Resolución 8430 de 1993 (Minsalud, Resolución No. 8430 de 1993, 1993) (41), y el informe de Belmont; en estos dos documentos se establecen los siguientes criterios y principios:

Tabla 1 Criterios éticos y bioéticos

Resolución 8430 de 1993 Criterios	Informe de Belmont Principios
Se contó con un consentimiento informado por escrito del individuo sujeto de investigación.	Principio de Beneficencia: por encima de los intereses particulares, para ayudar al prójimo y prevenir el daño buscando su bienestar. Permitiendo tomar como referencia esta investigación, y se puedan plantear acciones que minimicen el padecimiento del síndrome.
La investigación fue realizada por los autores, quienes en compañía de un asesor con conocimiento y experiencia; garantizaron el cuidado de la integridad y el bienestar de los individuos objetos del estudio.	Principio de No Maleficencia: se promovió el bien y el no hacer daño; bajo los preceptos morales de no inducir sufrimiento, no matar, y no causar dolor.

<p>La investigación solo se llevó a cabo una vez se obtuvo el consentimiento informado firmado por cada uno de los individuos objeto del estudio; y el comité de Bioética de la Universidad, Libre Seccional Pereira.</p>	<p>Principio de Justicia: La salud es considerada como un derecho fundamental, y el estado debe garantizar su aplicación a toda la población; dando a cada cual lo que corresponde; en el sentido de que son precisamente estos funcionarios, quienes se ven afectados por unos niveles de estrés diferentes.</p> <p>Principio de Igualdad: En el sentido que la legislación de seguridad y salud en el trabajo es de aplicación universal.</p>
---	---

Fuente. Elaboración propia

## 6. Resultados

### Caracterización de la población de estudio

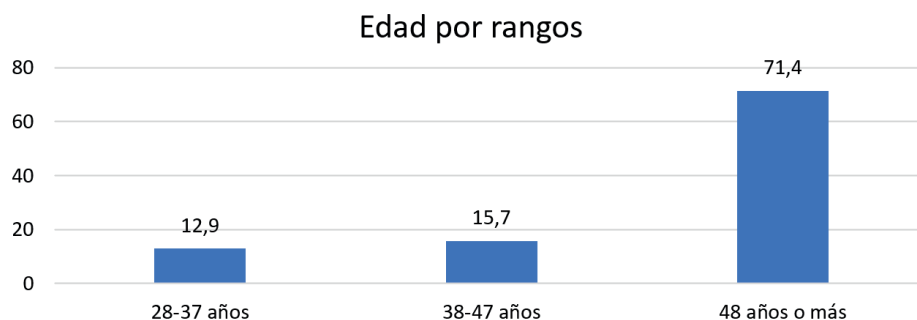
La población objetivo de esta investigación correspondió a los 114 funcionarios de un distrito judicial en Colombia; sin embargo, solo se obtuvo una participación de 70 funcionarios, quienes respondieron los instrumentos de recolección de la información,

de manera voluntaria.

A continuación, se presenta la distribución de los aspectos sociodemográficos.

En cuanto a la edad se observa que el 71.4% de los participantes, son profesionales adultos de 48 años o más; el 15.7% adultos de 38 a 47 años y el 12.9% son adultos de 28 a 37 años (Figura 3)

Figura 3. Edad de los participantes.

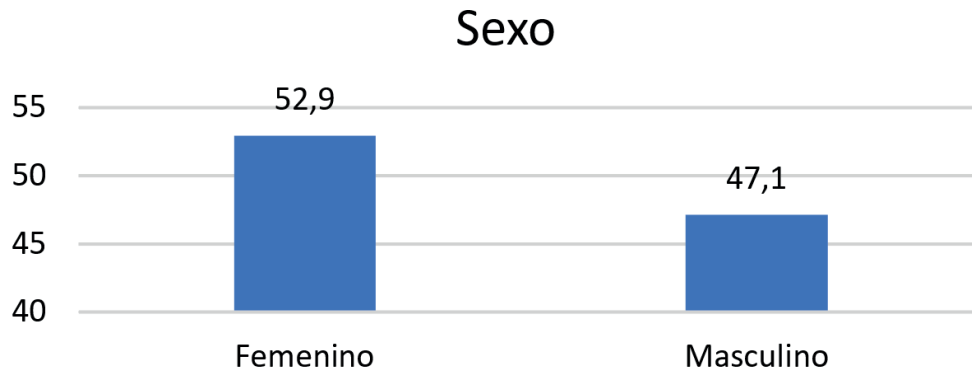


Fuente. Elaboración propia



En la figura 4 se observa que el 52.9% son mujeres y el 47.1% son hombres. de los funcionarios del distrito judicial,

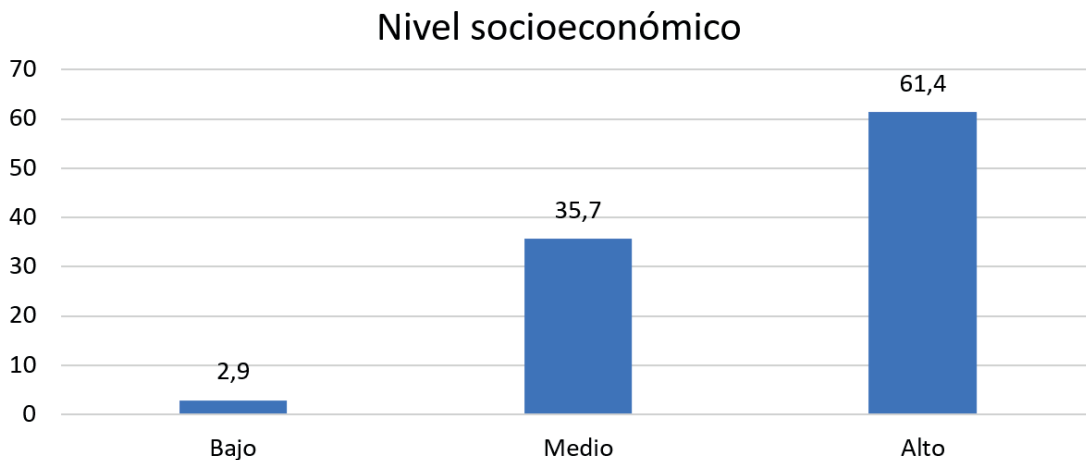
Figura 4. Sexo de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

El nivel socioeconómico de las personas evaluadas, el 61.4%, se encuentran en un nivel socioeconómico alto, el 35.7% en un nivel medio y el 2.9% en un nivel bajo (Figura 5).

Figura 5. Nivel socioeconómico de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

En la figura 6 se observa que el 90% de los participantes, se encuentran en un nivel de escolaridad de especialis- ta, el 8.6% en un nivel de pregrado y el 1.4% en un nivel de doctorado.

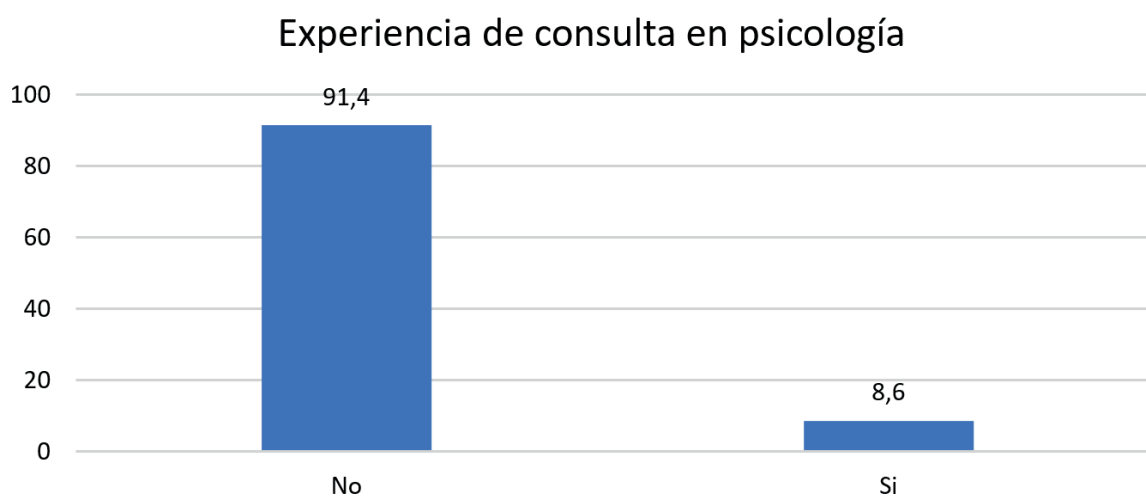
Figura 6. Nivel de escolaridad de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

En el estudio se pudo observar que no han solicitado consultas en psicología, y el 8.6% si (figura 7).

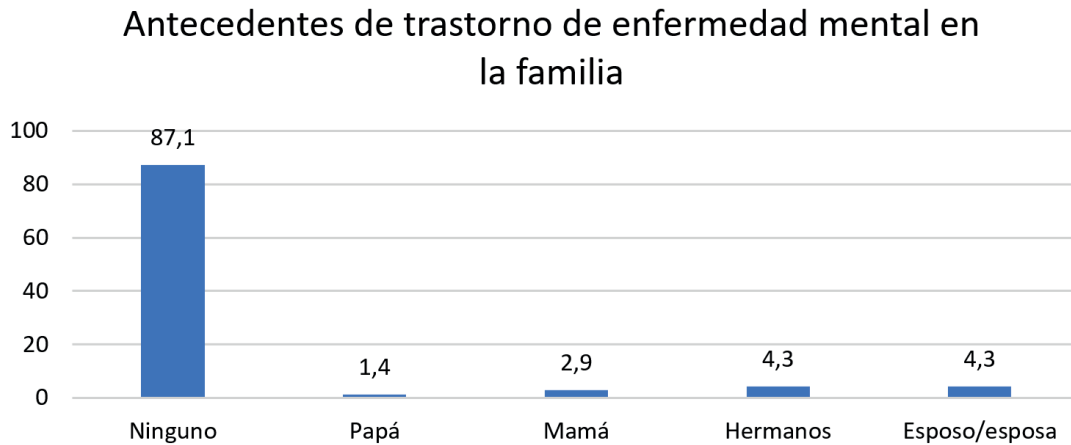
Figura 7. Experiencia de consulta psicológica.



Fuente. Elaboración propia

En la figura 8 se observa que el 87.1% de los familiares de los participantes, no han presentado trastornos de enfermedad mental.; mientras que en el 13 % que presentaron antecedentes con trastornos de salud mental, se encontró que el 1,4 se presentaba en el padre, el 2,9 en las mamás, el 4,3% en los hermanos y el 4,3 en el esposo(a).

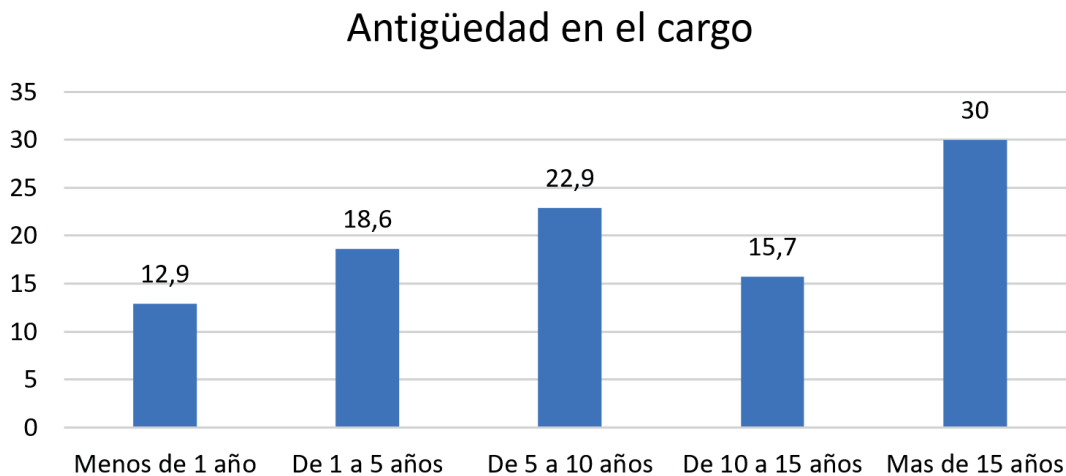
Figura 8. Antecedentes de trastorno de enfermedad mental en la familia de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

En el estudio se pudo observar que el 30% de los sujetos, llevan desempeñando el cargo por más de 15 años, el 22.9% de 5 a 10 (Figura 9).

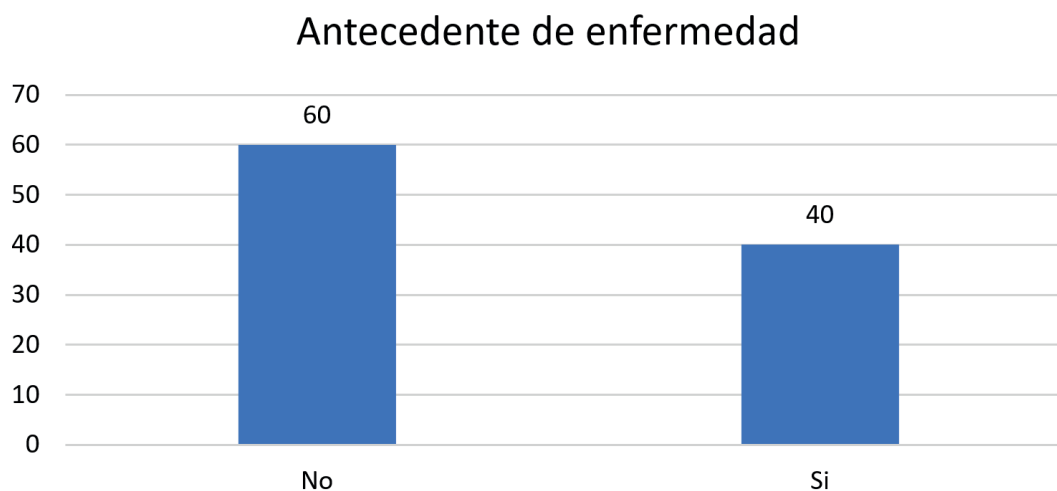
Figura 9. Antigüedad en el cargo.



Fuente. Elaboración propia

En la figura 10 se observa que el 34.3% de las personas evaluadas, son especialistas en penal y el 31.4% en civil; siendo estas dos especialidades las que más carga mental conllevan, seguido de administrativo con un 14,3%, laboral 12,9%, familia un 4,3% y por último promiscuo con un 2.9%.

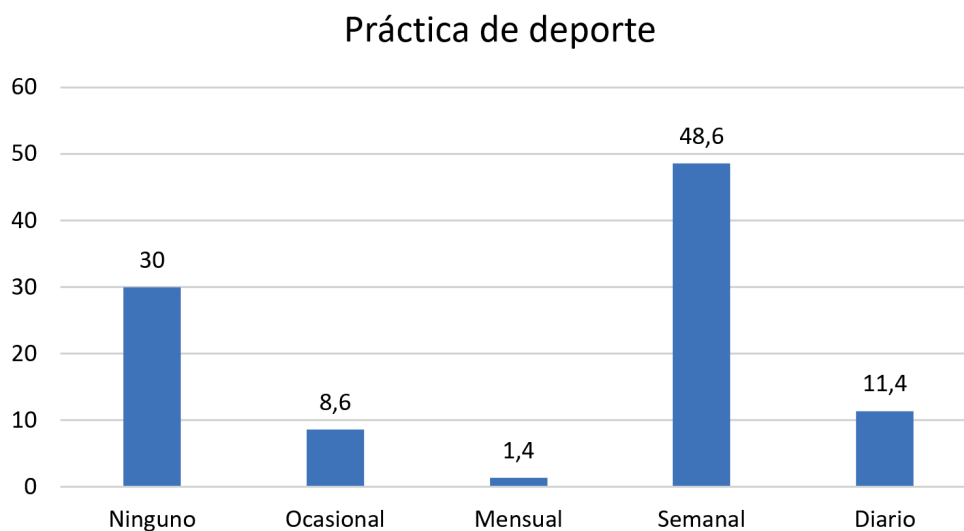
Figura 10. Especialidad laboral que tienen los participantes.



Fuente. Elaboración propia

En la figura 11 se observa que el tipo de enfermedad diagnosticada, 60% de los sujetos de investigación, mientras que el 40% sí presentan alguna patología.

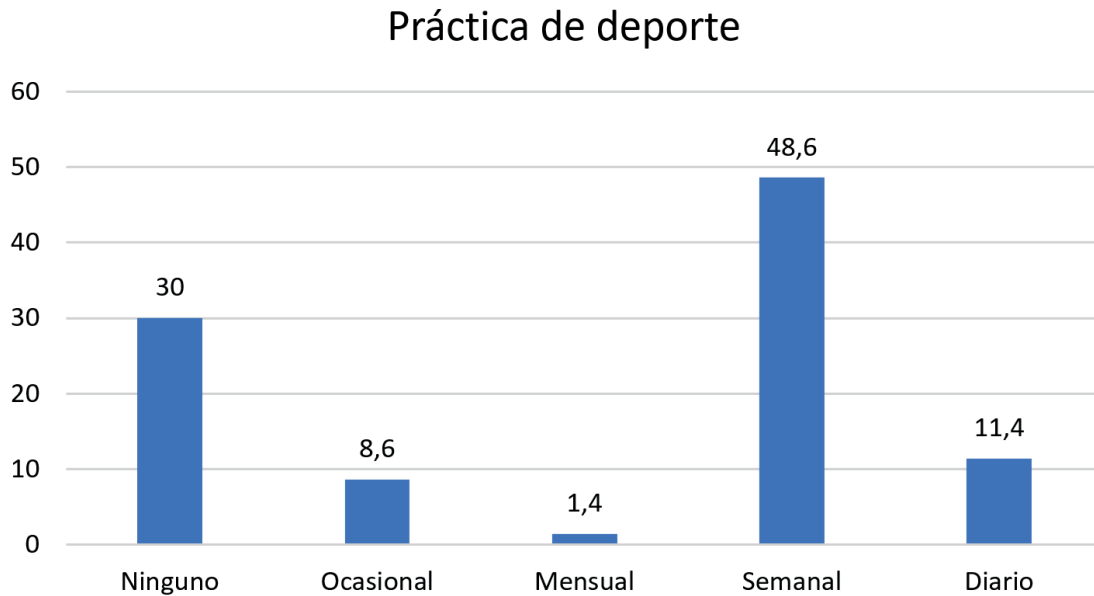
Figura 11. Antecedentes de alguna patología de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

El estudio reporta que solo el 48.6% diario, el 8.6% ocasional, y el 30% no de la población de estudio, practican realizan deporte (Figura 12). deporte de forma semanal, el 11.4%

Figura 12. Porcentaje de actividad física (deporte) de los participantes.



Fuente. Elaboración propia

**Estimación de la prevalencia del síndrome de Burnout.**

Teniendo en cuenta la metodología realizada, en las tablas 2 y 3, se observan los resultados obtenidos para las tres dimensiones del desgaste

profesional, en la cual se puede observar que el 54% de la población estudiada presenta el síndrome de Burnout, el 12% agotamiento emocional, 3% despersonalización y el 38,5% tiene realización personal (Tabla 2).

Tabla 1 Criterios éticos y bioéticos

Dimensiones	IC 95		Mínimo	Máximo	Rango
	LI	Ls			
Agotamiento emocional	11,6	17,0	0,0	50,0	50,0
Despersonalización	3,5	6,1	0,0	28,0	28,0
Realización personal	34,1	39,0	0,0	48,0	48,0
Bournot	51,7	59,5	0,0	91,0	91,0

Fuente. Elaboración propia

Al evaluar la media establecida para cada una de las escalas del síndrome de burnout, se observa en la tabla 3 que el 17,1% de los participantes presenta un nivel agotamiento personal alto, seguido de un 15,7% nivel medio y un 67,1% presenta un nivel alto. En cuanto a la dimensión de la

despersonalización el 14,3% presenta un nivel alto, el 22,9% un nivel medio y el 62% presenta un nivel bajo, a su vez el 48,6% tiene un nivel alto de realización personal, el 17,1% nivel medio y el 34,3% presenta un nivel bajo.

Tabla 3. Evaluación del nivel de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de los participantes.

<b>Dimensión</b>	<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Agotamiento emocional	Nivel Bajo	47	67,1	67,1
	Nivel Medio	11	15,7	82,9
	Nivel Alto	12	17,1	100,0
Despersonalización	Nivel Bajo	44	62,9	62,9
	Nivel Medio	16	22,9	85,7
	Nivel Alto	10	14,3	100,0
Realización personal	Nivel Bajo	24	34,3	34,3
	Nivel Medio	12	17,1	51,4
	Nivel Alto	34	48,6	100,0
Convenciones: n Tamaño de muestra % Porcentaje				

Fuente. Elaboración propia



Posteriormente, se realizó el análisis de confiabilidad, para cada una de las dimensiones; encontrándose una confiabilidad alta para agotamiento emocional y realización personal, seguida de una confiabilidad media para la dimensión de despersonalización (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de confiabilidad de 3 dimensiones.

Dimensión	# de factores que la conforman	Confiabilidad (Alfa)	Calificación de la confiabilidad
Agotamiento emocional	9	0.841	Alta
Despersonalización	5	0.686	Media
Realización personal	8	0.829	Alta

Fuente. Elaboración propia

Adicionalmente, al realizar la prueba de confiabilidad para los síntomas somáticos mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se pudo establecer una confiabilidad alta (Alfa 0.836); lo que significa que esta herramienta fue válida y confiable para la detección de los síntomas somáticos en la población de estudio, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. Análisis de confiabilidad síntomas somáticos.

Dimensiones	IC 95		Mínimo	Máximo	Rango
	LI	Ls			
Agotamiento emocional	11,6	17,0	0,0	50,0	50,0
Despersonalización	3,5	6,1	0,0	28,0	28,0
Realización personal	34,1	39,0	0,0	48,0	48,0
Bournot	51,7	59,5	0,0	91,0	91,0
Síntomas somáticos	20,2	22,5	15,0	31,0	16,0

Fuente. Elaboración propia

Al realizar la prueba de normalidad de acuerdo con Kolmogorov muestra, que los datos de la población analizada no provienen de una distribución normal, por consiguiente, se realizó la prueba U de Whitney para datos no paramétricos.

prevalencia del 8.6% funcionarios judiciales de un distrito judicial en Colombia presentan el síndrome de burnout inminente; esto quiere decir, que 6 de los 70 jueces evaluados presentan un síndrome de burnout, de los cuales 4 hombres y 2 mujeres), como se muestra en la tabla 6.

En el estudio se pudo determinar una

Tabla 6. Porcentaje de la población con síndrome de Burnout inminente.

Población		Personas con Burnout inminente		Total
		Riesgo bajo o medio	Burnout inminente	
Femenino	Recuento	35	2	37
	%	54,7%	33,3%	52,9%
Masculino	Recuento	29	4	33
	%	45,3%	66,7%	47,1%

Fuente. Elaboración propia

### 7.1.3 Correlación media entre los síntomas somáticos y el agotamiento emocional

correlación media entre los síntomas somáticos que presentan los participantes, con el agotamiento emocional (Spearman = 0.500),  $p < 0.05$ ), como se muestra en la tabla 7

Al realizar pruebas de Spearman, los resultados muestran que existe una

Tabla 7. Agotamiento emocional. Prueba Spearman.

Rho de Spearman	BOURNOT	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Síntomas somáticos	,502**(p=0,00)	,500**(p=0,00)	,293*(p=0,14)	-.052(p=,670)
Desgaste profesional		,802**(p=0,00)	,447**(p=0,00)	0,208(p=0,08)
Agotamiento emocional			,530**(p=0,00)	-.290*(p=0,01)
Despersonalización				-.443**(p=0,00)

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). \* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente. Elaboración propia

Los resultados de este estudio muestran una fuerza de asociación entre los síntomas somáticos y el agotamiento emocional y una correlación entre los síntomas somáticos y el síndrome de Burnout con una fuerza de asociación significativa de (SPE-

ARMAN=0.502,  $p < 0,05$ ) como se evidencia en la tabla 8.

A continuación, en la tabla 8 se comparan los resultados en función del sexo:

Tabla 7. Agotamiento emocional. Prueba Spearman.

Comparación del desgaste		Me	□	±	IC 95%	
					Li	Ls
Agotamiento emocional	Femenino	12,0	14,5	11,2	10,7	18,2
	Masculino	12,0	14,1	11,4	10,1	18,1
Despersonalización	Femenino	3,0	4,4	4,7	2,8	6,0
	Masculino	4,0	5,2	6,2	3,0	7,4
Realización personal	Femenino	41,0	38,4	9,7	35,1	41,6
	Masculino	36,0	34,5	10,9	30,7	38,4
Total burnout	Femenino	55,0	57,2	15,3	52,1	62,3
	Masculino	53,0	53,8	17,4	47,7	60,0
Puntuación Síntomas somáticos	Femenino	22,0	22,5	5,0	20,8	24,2
	Masculino	20,0	20,1	3,9	18,7	21,5
Convenciones: me Media - □ Promedio - ± Desviación – LI Límite inferior – LS Límite superior – IC Intervalo de confianza						

Fuente. Elaboración propia

En este estudio, se estableció que no existe diferencia significativa, entre hombres y mujeres con el agotamiento emocional; que además las mujeres presentan una tendencia positiva mayor que los hombres en la realización personal.

que para los funcionarios de un distrito judicial en Colombia, el desgaste profesional, es independiente de la realización personal. En cuanto a la prevalencia en función del sexo, muestra que es mayor en los hombres que en las mujeres.

De acuerdo a la tabla 9 se encontro

Tabla 9. Resultados de Burnout inminente en la investigación

Prevalencia		Personas con Burnout inminente		Total
		Riesgo bajo o medio	Burnout inminente	
Femenino	Recuento	35	2	37
	%	54,7%	33,3%	52,9%
Masculino	Recuento	29	4	33
	%	45,3%	66,7%	47,1%

Fuente. Elaboración propia

## 7. Discusión

La dedicación del funcionario judicial en Colombia, cuenta con dos grandes componentes que son el vocacional y la responsabilidad; por su alto grado de compromiso y exigencia que tiene el cargo, pueden desencadenar estrés laboral y ansiedad, ocasionando problemas de salud psicofísicos. Existen diferentes factores que generan el estrés laboral, como el social, la carga de trabajo o institucionales. Además de estos factores, existen algunas causas que dependen de los valores, la personalidad, las habilidades y el aprendizaje de cada individuo; y el primer paso para esto es implementar estilos de vida que le permitan equilibrar la vida profesional y la vida personal.

En esta investigación se evidenció que la prevalencia de burnout en la población de estudio fue del 8.6%, con una relación significativa con síntomas somáticos (SPEAR-

MAN=0.502,  $p < 0,05$ ). Se sabe que las personas que presentan Burnout tienen una gran afectación en su salud en sus tres esferas del desgaste profesional. Estos resultados coinciden con una investigación realizada en el sector judicial de México, y otros autores como son, Boada & Diego & Agullo(42); Gil-Monte & Peiró; González & Landero; que consideran que el Burnout es considerado como el mejor predictor de las manifestaciones psicósomáticas(42).

Debido a que no se encontró literatura publicada en el ámbito nacional con una población similar a la nuestra, los resultados se contrastaron con un estudio realizado en México, donde se encontró que el trabajo del personal que imparte justicia en este país, tiene una prevalencia de desgaste emocional del 38.7% ; a diferencia de nuestro estudio que fue del 17.1%; este mismo estudio menciona que los trabajadores llegan a límites de desesperación, ya que traba-

jan en condiciones de menosprecio o no se reconocen sus funciones, ocasionando desmotivación e insatisfacción con sus empleos y logros(16); diferente a lo que se encontró en esta investigación; donde la afectación en la dimensión de realización personal, no está presente en las personas evaluadas; ya que a pesar de su agotamiento emocional y altos niveles de estrés; ellos consideran que están logrando su máximo límite en cuanto a realización personal se refiere; y esta dimensión puede estar por encima de las otras dos, sin importar todos los síntomas que se podrían desencadenar.

Lo anterior podría deberse, a que en la población de estudio, existe un nivel de motivación alto, exteriorizado por los funcionarios de un distrito judicial, y tal como lo sostiene Herzberg en su teoría bifactorial, la motivación es el elemento que, sostiene el ser humano, cuando actúa mediante la motivación mantiene su comportamiento en la realización de sus objetivos; así mismo establece que hay unos motivadores para el desarrollo del ser de las personas tales como: trabajo desafiante, logros, reconocimiento, responsabilidad, status, relaciones interpersonales; todos estos factores permiten la satisfacción en el trabajo y el cumplimiento de las necesidades. Dicha teoría de la motivación permite a los funcionarios judiciales ante la responsabilidad de impartir justicia y el impacto social de

sentirse importante, tener un reconocimiento, ser una autoridad, y poder tomar decisiones frente a diferentes situaciones, lo que les permite mantener unos niveles de realización personal altos, y una motivación para la ejecución de sus actividades.

Este mismo análisis permitió establecer que el desgaste profesional es independiente de la realización personal; debido a que, para los participantes, es mucho más importante el reconocimiento de su cargo, al desgaste profesional y a los síntomas somáticos que puedan llegar a padecer por la ejecución de sus funciones.

Por otra parte, se evidenció que no existe diferencia significativa, en el agotamiento emocional, en cuanto a la variable sexo; y que además las mujeres presentan una tendencia positiva mayor que los hombres en la realización personal debido a la autoridad y el poder que representa estar ocupando estos cargos.

Se pudo establecer con esta investigación, que las mujeres evaluadas, presentan mayor puntuación en el desgaste profesional en comparación con los hombres 55% y 53% respectivamente; debido a que adicional a la carga laboral, las mujeres una vez terminan su jornada de trabajo, siguen con responsabilidades que demandan sus familias en sus hogares; pero a su vez, las mujeres obtienen mayor puntuación en cuanto a rea-

lización personal, por el poder que ejercen en el ámbito laboral y el reconocimiento obtenido; coincidiendo con lo publicado en un estudio de Burnout en personal administrativo de una dependencia gubernamental ubicada en Perú(30); donde la variable sexo; evidencia que las mujeres son las que mayormente resultan ser consideradas como vulnerables en el desgaste profesional, y es considerado un factor importante de influencia para presentar este síndrome; similar a lo expuesto por otros autores; quienes destacan que para las mujeres, las variables como estado civil y número de hijos, son factores importantes para que se llegue a experimentar el síndrome de Burnout.

## 8. Conclusiones

- Se identificó que la prevalencia del síndrome de burnout en los funcionarios de un distrito judicial en Colombia para el primer semestre del año 2019 es de 8,6%, sin embargo, aunque la prevalencia del síndrome estuvo por debajo del 10%, existe una variable relacionada del agotamiento como la realización personal, que podría estar actuando como un factor protector, lo que debería demostrarse en otros estudios posteriores.
- Con esta investigación se obtuvo como resultado que existe una asociación significativa entre el Síndrome de Burnout y los sínto-

mas somáticos en las personas evaluadas que presentaron el síndrome y no con toda la población estudiada.

- Según los resultados observados y de conformidad a las teorías de la motivación, es posible afirmar, que pese al agotamiento personal las personas evaluadas se sienten realizados de manera personal por la actividad que desarrollan; y que además no están influenciados por el reconocimiento salarial, sino por saber que tiene un impacto social importante por la función pública de administrar justicia y reciben el reconocimiento que esperan por parte de la sociedad.

## 9. Recomendaciones

- Propender que, en los funcionarios judiciales, se mantengan condiciones de ambiente físico agradables, definición de los puestos de trabajo, y una estructura organizacional óptima para promover el desarrollo de sus carreras.
- Realizar estudios a los funcionarios de la rama judicial, con el fin de identificar la presencia de Burnout con el fin de determinar un tratamiento a los funcionarios diagnosticados con este síndrome.
- Propiciar estrategias de promoción y prevención del riesgo psicoso-



cial de los funcionarios judiciales en las que se encuentre incluidas el desarrollo de las habilidades y conocimientos de los funcionarios judiciales.

- Aplicar los lineamientos establecidos en la guía técnica general de intervención psicosocial adoptada por el ministerio de trabajo, la cual incluye promoción de la salud y estilos de vida saludables como planteamiento de objetivos, disminución de exposición a situaciones rutinarias y monótonas, control en la sobrecarga mental, optimización de las competencias, entre otras.

### Referencias Bibliográficas

1. Méndez Venegas J. Estrés laboral o síndrome de “burnout.” *Acta pediátrica México*. 2004;25(5):299–302.
2. Forbes Álvarez Consultor R. *Born out*. 2011;160(160).
3. Aristizábal L. El por qué de la ética en la investigación científica. *Investig Andin*. 2012;14(24):369–71.
4. Amador Velázquez R, Rodríguez García C, Serrano Díaz J, Adrián Olvera Rodríguez J, Martínez Ávila S. Estrés Y Burnout En Docentes De Educación Media Superior. *Med Salud y Soc*. 2007;119–41.
5. Caballero D. CC, Bresó E. Burnout in university students. *Psicol Desde El Caribe*. 2015;32(3):89–108.
6. Gómez-Alcaina B, Montero-Ma-rín J, Demarzo MMP, Pereira JP, García-Campayo J. Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout [Usefulness of biological markers in early detection and prevention of burnout syndrome]. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2014;18(3):245.
7. Od LG, Ruhqvh O, Udpexur J, Vreuh U, Dfwruhv OR V, Hq M, et al. Abuso sexual infantil y administración de justicia en Colombia. *Reflexiones desde la Psicología Clínica y Forense. Pensam Psicológico*. 2011;9(16):183–202.
8. Uribe Prado JF, López Flores PR, Galicia CP, Saisó AG. Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y su Relación con Salud y Riesgo Psicosocial en Funcionarios Públicos que Imparten Justicia en México, D.F.11Esta investigación está relacionada con los proyectos de investigación DGAPA-PAPIIT UNAM IN302012 y IN3. *Acta Investig Psicológica*. 2014;4(2):1554–71.
9. Gallego Valencia Fernando, Gallego Arias Camilo, Robledo Orozco Fernanda. estrategias de mejora en el cumplimiento de los estándares mínimos de los SG SST. 2020;1–81.
10. Cajo B, Moreno M, Gavidia E. Prevalencia del sÃndrome de Burnout en el personal docente universitario. *Cuad Educ y Desarro*. 2019;(105).
11. Campos Puente A de las M. Bur-

- nout en amas de casa: El cuidado de familiares enfermos de Alzheimer. 2016;389.
12. Una D, Integradora P. De Burnout En. 2003;2(2):221–42.
  13. Rísquez MIR, Fernández CG, Sánchez-Meca J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *An Psicol.* 2011;27(1):71–9.
  14. Consejo Superior de la Judicatura. resolución 268-96 consejo superior de la judicatura. 268 Colombia: Ramam Judicial;
  15. Peralta M. El acoso laboral, mobbing: perspectiva psicológica. *Rev Estud Soc.* 2004;(18):111–22.
  16. Uribe Prado JF, López Flores PR, Galicia CP, Saisó AG. Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y su Relación con Salud y Riesgo Psicosocial en Funcionarios Públicos que Imparten Justicia en México, D.F.11Esta investigación está relacionada con los proyectos de investigación DGAPA-PAPIIT UNAM IN302012 y IN303014. *Acta Investig Psicológica.* 2014;4(2):1554–71.
  17. Derecho DE. La congestión y la mora judicial: el juez, ¿su único responsable? *Rev la Fac Derecho y Ciencias Políticas.* 2008;38(109):385–419.
  18. Perales A, Chue H, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;28(4):7–12.
  19. *يوام*, Instituto Sindical de Trabajo A y S (ISTAS). La prevención de los riesgos en los lugares de trabajo. Quinta edi. Instituto Sindical de Trabajo A y S (ISTAS), editor. Madrid;
  20. Apiquian AG. El síndrome de Burnout en las empresas. In: Universidad Anáhuac México Norte, editor. Red de Universidades Anáhuac. Mérida Yucatán Mexico; 2007.
  21. Carlin M, Garcés E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Rev Anales de Psicología [revista en Internet]* 2010 [acceso 26 de octubre de 2017]; 26(12): [169-180]. *An Psicol.* 2010;26(1):169–80.
  22. Sarsosa-Prowesk K, Charria-Ortiz VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Univ y Salud.* 2017;20(1):44.
  23. Ricardo YR, Rosales Paneque FR. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Ment.* 2013;36(4):337–45.
  24. Serrano MA, Rangel A, Vidal CR, Ureña YC, Anillo H, Angulo G. Burnout: Síndrome silencioso que afecta el desempeño laboral de los docentes universitarios. *Espacios.* 2017;38(55):28.
  25. Dra L, Maslach C, Burnout C. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout 1. 2017;59–63.

26. Alberto J, Téllez V. Revista Electrónica Nova Scientia Organización del trabajo y satisfacción laboral : un estudio de caso en la industria del calzado Work organization and job satisfaction. Rev Nov Sci. 2011;4(1):172–204.
27. Granados JDT, Sotter MCS, Rangel JG. Clima organizacional, satisfacción laboral y su relación con el desempeño laboral en trabajadores de una PYME de servicios de ingeniería. Clío América. 2011;(10):204–27.
28. Rivas RD. Cultura : factor determinante del desarrollo humano. Entorno. 2018;(58):16–24.
29. Coduti PS, Gattás YB, Sarmiento SL, Schmid RA. Enfermedades Laborales : cómo afectan el entorno organizacional. 2013;1–95.
30. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad. 2010;0(112):42.
31. Espinoza B. Motivación laboral y compensaciones : una investigación de orientación teórica. Universidad de Chile; 2006.
32. Duque Lina. FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN TRABAJADORES DE LA SALUD, EN DOS INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE CARTAGO, UNA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA Y UNA IPS DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS, EN EL PRIMER BIMESTRE DEL 2018. Vol. 13, Revemat: Revista Eletrônica de Educação Matemática. fundación Universitaria del Área Andina Pereira; 2018.
33. Gil-Monte PR. El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería. Rev Electrónica Int PSY. 2003;1(1):19–33.
34. Botta N. Teoría y modelización de los accidentes. tercera. RED PROTEGER®, editor. Rosario Argentina; 2010. 42 p.
35. Yassi A, Kjellström T, De Kok T, Guidotti TL. Salud Ambiental Basica. Primera ed. Ambiente P de las NU para el M, editor. Vol. 23, Applied Economics Letters. La Habana Cuba; 2002. 550 p.
36. Juan AB, Parrales P, Jenny DRA, Robalino Y. Universidad regional autonoma de los andes. uniandes. Universidad Regional Autónoma de los andes; 2011.
37. SIGUIENTES TL. Higiene y seguridad industrial. 1961;3–6.
38. Cabrera Ortiz janina CC. Universidad estatal de milagro (unemi). Recursos Tecnologicos Para El Aprendizaje. Milagro Ecuador; 2020.
39. En A, Del A, Grado Q, Las DE, Gabriel EJ, Juan CY, et al. Universidad Nacional De San. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2015.
40. Hoyos L, Montoya L. Sistema De Gestion En Seguridad Y Salud Ntc Oshas -18001. Universidad Tecnológica de Pereira; 2013.
41. Cruz MF, Salinas EB, Plúas

- Salazar RM, Castro Castillo GJ, Tovar Arcos GR, Ricardo JE. Estudio situacional para determinar estrategias formativas en la atención a escolares con necesidades educativas especiales en la zona 5 del Ecuador. *Investig Operacional*. 2019;40(2):255–66.
42. Uribe Prado JF, Patlán Pérez J, García Saisó A. Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: Un análisis de ruta (path analysis). *Contaduría y Adm.* 2015;60(2):447–67.