



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogotá D.C. Año 2016**

**Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá DC, Colombia  
2018



# **Nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud y factores asociados en una localidad de Bogotá D.C. Año 2016**

**Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Salud Pública**

Director (a):

Ph.D., Gloria Lucía Arango Bayer

Codirector (a):

Ph.D., Doctor, Carlos Arturo Sarmiento Limas

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2018



## **Agradecimiento**

Agradezco a dos grandes maestros por haberme permitido recurrir a sus conocimientos y enseñanzas para el desarrollo del presente trabajo.

A mi madre por sus innumerables esfuerzos y amor invaluable.

A Natalia por su amor cargado de paciencia.

También agradezco a todos los que hicieron parte de la investigación, a la institución que me abrió las puertas para cumplir con este interés de describir una problemática en una estrategia de la cual hice parte por varios años.



## Resumen

**Introducción:** El síndrome de burnout (SB) constituye un problema para la salud pública. Este síndrome se caracteriza por un deterioro de las cogniciones, de los afectos, de las actitudes y de las conductas, con consecuencias negativas para la salud del trabajador y en la calidad de la prestación de servicios. En Colombia la mayoría de estudios se han desarrollado en el ámbito clínico, por lo cual se justifica profundizar su conocimiento en el contexto de la estrategia de Atención Primaria en Salud en una localidad de Bogotá, escenarios en los cuales se han encontrado mayores niveles de Burnout. **Metodología:** Estudio de corte transversal, con el objetivo de identificar la prevalencia del SB, las dimensiones que lo componen y factores asociados. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory con análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** Se presentaron altos niveles de Burnout en un 22,6% en Agotamiento emocional, un 12,8% en Despersonalización y un 16,9% presentó baja Realización personal. Las proporciones de los niveles altos de Burnout se obtuvieron para los trabajadores de los equipos territoriales ( $p < 0,05$ ), trabajadores que evaluaron la remuneración y el reconocimiento como regular-malo ( $p < 0,05$ ), trabajadores con bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educativo ( $p < 0,05$ ). En cuanto a perfil los psicólogos presentaron menores niveles de Burnout ( $p < 0,05$ ) y los auxiliares de enfermería presentaron mayores niveles de burnout ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** La Magnitud del Síndrome de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud constituye un problema para la salud pública que va aumentando con un alto costo social y económico, por tanto, debe ser un tema de preocupación y de interés para los tomadores de decisiones teniendo en cuenta las variables de carácter individual, laboral y social asociadas a mayores niveles de Síndrome.

Palabras clave: Síndrome de burnout, Maslach Burnout Inventory, atención primaria en salud

## Abstract

**Introduction:** The burnout syndrome (SB) constitutes a public health problem. This syndrome is characterized by a deterioration of the cognitions, affections, attitudes and behaviors, with negative consequences for the health of the worker and in the quality of the rendering of service. In Colombia the majority of studies have been developed in the clinical setting, by which is justified to deepen their knowledge in the context of the strategy of Primary Health Care in a locality of Bogota, scenarios in which higher levels of Burnout have been found. **Methodology:** Cross-sectional study, with purpose of which of identifying the prevalence of SB, its component dimensions and associated factors. It was used a questionnaire with sociodemographic variables and the Maslach Burnout Inventory with descriptive analysis and bivariate. **Results:** High Burnout levels appeared, in 22,6 % in emotional Depletion, 12,8 % in Depersonalization and 16,9 % presented low personal accomplishment. The proportions of the high levels of Burnout were obtained for the workers of the territorial teams ( $p < 0.05$ ), workers who evaluated the remuneration and the recognition as regular-bad ( $p < 0.05$ ), workers with low socioeconomic status and low educational level ( $p < 0.05$ ). In terms of profile, psychologists presented lower Burnout levels ( $p < 0.05$ ) and nursing assistants had higher levels of burnout ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The magnitude of Burnout syndrome in primary health care workers is a public health problem that is increasing with a high social and economic cost, so it must be a matter of concern and interest to decision-makers Taking into account the variables of individual, labor and social character associated with higher levels of syndrome.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Maslach Burnout Inventory, Primary Health Care

# Contenido

<b>1. Marco Referencial .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Definición del problema .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Justificación .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Objetivo general .....	6
1.3.2 Objetivos específicos .....	6
<b>1.4 Propósito .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Marco Conceptual .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Síndrome de Burnout .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Definición de Burnout .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Diagnóstico diferencial .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Prevalencia y factores asociados.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Evaluación del Burnout.....</b>	<b>19</b>
<b>2.6 Modelo de Atención en Salud .....</b>	<b>22</b>
<b>3. Metodología.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Diseño del estudio.....</b>	<b>27</b>
3.1.1 Justificación del diseño .....	27
<b>3.2 Población objeto de estudio .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 Criterios de selección.....</b>	<b>28</b>
3.3.1 Criterios de Inclusión .....	28
3.3.2 Criterios de exclusión .....	28
<b>3.4 Variables de Estudio.....</b>	<b>28</b>
<b>3.5 Limitaciones del diseño respecto a los objetivos del proyecto.....</b>	<b>30</b>
<b>3.6 Recolección, procesamiento y análisis de la información .....</b>	<b>30</b>
3.6.1 Instrumentos y métodos utilizados para la medición de variables .....	30
3.6.2 Medición de la prueba .....	31
3.6.3 Análisis de datos.....	33
<b>3.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>33</b>
<b>3.8 Conflictos de interés.....</b>	<b>34</b>
<b>4. Resultados.....</b>	<b>35</b>

<b>4.1</b>	<b>Caracterización Sociodemográfica de los trabajadores de Atención Primaria en Salud</b>	<b>35</b>
4.1.1	Características Laborales de los trabajadores de Atención Primaria en Salud .....	38
<b>4.2</b>	<b>Características de los trabajadores en cuanto a dimensiones de Burnout y factores asociados.....</b>	<b>40</b>
4.2.1	Agotamiento emocional.....	41
4.2.2	Despersonalización .....	44
4.2.3	Realización Personal.....	46
4.2.4	Con las tres dimensiones alteradas .....	49
<b>5.</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>59</b>
<b>6.1</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>59</b>
6.1.1	Limitaciones .....	60
6.1.2	Aportes.....	60
<b>6.2</b>	<b>Recomendaciones .....</b>	<b>61</b>
<b>Bibliografía .....</b>		<b>66</b>

## Lista de tablas

Pág.	
	<b>Tabla 1-1:</b> Prevalencia de Burnout en algunos estudios ..... 3
	<b>Tabla 3-1:</b> Variables de Estudio ..... 28
	<b>Tabla 3-2:</b> Categorización de puntaje ..... 32
	<b>Tabla 4-1:</b> Características sociodemográficas de la población objeto de estudio según sexo ..... 36
	<b>Tabla 4-2:</b> Distribución porcentual según perfil de los encuestados por sexo ..... 37
	<b>Tabla 4-3:</b> Características laborales de la población estudiada según sexo ..... 38
	<b>Tabla 4-4:</b> Relaciones interpersonales, remuneración salarial y reconocimiento laboral en la población estudiada según sexo. .... 40
	<b>Tabla 4-5:</b> Niveles de Burnout según dimensión ..... 40
	<b>Tabla 4-6:</b> Niveles de agotamiento emocional en la población objeto de estudio ..... 41
	<b>Tabla 4-7:</b> Niveles de Despersonalización en la población objeto de estudio ..... 44
	<b>Tabla 4-8:</b> Niveles de Realización personal en la población objeto de estudio ..... 47
	<b>Tabla 4-9:</b> Prevalencia de Burnout con tres dimensiones alteradas en la población objeto. .... 49



# Introducción

Las transformaciones que se han dado en el ámbito social y laboral, producto de las dinámicas económicas, en especial del sector servicios, han generado un incremento de las exigencias en los trabajadores, con un empeoramiento de las condiciones de trabajo; la sobrecarga laboral, la inestabilidad, la inseguridad, la alta rotación de personal, nuevas formas de contratación, entre otros factores, especialmente en los trabajadores que desarrollan acciones en lo extramural en contacto directo con poblaciones vulnerables, configurándose como un perfil de riesgo para la presencia de Burnout.

El Burnout es un síndrome caracterizado por la baja realización personal (RP) en el trabajo, entendida como la tendencia de los trabajadores a evaluar negativamente su actividad laboral y el ejercicio de la misma, agotamiento emocional (AE), caracterizado por la experiencia de no poder dar más de sí mismos a nivel afectivo, y despersonalización (DP), definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo (Christina Maslach & Jackson, 1981).

Este síndrome ha sido estudiado a nivel mundial. Su importancia ha sido demostrada científica, laboral y socialmente: científicamente por la existencia de numerosos estudios de investigación al respecto, laboralmente al ser tomada en cuenta y definida por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo laboral (Betancur et al., 2012) y socialmente, al ser considerada por diferentes autores como un problema emergente para la salud pública (Román, 2003) (Ortega Loubon, Salas, & Correa, 2011) (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006) (Gil-Monte, 2009), en un principio por su relación directa con la afectación en la calidad en la prestación de servicios, sumado a las afectaciones a nivel individual y los altos niveles del síndrome encontrados en profesionales de atención primaria, quienes son más propensos al síndrome por estar en contacto directo y permanente con poblaciones vulnerables que esperan respuestas a sus necesidades por

parte de los equipos de Atención Primaria en Salud.

En el desarrollo del síndrome de burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales (Pines & Guendelman, 1995). Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector servicios y los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de burnout. Además, entre los profesionales sanitarios se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome de burnout entre las distintas profesiones (Armand, Daniel, Rosa, María, & Florencia, 2009), así como en diferentes tipos de atención, siendo mayores los niveles encontrados en el contexto de Atención Primaria que en el ámbito clínico.

La presente investigación se realizó en una de las localidades de Bogotá que cuenta con la estrategia de Atención Primaria en Salud. El trabajo está dividido en seis capítulos: en el primero de ellos se desarrolló el marco de referencia, que contiene la definición del problema que motivó la presente investigación, luego se presenta el marco teórico conceptual, teniendo como referente los postulados teóricos de la doctora Maslach, sin desconocer los aportes de otros autores en la definición y evaluación del Síndrome de Burnout.

En el capítulo tres se presenta el diseño metodológico, que consistió en un estudio transversal, para luego exponer el análisis y presentación de resultados, en el que primero se realizó la caracterización de la población y la descripción de las dimensiones del síndrome con análisis comparativo, con el propósito de explorar posibles factores asociados a su ocurrencia. Finalmente se presenta la discusión de los resultados, considerando diferentes niveles de análisis encontrados en otros estudios, seguidamente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

# 1.Marco Referencial

## 1.1 Definición del problema

El Síndrome de Burnout representa un problema de salud pública, pues es una patología que se desarrolla en mayor medida en los profesionales del sector servicios cuya actividad laboral se dirige a personas (Melamed et al., 2006). En este sentido, el Burnout ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido a un importante incremento de su prevalencia entre los trabajadores del sector servicios. Este fenómeno ha sido descrito principalmente en los profesionales de las organizaciones de servicios (profesionales de enfermería, médicos, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales) que trabajan en contacto directo con los clientes o usuarios de esas organizaciones.

A continuación se presentan algunos datos de prevalencia encontradas en diferentes estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria en Salud, niveles que oscilan entre un 17% y 70%, configurando una alta carga del síndrome para estos trabajadores.

**Tabla 1-1:** Prevalencia de Burnout en algunos estudios.

TITULO	AUTORES	AÑO	RESULTADOS
<i>Burnout</i> y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria.	Vilà Falgueras et al.	2015	Prevalencia 17,2%  2 o mas dimensiones El 46,2% presentaron una o más

			subescalas alteradas
Prevalencia de <i>Burnout</i> en trabajadores de un centro de salud	Olvera-Islas, Téllez-Villagra, & Avilés	2015	Prevalencia 22,5%
Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria	Navarro D.	2014	Prevalencia 39,3%
Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención	Román Jorge	2003	Prevalencia 30%
Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid	Molina Siguero, García Pérez, Alonso González, & Cecilia Cermeño	2003	Prevalencia 69,2% (IC del 95%, 62,1-75,4%)

La revisión de la literatura permite reconocer que los trabajadores del sector salud configuran un perfil que los hace propensos a la presencia del síndrome de Burnout, por lo cual es necesario continuar indagando sobre la situación actual del personal de salud en Colombia, específicamente en los trabajadores del sector salud vinculados al componente de Atención Primaria en Salud, contexto en el cual se han encontrado prevalencias más altas de Burnout que en el ámbito clínico, permitiendo de esta manera determinar la magnitud del problema y la identificación de factores que propician la ocurrencia del síndrome, facilitando la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento

de las condiciones de trabajo y así mejorar la calidad en la prestación de los servicios, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

De acuerdo a lo anterior se planteó como pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en trabajadores de APS y sus factores asociados en una localidad de Bogotá DC durante el 2016?

## 1.2 Justificación

El Burnout es un problema de salud pública que va aumentando y que no solo repercute en la salud de los profesionales sanitarios sino en la calidad asistencial, deteriorando las relaciones con los pacientes y suponiendo un alto costo económico y social. (Ortega Loubon et al., 2011) 4,5%. Este síndrome se caracteriza por ser una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Christina Maslach & Jackson, 1981).

Para dicho aumento se han señalado 3 grupos principales de transformaciones socio laborales relevantes para la salud del personal sanitario: a) una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental; b) mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios, y c) un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad. Como consecuencia conjunta de todo ello, se ha producido un aumento del desgaste profesional o síndrome de burnout en personal sanitario (Mingote Adán, Moreno Jiménez, & Gálvez Herrer, 2004)

La prevalencia de esta patología varía según profesiones y contextos. En Colombia se han desarrollado diferentes estudios en el sector educativo y en el ámbito clínico; sin embargo las cifras de prevalencia del síndrome de Burnout comunicadas en la literatura varían según el cuestionario utilizado, la composición de las muestras y el tamaño muestral, que

no es representativo en la mayoría de los estudios (Grau. et al 2009), lo cual ha generado ciertas contradicciones respecto a la influencia de diversas variables que determinan la ocurrencia del síndrome, en parte por la imposibilidad de comparar resultados que permitan la unificación de criterios para cuantificar la magnitud del problema y así lograr la implementación de medidas de intervención.

La Atención Primaria en Salud y la atención hospitalaria se diferencian por las características propias de sus respectivos contenidos de trabajo, organización de este, la relación que suele establecerse entre el personal de la salud y los pacientes, así como en el prestigio social percibido, las posibilidades reales de promoción, y otras recompensas del trabajo, encontrando en este sentido niveles de Burnout mayores en trabajadores de atención primaria en comparación con otros niveles de complejidad (Román, 2003).

En Atención Primaria se realizan labores de prevención, educación, seguimiento y tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas. Además, se valora y trata a la persona en su comunidad y en su domicilio, frente a las cortas estancias y enfermedades agudas de los servicios hospitalarios. Por ello es esperable que los niveles de burnout difieran entre unos servicios y otros, y es importante conocer si servicios como Atención Primaria juegan un papel protector o de riesgo frente al síndrome (Gómez-Urquiza et al., 2017).

La presente investigación determina la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores asociados que propician la ocurrencia del síndrome en trabajadores de la estrategia de Atención Primaria en Salud en una localidad de Bogotá.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de Burnout en trabajadores de Atención Primaria en Salud en una localidad de Bogotá DC.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar Socio-demográficamente los trabajadores de Atención Primaria en Salud.

- Describir las características de los trabajadores en cuanto a las dimensiones (Agotamiento emocional, Realización personal en el trabajo y Despersonalización) del Burnout que se presentan con mayor frecuencia.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y la presencia de Burnout en trabajadores de APS.

## 1.4 Propósito

El Síndrome de Burnout representa un problema para la Salud Pública, dadas sus implicaciones a nivel individual, organizacional y social, siendo los principales afectados los trabajadores que prestan asistencia social. Existe desconocimiento por parte de los tomadores de decisiones sobre el aumento en las cifras de este síndrome, así como la falta de claridad de un perfil de riesgo para su ocurrencia.

Dada esta situación es necesario profundizar en el estudio de esta patología, orientando reflexiones y acciones encaminadas al bienestar de los trabajadores de Atención Primaria en Salud, contribuyendo de esta manera tanto a la calidad en las condiciones de trabajo como en la prestación de los servicios de salud.



## 2.Marco Conceptual

### 2.1 Síndrome de Burnout

El término Síndrome de Burnout o también llamado síndrome de quemarse en el trabajo, fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger, quien observó que hacia el año de empezar a trabajar en un proyecto con pacientes toxicómanos, la mayoría de los trabajadores sufría una gradual pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas e incluso agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecía. (Freudenberger, 1974)

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría aspectos organizacionales y sociales.

El burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Christina Maslach & Jackson, 1981). Estas autoras concluyen que el burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. El burnout es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia

de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal. (C Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)

## 2.2 Definición de Burnout

Según diferentes autores el Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico originado en el contexto laboral (a largo plazo y acumulativo) y con repercusiones de índole individual, organizacional y social. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo y hacia el propio rol profesional. Otros autores lo definen como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente (Pines & Kafry, 1978).

Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson (1981), quienes lo definieron como un síndrome tridimensional caracterizado por el *Agotamiento Emocional*, como elemento clave del síndrome y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales, es el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga. Baja realización personal en el trabajo, caracterizada por la actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo y, por último, despersonalización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas y cínicas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, generándose sentimientos demasiados distantes hacia otras personas, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación (C. Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Las dimensiones propuestas para Burnout no surgen de un modelo teórico previo; son el resultado de análisis exploratorios de experiencias asociadas con el Síndrome mediante un cuestionario. Es por ello que se entiende el Burnout como un constructo multidimensional relacionado por un solo constructo teórico. (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997). En la actualidad, Maslach define al burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

Esta definición ha sido utilizada de forma casi unánime por los distintos estudiosos del tema, siendo sin duda la conceptualización más aceptada del burnout en el mundo científico (Gil-Monte, 2005). Prueba de aquello es el consenso de las definiciones posteriores, centradas en una, algunas o todas las dimensiones sintomáticas originales propuestas por estas dos autoras, siendo esta la definición predominante en el campo del burnout (Maslach, 2009; Schaufeli, 1999)

El Síndrome de Burnout se caracteriza por tener consecuencias en las cogniciones, en los afectos, las actitudes y las conductas que repercuten en la salud del profesional, en la propia organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada. (Sutherland & Cooper, 1993). Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan auto protegerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes y con la organización (Gil-Monte 2005) y que puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (Mingote, 1998).

En síntesis, el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados –cada día más por interés de las empresas-, la sensación de que el rendimiento es bajo y la organización falla conduce al deterioro en la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo (Martínez Pérez, 2010).

La aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que

---

las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del auto concepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades (Leiter & Maslach, 1988).

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al "auto sabotaje", la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo. En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social (Martínez Pérez, 2010).

En términos generales puede afirmarse que el personal de la salud que presenta el síndrome de Burnout, es más susceptible a presentar problemas de salud mental, afectando de manera importante su calidad de vida, pues este síndrome, afecta todas las dimensiones de la vida; familia, trabajo, relaciones interpersonales entre otras. El síndrome

de Burnout afecta la calidad de vida laboral y trae como consecuencia la pérdida de capital humano en las organizaciones de salud (Pedraza, Torres, Chávez, & Shaikh, 2017).

Estos trabajadores tienen más probabilidad de abandonar sus puestos de trabajo y presentan mayor rotación, siendo la despersonalización el factor del síndrome de desgaste profesional con mayor poder explicativo, sobre esta intención de abandono. El agotamiento emocional adquiere también una gran relevancia pues se ha correlacionado inversamente con la calidad de vida laboral (Schmidt, Paladini, Biato, Pais, & Oliveira, 2013). Por el contrario, altos niveles de realización personal y buena calidad de vida, dan lugar a la mejora de la salud física y mental de profesionales sanitarios lo que a su vez, redundaría en la calidad de la asistencia prestada por el personal de salud así como su nivel de productividad (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

## 2.3 Diagnóstico diferencial

Existe una gran dificultad para identificar los síntomas del burnout, dada la gran cantidad de fenómenos asociados al trastorno que destacan las investigaciones sobre el tema. Frecuentemente se han vinculado a éste, de forma directa o solapada, conceptos como tedio, depresión, estrés laboral e insatisfacción laboral, entre otras posibles respuestas al estrés (tensión, ansiedad, conflicto, fatiga, presión, nerviosismo, aburrimiento, agotamiento físico y psíquico, alienación, cansancio, neurosis existencial, indefensión, desencanto, etc.). No obstante, se pueden reconocer grupos caracterizados porque involucran negativamente a los afectos y emociones (como agotamiento emocional, irritabilidad, odio, etc.), a las cogniciones (como cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, etc.), a las conductas (como comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes, rigidez, quejas constantes, absentismo, etc.) y al sistema fisiológico del individuo (como cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, fatiga, hipertensión, etc.) (Olivares-Faúndez, 2017).

La diferencia entre Burnout y Depresión radica en que el Burnout se desarrollaría más propiamente en contextos del trabajo y situaciones específicas de éste, no interfiriendo necesariamente en otras áreas de funcionamiento de una persona, mientras que la

---

depresión se enmarcaría dentro de contextos muchos más generales, afectando las actividades y funcionamiento global de los individuos (C. Maslach et al., 2001). Otros estudios han confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del síndrome de burnout (baja realización personal y despersonalización) (Leiter & Schaufeli, 1996).

En cuanto a insatisfacción laboral, varios estudios han destacado que el burnout causa bajos niveles de satisfacción laboral y no viceversa, concluyéndose por tanto que la insatisfacción laboral es una consecuencia del síndrome (Gómez-Urquiza et al., 2017). La despersonalización y el agotamiento emocional son componentes característicos del síndrome de burnout y en la insatisfacción laboral no se produce (Firth, McIntee, McKeown, & Britton, 1986).

Un aspecto diferenciador con el estrés según la doctora Maslach (2003) es el hecho que el estrés puede ser entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para el individuo, a diferencia del Síndrome de Burnout que solo tendría efectos negativos para el individuo (Christina Maslach, 2003), configurándose el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, que se manifiesta en individuos cuyo trabajo se caracteriza por generar relaciones de ayuda a otras personas, situación que daría sentido y comprensión a la aparición de la despersonalización como uno de los elementos definitorios del burnout y no así del estrés laboral. (Olivares-Faúndez, 2017)

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines & Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito. (Martínez Pérez, 2010)

En este sentido, para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (CE; DP y falta de RP), su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997).

## 2.4 Prevalencia y factores asociados

Un informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (European Agency for Safety and Health at Work. 2007) sobre riesgos psicosociales revela que los cambios técnicos u organizativos en el mundo laboral, junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos, incluido el fenómeno de la globalización, han originado riesgos psicosociales de carácter emergente que están teniendo consecuencias sobre la salud de la población debido a que pueden provocar un mayor estrés laboral y repercutir en la salud y la seguridad de los trabajadores. Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas:

1. Nuevas formas de contratación laboral, que se caracterizan por la aparición de contratos de trabajo más precarios y la subcontratación e inseguridad en el puesto de trabajo.
2. Envejecimiento de la población activa, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional.
3. Intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información cada vez mayores bajo una mayor presión en el ámbito laboral.
4. Fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general.
5. Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.

En Estados Unidos, el estrés laboral constituye un problema similar al de la Unión Europea. Según un informe del National Institute for Occupational Safety and Health, el porcentaje de trabajadores que informaron que su trabajo resultaba estresante estaba entre el 28% y el 40 %. En un estudio posterior se señala que los trabajadores afectados de ansiedad, estrés, o alteraciones neuróticas perdieron muchos más días de trabajo (25 días de promedio perdidos por trabajador) en el año 2001 que aquéllos que no presentaban este tipo de alteraciones (sólo 6 días como promedio perdidos por trabajador) (NIOSH. 2004).

Tras una revisión de literatura, Melamed (2006) concluye que el Burnout está asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y eventos relacionados con el sistema

---

cardiovascular, mencionando que el impacto en la salud puede ser más extenso de lo que se indica actualmente. Por tanto debe ser considerado como un problema relevante para la salud pública y un tema de preocupación para los políticos responsables de temas de salud. La evidencia sobre la asociación entre burnout proviene de estudios de casos y controles y de estudios prospectivos, que sugieren que el exceso de riesgo producto del Burnout en algunas veces supera el riesgo conferido a factores clásicos como la edad, el índice de masa corporal, fumar, hipertensión y niveles de lípidos. (Melamed et al., 2006).

La conclusión de estos autores no es desacertada. La dimensión del problema es merecedora de atención como problema de salud pública, pues es una patología que se desarrollará en mayor medida en los profesionales del sector servicios que desarrollan su actividad laboral hacia personas. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística en Colombia durante el último trimestre de 2016, el número de personas ocupadas en el total nacional fue 22,8 millones. Las ramas de actividad económica que concentraron el mayor número de ocupados fueron: comercio, hoteles y restaurantes con un 27,8%, seguido de los servicios comunales, sociales y personales con un 19,7%. Estas dos ramas captaron el 47% de la población ocupada. Es un problema de Salud Pública que va aumentando y que no solo repercute en la salud de los profesionales sanitarios sino en la calidad asistencial, deteriorando las relaciones con los pacientes y suponiendo un alto costo económico y social. (Ortega Loubon et al., 2011).

A pesar de la diversidad de cifras de prevalencia encontradas, estas siguen siendo lo suficientemente altas como para concluir que los riesgos psicosociales asociados al Síndrome y sus consecuencias para la salud hacen que este deba ser considerado una amenaza para la salud pública de la población (Gil-Monte, 2009).

La prevalencia de esta patología varía según profesiones y contextos. Durante el 2009 se realizó un estudio que pretendía determinar la asociación de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud hispanoamericano y español con una muestra de 11.530 participantes. Se evidenció que la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y

Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). (Armand et al., 2009).

En el 2017 se realizó una revisión sistemática para conocer los factores de riesgo y los niveles de burnout en enfermeras de Atención Primaria, los estudios muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. Los estudios informan que las enfermeras con mayor edad, mayor antigüedad laboral, ansiedad y depresión, entre otras variables, presentan mayores niveles de burnout, mientras que aquellas con mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen auto concepto lo padecen menos. (Gómez-Urquiza et al., 2017)

Un estudio realizado en España con profesionales de Atención Primaria en Salud determinó la prevalencia de *burnout* en 17,2%. Presentan alto grado de agotamiento emocional 38,2%, 23,8% despersonalización y 7,7% baja realización personal. Un 49,2% consideran que se fomenta bastante o mucho el trabajo en equipo. Globalmente, trabajadores sociales presentan mayor media de dimensiones afectadas en grado alto, seguidas de administrativos, odontólogos, médicos y enfermeras ( $p < 0,001$ ). El personal fijo presenta mayor grado de agotamiento emocional ( $p < 0,002$ ). Los que peor valoraron a sus jefaturas y los que menos consideraban trabajar en equipo presentaron más agotamiento emocional, más despersonalización y mayor nivel de *burnout* en general ( $p < 0,001$ ) (Vilà Falgueras et al., 2015). Prevalencias similares a las encontradas en otro estudio que incluyó diferentes perfiles de trabajadores en Atención primaria. Respecto a la prevalencia por cada dimensión, presentaron altos niveles de BO un 15,7% en Agotamiento Emocional, un 18,5% en Despersonalización y hasta un 25,6% en Realización Personal. (Navarro-González, Ayeche-Díaz, & Huarte-Labiano, 2015)

Un metanálisis evaluó la influencia de cinco factores ocupacionales (antigüedad laboral, experiencia profesional, satisfacción laboral, especialización y turno de trabajo) en las tres

---

dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en Enfermería. Los tamaños del efecto medio encontrados sugieren que la satisfacción laboral y en menor medida la especialización fueron factores importantes que influyen en el síndrome de burnout. El desarrollo de perfiles de riesgo del burnout es crucial para avanzar en su prevención, conociendo los factores que influyen en su desarrollo, como la satisfacción o la experiencia profesional (Vargas, Cañadas, Aguayo, Fernández, & de la Fuente, 2014)

Específicamente, entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de burnout, relacionados con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la empresa, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal (Armand, Rosa, & María M., 2005).

Respecto a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome, habitualmente se establecen 3 categorías de factores de riesgo asociados al mismo: sociodemográficos (edad, género, estado civil, etc.), psicológicos (características de personalidad, etc.) y laborales (categoría profesional, tipo de dedicación, antigüedad, etc.) (Cañadas-de la Fuente et al., 2014).

A nivel individual es importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", caracterizada por el compromiso, el control y el reto, ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros. (Martínez Pérez, 2010).

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo

que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales (Atance, 1997). Adicionalmente el sexo femenino se asoció a mayor agotamiento emocional, menor despersonalización y menor realización personal.

A nivel social se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado.

Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica. (Martínez Pérez, 2010)

## 2.5 Evaluación del Burnout

La revisión de la literatura muestra que existen numerosos instrumentos para evaluar el Burnout con una aceptación desigual. El Maslach Burnout Inventory, en sus diferentes versiones, es el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del Síndrome, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Christina Maslach & Jackson, 1981), la escala para valorar los ítems constaba de dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos

---

relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en este. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad, ya que los autores consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ( $r = 0.73$  con una media de  $r = 0.56$ ). La razón para mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo auto informe, de actitudes y sentimientos.

El MBI se divide en **tres subescalas** las cuales miden tres factores, denominados: agotamiento emocional (Emotional exhaustion) con 9 ítems, despersonalización (Depersonalization) con 5 ítems y realización personal en el trabajo (Personal accomplishment) con 8 ítems, obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

En la última edición del manual (Christina Maslach et al., 1997), se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar se encuentra el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Christina Maslach & Jackson, 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben:

- Baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems)
- Agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems)
- Despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems).

En segundo lugar, el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de educación (Maslach & Jackson, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno y reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, manteniendo el nombre de las escalas. Y finalmente el MBI-General Survey (MBIGS) (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996), versión que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para

profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la inmensa mayoría de los países de América Latina, la Unión Europea (EU) y en los Estados Unidos (USA) se ha utilizado extensamente (Hwang, Scherer & Ainina, 2003; Maslach, et al., 2001). Esto es una ventaja, porque permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del **síndrome**, impulsando también el desarrollo de adaptaciones del cuestionario. Por otro lado, existe evidencia empírica que respalda la estructura factorial originalmente definida en este instrumento. Diferentes estudios de carácter exploratorio han reproducido la estructura trifactorial en sus diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal (Kitaoka et al., 2004; Söderfeldt, Söderfeldt, Warg & Ohlson, 1996) u oblicua (Abu-Hilal, 1995; Meda-Lara, MorenoJiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante-Benadero & Ortiz-Viveros, 2008).

Un estudio realizado en Chile señala que la consistencia interna de las dimensiones del inventario fue aceptable, aunque Despersonalización fue relativamente baja. A la luz de los resultados obtenidos, el cuestionario se puede considerar válido y fiable en la versión adaptada al español. (Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, Jélvez-Wilker, & Macía-Sepúlveda, 2014).

Fue validado en Colombia en el 2004 por un grupo de psicólogos, profesores de la Universidad de Antioquia usando una muestra de 414 estudiantes universitarios trabajadores. Se obtuvo una consistencia interna de 0,62 para agotamiento emocional, 0,72 para despersonalización y 0,76 para realización personal (Restrepo-Ayala, Colorado-Vargas, & Cabrera-Arana, 2006). Durante el 2011 se realizó otro estudio con el propósito de establecer las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez del “Inventario Maslach para el Desgaste Profesional-Encuesta para los Servicios de Salud” (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey MBI\_HSS). Los resultados mostraron que la escala posee una buena consistencia interna ( $\alpha=0.77$ ), agotamiento emocional ( $\alpha=0.83$ ), realización personal ( $\alpha=0.57$ ) y la dimensión «despersonalización» tiene la menor consistencia interna ( $\alpha=0.518$ ) (Córdoba et al., 2011). Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231; citado por Frías 2012) sugieren las siguientes recomendaciones para interpretar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- 
- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
  - Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
  - Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable
  - Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
  - Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
  - Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

Nunnally (1967, p. 226) sugiere que en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999).

## 2.6 Modelo de Atención en Salud

El modelo humano de atención en salud en Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2012-2016) planteó el desarrollo de un modelo centrado en el ser humano y su dignidad, al reconocer la salud como derecho fundamental, público, universal y solidario, con énfasis en la Atención Primaria. Este modelo implica la organización de respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial, poblacional, basado en la Atención Primaria en Salud - APS.

El Modelo de Atención en Salud, se desarrolló a través de:

a. Profundización de la Atención Primaria en Salud –APS- con la ampliación en la cobertura y del que hacer de los equipos territoriales de salud, en dos niveles:

- La conformación de “Equipos de Respuesta Inicial” que consistieron en equipos de salud con presencia, además de los promotores, de médico y enfermera, quienes realizaron visita domiciliaria y atención en salud extramural en las casas, colegios, jardines infantiles, instituciones de protección y en general en los sitios donde habita las comunidades en los barrios de las diferentes localidades del Distrito Capital. Cada Equipo de Respuesta Inicial realizó una adscripción de 800 familias, hasta lograr una conformación de 1.000 territorios (micro-territorios) donde operó la estrategia de Atención Primaria de Salud con una cobertura de 800.000 familias bogotanas.
- La conformación de “Equipos de Respuesta Complementaria” fueron constituidos por un equipo de salud con cerca de 15 profesionales y especialistas en salud, tales como odontólogos, terapeutas físicos / ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, pediatras, entre otros; además profesionales de otras áreas como trabajadores sociales, ingenieros ambientales, etc. Estos profesionales operaron a nivel de los territorios complementando la atención integral en salud.

Estos equipos constituyeron el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por ciclo vital, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Se identificaron las necesidades y organizaron las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud con las de otros sectores sociales.

El modelo de salud requirió un abordaje territorial de las respuestas en salud, por lo que fue de gran importancia la modalidad de atención extramural y domiciliaria que consistió en un conjunto de actividades, en los aspectos social, sanitario, familiar y comunitario, que se realizó por parte de los miembros del Equipo de Respuesta Inicial –ERI- en el domicilio de las personas o en los ámbitos de vida, logrando detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, a la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando la calidad de vida.

El Equipo de Respuesta Inicial –ERI- estuvo conformado por un médico, una enfermera y dos técnicos en salud (promotores), quienes recorrieron y caracterizaron a las familias y el

---

territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: Caracterización y notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial.

Esta práctica de abordaje territorial de la salud – enfermedad, por micro-territorios bajo el esquema extramural y de servicios de atención domiciliaria, permitió que el personal del ERI este en contacto con el entorno del usuario, lo cual posibilitó la obtención de una información directa así como interactuar de una manera más cercana con la familia, sus miembros y con los diferentes colectivos que habitan dicho micro-territorio (en barrios, veredas, comunas, UPZ o localidades).

En búsqueda de un modelo de atención integral e integrado, por territorios saludables, las acciones del ERI se complementaron y potencializaron con profesionales de salud y de otras disciplinas (Profesionales en nutrición, odontología, terapias, psicología, ciencias sociales y humanas, especialistas en salud ocupacional, técnicos ocupacionales, en salud oral y ambientales).

Con este modelo de atención en salud con abordaje territorial, familiar y comunitario bajo la modalidad de atención extramural y domiciliaria, a través de los ERI y los ERC, se pretendió lograr:

1. Valorar la situación de las familias, los individuos y de la población cautiva (colectividades), especialmente en los aspectos relacionados con el domicilio y/o de su entorno cotidiano, así como en la identificación de los aspectos de relaciones sociales del núcleo familiar y su funcionalidad así como también el entorno inmediato de los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
2. Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de la salud de las familias - colectividades y las acciones intersectoriales.
3. Facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad.
4. Realizar la atención a domicilio y en los ámbitos de vida cotidiana, de los ciudadanos que cumplan los criterios de inclusión.

---

En la modalidad de atención extramural y domiciliaria se realizaron principalmente actividades que incluyen la valoración de la condición general de los individuos y su familia, a través del acto médico, de las acciones de cuidado de enfermería y de actividades de promoción y prevención del personal que conforma el ERI. Se desarrollaron acciones de protección específica, y en casos específicos se realizaron actividades asistenciales reparadoras y de rehabilitación. La ejecución de estas actividades surgió en el contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades según el plan de atención familiar.

Es de anotar que la atención extramural y domiciliaria realizada en principio por médicos y enfermeras, fue complementada con una modalidad de atención para la caracterización y el seguimiento de riesgos, de individuos, familias y colectivos, que se desarrolló en forma habitual por el trabajador comunitario (promotor de salud / Auxiliar de Salud pública) de los Equipos de salud de Respuesta Inicial, siendo en la práctica el miembro del equipo que en mayor medida debe estar en contacto directo con las familias y la comunidad.



## **3. Metodología**

### **3.1 Diseño del estudio**

Estudio de Corte Transversal para determinar la prevalencia de Burnout en trabajadores de APS y factores asociados en una localidad de Bogotá durante el 2016.

#### **3.1.1 Justificación del diseño**

Dado que se realizó una sola medición en el tiempo para cada sujeto que hace parte del estudio, el presente estudio se definió como un estudio de Corte Transversal y se justificó dado que el objetivo general de la investigación es determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y como objetivo específico se encuentra la identificación de factores sociodemográficos relacionados al síndrome. En este sentido, el diseño de estudio más idóneo sería el estudio transversal, el cual permite cuantificar la prevalencia de un evento y plantear una relación con variables previamente estudiadas. (Hernández-Avila, Garrido-Latorre, & López-Moreno, 2000)(Hernández & Velasco-Mondragón, 2000)

### **3.2 Población objeto de estudio**

La población diana fue el personal de salud vinculada a la estrategia de Atención primaria en salud en una localidad de Bogotá DC. El personal accesible a la medición fueron todos los individuos que laboraban en la localidad y que en el periodo de recolección se encontraban disponibles para responder el cuestionario.

La localidad en la cual se desarrolló el estudio está conformada por cuatro territorios (los territorios de salud son las áreas geográficas que priorizaron las localidades para la implementación de la Estrategia de APS) en los cuales está implementada la estrategia de APS. Cada territorio cuenta con aproximadamente 40 trabajadores de diferentes perfiles: medicina, enfermería, nutricionistas, profesionales de las áreas sociales, auxiliares de enfermería, entre otros.

### 3.3 Criterios de selección.

#### 3.3.1 Criterios de Inclusión

Personal de la salud vinculado a la estrategia de Atención Primaria en Salud que estaba laborando en el momento de la recolección de la información.

#### 3.3.2 Criterios de exclusión

Personal de salud que diligenciaron de manera errónea e incompleta el cuestionario.

Trabajadores que se encontraban en periodo de vacaciones o periodo de licencia.

Trabajadores que rehusaron a participar en el estudio.

### 3.4 Variables de Estudio

**Tabla 3-1:** Variables de Estudio

NOMBRE	DEFINICIÓN	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION
SINDROME DE BURNOUT	Presencia del síndrome de acuerdo a los puntajes obtenidos en el <i>Maslach Burnout Inventory</i> : 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
DESPERSONALIZACION	Desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo	ORDINAL	BAJO MEDIO ALTO
REALIZACION 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
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.
NUMERO 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
PERFIL	Actividad en que labora	NOMINAL	_____
TERRITORIO O COMPONENTE	Componente o equipo al cual hace parte dentro del modelo de atención de la localidad.	NOMINAL	Equipos territoriales (1,2,3,4) Refrentes/profesionales de apoyo Gestión de Políticas y Programas Vigilancia Sanitaria
TIPO DE CONTRATO	Se refiere al tipo de contrato por el cual ingresó	NOMINAL	OPS, Cooperativa, Planta,
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	Se refiere a la cantidad de tiempo, en meses o años, que ha trabajado en el Hospital	ORDINAL	1-3 meses 4-6 meses 7-11 meses 1-2 años 3-5 años 6-9 años 10 o más años
TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	Tiempo en Minutos requeridos para el desplazamiento desde del hogar al trabajo y viceversa por día	DISCRETA	Tiempo en Minutos
TIEMPO EJERCICIO PROFESIONAL	Se refiere a la cantidad de tiempo, en meses o años, que ha ejercido su profesión	ORDINAL	< 1 año 1-5 años 6-9 años 10 o más años
NUMERO DE EMPLEOS	Se refiere a la realización de otros trabajos fuera del Hospital (No se incluyen las labores domésticas)	ORDINAL	Un empleo Dos empleos Más de dos empleos
REALIZA DOBLE PAPEL (LABORAL Y DOMÉSTICO)	Se refiere a la ejecución de trabajos domésticos donde vive, es decir, la realización de: comidas (Desayuno o cena y Almuerzo) 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
SATISFACCION SEGÚN	Calificación que otorga según el salario devengado.	ORDINAL	Mala Regular Buena

REMUNERACION SALARIAL		Muy Buena
RECONOCIMIENTO POR EL TRABAJO	Calificación que otorga a la aceptación por las actividades realizadas.	Mala Regular Buena Muy Buena

### 3.5 Limitaciones del diseño respecto a los objetivos del proyecto

Se anticipó como limitaciones del diseño la no respuesta por parte del personal de salud para el diligenciamiento de la encuesta, lo cual se abordó por medio de la motivación.

Para controlar los sesgos de información, la recolección de los datos se desarrolló bajo confidencialidad y anonimato, en cuanto al sesgo originado por el instrumento se trabajó con el MBI, validada en América Latina y Colombia.

### 3.6 Recolección, procesamiento y análisis de la información

#### 3.6.1 Instrumentos y métodos utilizados para la medición de variables

Para la recolección de información se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas (ver anexo) y un cuestionario adaptado al castellano del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) elaborada por Gil-Monte (1994) y Gil-Monte y Peiró (1997), dirigido a personal de servicios humanos (Maslach & Jackson, 1986), para lo cual se adquirió una licencia de uso anual con Mind Garden, Inc, ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)) que permitió acceso a la encuesta propiamente dicha.

El cuestionario consta de 22 ítems que, según señala el manual, se distribuye en tres escalas denominadas: Agotamiento emocional (9 ítems), Realización personal en el trabajo (8 ítems) y Despersonalización (5 ítems). En el estudio se empleó la forma de frecuencia, cuya escala tiene 7 grados que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días). El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach

aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

**1. La subescala de agotamiento emocional (Emotional Exhaustion - EE)** está formada por nueve ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

**2. La subescala de despersonalización (Despersonalization - D)** está formada por cinco ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

**3. La subescala de realización personal en el trabajo (Personal Accomplishment - PA)** está compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que, en las subescala 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.

### 3.6.2 Medición de la prueba

**Subescala de agotamiento emocional:** Consta de nueve preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

**Subescala de despersonalización:** Está formada por cinco ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación

en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

**Subescala de Realización personal:** Se compone de ocho ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

También el **punto de corte** puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de agotamiento emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajo o muy bajo. En la subescala de despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, medio de seis a nueve, y menor de seis, bajo grado de despersonalización. La subescala de realización personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores así: de cero a 31 puntos indicaría baja realización personal, de 32 a 38 intermedia y superior a 39 sensación de logro.

**Tabla 3-2:** Categorización de puntaje

	<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	<b>DESPERSONALIZACION</b>	<b>REALIZACION PERSONAL</b>
<b>BAJO</b>	0-18	0-5	<b>0-31</b>
<b>MEDIO</b>	19-26	6-9	32-38
<b>ALTO</b>	<b>27-54</b>	<b>10-30</b>	39-48

Se les pidió a todos los participantes que respondieran el cuestionario de manera voluntaria y anónima, tras la lectura y firma de un consentimiento informado. Los instrumentos fueron entregados directamente a los participantes y se recogió, asegurándose en todo momento la confidencialidad de la información recabada.

### **3.6.3 Análisis de datos**

Los resultados se han descrito mediante frecuencias y porcentajes cuando la variable es cualitativa. En el caso de las variables cuantitativas, se verificó criterios de distribución normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk (asumiendo  $p$  significativo a 0,05) y se reporta media y desviación estándar en las variables con distribución normal y mediana y rango intercuartilico en las que no presentaron distribución normal.

El análisis por subgrupos o bivariado se desarrolló de acuerdo a cada objetivo específico. Para la caracterización sociodemográfica, los resultados se analizaron de acuerdo a la variable de sexo; en relación a la descripción de las dimensiones y su relación con variables sociodemográfica, se hizo análisis de subgrupos por cada dimensión del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

La comparación de las variables cualitativas entre grupos se realizó mediante el estadístico  $\chi^2$ ; para frecuencias esperadas menores a 5 se utilizó la corrección de Yates del Chi cuadrado. En las variables cuantitativas, la comparación entre grupos se hizo teniendo en cuenta la distribución normal y número de grupos: para dos grupos se utilizó la prueba  $t$  de student o  $U$  de Mann Whitney y para más de dos grupos se empleó ANOVA o Kruskal-Wallis. Se utilizó como valores para definir la significancia estadística todos aquellos valores  $p < 0,05$  y como medida de asociación se empleó la Razón de Prevalencias. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 24.

## **3.7 Aspectos éticos**

Para el estudio se consideraron todos los aspectos éticos y se solicitó el consentimiento informado a los participantes, asegurando el compromiso ético de guardar privacidad sobre su identidad, manteniendo el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus

derechos y su bienestar. Solamente ellos decidieron contestar la encuesta teniendo en cuenta que se usaría para fines estrictamente académicos.

Según lo consignado en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente proyecto se clasifica en la categoría de riesgo ético mínimo teniendo en cuenta que hay preguntas en el cuestionario que tratan aspectos sensitivos de la conducta de los participantes.

El Investigador lleva el compromiso de informar a los sujetos de estudio sobre el proceso de diligenciamiento de la encuesta, sus fines, y su posterior socialización. De igual manera se acordó con la institución la protección de datos y el anonimato de la localidad.

El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina con acta de evaluación N.021-234-15 del 10 de diciembre de 2015.

### **3.8 Conflictos de interés**

El investigador declara la existencia de vinculación laboral en la institución en el momento en el que se realizó la investigación. No existen intereses institucionales, lucrativos o personales relacionados con el desarrollo del trabajo de investigación. La información tanto de los participantes como de las instituciones se manejó confidencialmente.

## **4.Resultados**

Para efectos de una mayor comprensión la presentación de los resultados se dividió en dos momentos, una primera parte presenta la caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio, como respuesta al objetivo número uno, posterior a ello se integran los resultados de los objetivos dos y tres presentando la caracterización de los trabajadores de acuerdo a los niveles de Burnout (alto, medio, bajo) por dimensión (Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal) y según la presencia de alteración en las tres dimensiones, los resultados se presentan de manera integrada con el análisis bivariado para evaluar diferencias estadísticamente significativas según las características estudiadas.

### **4.1 Caracterización Sociodemográfica de los trabajadores de Atención Primaria en Salud**

Del total de la población vinculada a la estrategia de APS, se obtuvo una tasa de respuesta del 92,5%, correspondiente a 195 trabajadores. El Porcentaje restante no aceptó participar o no se encontraba en el momento de la recolección de la información.

Del total de la población participante el 78,97% (n=154) corresponde a mujeres; el promedio de edad para la población objeto de estudio es de 33,2 años cumplidos con una desviación estándar de 7,8 años, la media de edad en las mujeres es de 32,9 años ( $\pm 7,4$  años) y en los hombres es de 34,2 años ( $\pm 9,3$  años), el 51,3% (n=100) corresponde a estrato socioeconómico tres. Respecto al estado civil el 41,5% (n=81) son solteros, los trabajadores que viven en pareja representan cerca del 50% (n=95), correspondiendo a personas casadas y en unión libre, cada uno con un 24% del total de la población.

En cuanto al nivel educativo, la mayor frecuencia está representada por técnicos, que configuran el 39,5% (n=77) del total de trabajadores, seguido de profesionales

universitarios con un 28,71% (n=56) y de profesionales especializados con un 27,69% (n=54). El 63,07% (n=123) tiene uno o más hijos, la media de hijos en la mujer es de 1,10 y en los hombres es de 0,76 hijos, siendo estadísticamente significativa esta diferencia ( $p < 0,05$ ). Al indagar sobre el número de personas con las que se convive, el promedio es de 2,5 personas ( $\pm 1,4$  personas). En este sentido se indagó sobre las personas a cargo o que dependen económicamente del trabajador, evidenciando un promedio de 1,2 personas ( $\pm 1$  persona).

**Tabla 4-1:** Características sociodemográficas de la población objeto de estudio según sexo.

VARIABLE	Mujer n 154		Hombre n 41		Total n 195	
	Estimador n (%) *	IC 95%	Estimador n (%) *	IC 95%	Estimador n (%) *	IC 95%
<b>Edad:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	32,9 (7,4)	31,7-34,1	34,2 (9,3)	31,3-37,2	33,2 (7,8)	32,1-34,3
<b>Mediana (RIQ)</b>	31,5 (9)		33,0 (11)		32,0 (10)	
<b>Estrato Socioeconómico:</b>						
<b>1</b>	4 (2,6)	0,06-5,1	2 (4,9)	0-11,8	6 (3,1)	0,6-5,5
<b>2</b>	54 (35,1)	27,4-42,7	5 (12,2)	1,7-22,7	59 (30,3)	23,8-36,8
<b>3</b>	76 (49,4)	41,4-57,3	24 (58,5)	42,8-74,3	100 (51,3)	44,2-58,4
<b>4</b>	14 (9,1)	4,5-13,7	9 (22,0)	8,7-35,2	23 (11,8)	7,2-16,4
<b>5</b>	6 (3,9)	0,8-7,0	1 (2,4)	0-7,4	7 (3,6)	1,0-6,2
<b>Estado Civil:</b>						
<b>Soltero</b>	64 (41,6)	33,7-49,4	17 (41,5)	25,7-57,2	81 (41,5)	34,6-48,5
<b>Casado</b>	35 (22,7)	16,0-29,4	13 (31,7)	16,8-46,9	48 (24,6)	18,5-30,7
<b>Unión libre</b>	38 (24,7)	17,8-31,6	9 (22,0)	8,7-35,2	47 (24,1)	18,1-30,2
<b>Separado</b>	12 (7,8)	3,5-12,1	2 (4,9)	0-11,8	14 (7,2)	3,5-10,8
<b>Viudo</b>	1 (0,6)	0-1,9	0		1 (0,5)	0-1,5
<b>Divorciado</b>	4 (2,6)	0,06-5,1	0		4 (2,1)	0,04-4,0
<b>Nivel educativo:</b>						
<b>Bachiller</b>	1 (0,6)	0-1,9	2 (4,9)	0-11,8	3 (1,5)	0-3,3
<b>Técnico</b>	70 (45,5)	37,5-53,4	7 (17,1)	5,1-29,1	77 (39,5)	32,6-46,4
<b>Universitario</b>	38 (24,7)	17,8-31,6	18 (43,9)	28,0-59,8	56 (28,7)	22,3-35,1
<b>Especialista</b>	42 (27,3)	20,2-34,4	12 (29,3)	14,7-43,8	54 (27,7)	21,4-34,0
<b>Magister</b>	3 (1,9)	0-4,2	2 (4,9)	0-11,8	5 (2,6)	0,3-4,8

<b>Número de hijos:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,1 (1,1)	0,9-1,3	0,8 (0,9)	0,5-1,1	1 (1)	0,9-1,2
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (1)		1 (2)	
<b>Número con las que convive:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	2,5 (1,4)	2,3-2,7	2,5 (1,6)	2-3	2,5 (1,4)	2,3-2,7
<b>Mediana (RIQ)</b>	2 (1)		2 (2)		2 (2)	
<b>Número de Personas a cargo:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,2 (1,0)	1-1,3	1,2 (1,2)	0,8-1,6	1,2 (1)	1-1,3
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (2)		1 (2)	
* valores presentados como frecuencias (n) y porcentajes (%) en variables categóricas						
DE: desviación estándar						
RIQ: Rango intercuartílico						

En cuanto a perfil profesional se evidencia que por cada cuatro trabajadores encuestados, uno corresponde a Auxiliar de Enfermería, siendo este perfil el de mayor frecuencia, configurando el 26,2% (n=51) del total de encuestados. Al agrupar los Auxiliares de Enfermería, con Psicología, Enfermería y Medicina, se evidencia una representación del 60% (n=117). Estos perfiles serán tenidos en cuenta para el análisis bivariado.

**Tabla 4-2:** Distribución porcentual según perfil de los encuestados por sexo.

Perfil	Mujer n 154		Hombre n 41		Total n 195	
	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%
Auxiliar Enfermería	49 (31,8)	24,4-39,3	2 (4,9)	0-11,8	51 (26,2)	19,9-32,4
Psicología	26 (16,9)	10,9-22,9	7 (17,1)	5,1-29,1	33 (16,9)	11,6-22,2
Enfermería	16 (10,4)	5,5-15,3	4 (9,8)	0,3-19,2	20 (10,3)	6,0-14,6
Medicina	9 (5,8)	2,1-9,6	4 (9,8)	0,3-19,2	13 (6,7)	3,1-10,2
Odontología	6 (3,9)	0,8-7,0	2 (4,9)	0-11,8	8 (4,1)	1,3-6,9
Ingeniero sanitario y ambiental	3 (2,0)	0-4,2	5 (12,2)	1,7-22,7	8 (4,1)	1,3-6,9
Técnico higiene oral	8 (5,2)	1,7-8,7	0		8 (4,1)	1,3-6,9
Técnico administrativo	6 (3,9)	0,8-7,0	2 (4,9)	0-11,8	7 (3,6)	1,0-6,2
Agente de cambio	3 (2,0)	0-4,2	2 (4,9)	0-11,8	5 (2,6)	0,3-4,8
Nutricionista	5 (3,2)	0,4-6,1	0		5 (2,6)	0,3-4,8
Veterinario	1 (0,6)	0-1,9	3 (7,3)	0-15,6	4 (2,1)	0,04-4,1
Trabajador social	4 (2,6)	0,1-5,1	0		4 (2,1)	0,04-4,1
Técnico salud pública	3 (1,9)	0-4,2	1 (2,4)	0-7,4	4 (2,1)	0,04-4,1

Técnico en salud ambiental	3 (1,9)	0-4,2	3 (7,3)	0-11,8	4 (2,1)	0,04-4,1
Ingeniero de alimentos	2 (1,3)	0-3,1	1 (2,4)	0-7,4	3 (1,5)	0-3,3
Ingeniero química	3 (1,9)	0-4,2	1 (2,4)	0-7,4	3 (1,5)	0-3,3
Terapeuta ocupacional	2 (1,3)	0-3,1	1 (2,4)	0-7,4	3 (1,5)	0-3,3
Fisioterapeuta	3 (1,9)	0-4,2	0		3 (1,5)	0-3,3
Geógrafo	0		2 (4,9)	0-11,8	2 (1,0)	0-2,5
Bacteriología	1 (0,6)	0-1,9	0		1 (0,5)	0-1,5
Politólogo	0		1 (2,4)	0-7,4	1 (0,5)	0-1,5
Fonoaudiología	1 (0,6)	0-1,9	0		1 (0,5)	0-1,5

#### 4.1.1 Características Laborales de los trabajadores de Atención Primaria en Salud

El 75,9% (n=148) de los trabajadores hace parte de los equipos territoriales (territorios 1,2,3 y 4), incluyendo coordinadores y profesionales de apoyo. El porcentaje restante corresponde a los equipos de Gestión de Políticas y Programas y Vigilancia Sanitaria. En cuanto al tipo de contrato solo el 4,6%(n=9) tiene contrato de planta, los demás son por orden de prestación de servicios 95,4% (n=186). Aproximadamente el 50%(n=94) tiene más de tres años trabajando con la institución. El 50,8% (n=99) tiene seis o más años de ejercicio profesional. Tan solo el 3,1% (n=6) cuenta con menos de un año ejerciendo.

**Tabla 4-3:** Características laborales de la población estudiada según sexo

VARIABLE	Mujer n 154		Hombre n 41		Total n 195	
	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%
<b>Territorio o Componente:</b>						
<b>Uno</b>	32 (20,8)	14,3-27,3	3 (7,3)	0-15,6	35 (17,9)	12,5-23,4
<b>Dos</b>	31 (20,1)	13,7-26,5	4 (9,8)	0,3-19,2	35 (17,9)	12,5-23,4
<b>Tres</b>	25 (16,2)	10,3-22,1	8 (19,5)	6,9-32,2	33 (16,9)	11,6-22,2
<b>Cuatro</b>	31 (20,1)	13,7-26,5	4 (9,8)	0,3-19,2	35 (17,9)	12,5-23,4
<b>Referente</b>	6 (3,9)	0,8-7,0	0	0	6 (3,1)	0,6-5,5
<b>Gestión</b>	8 (5,2)	1,7-8,7	5 (12,2)	1,7-22,7	13 (6,7)	3,1-10,2
<b>Vigilancia sanitaria</b>	17 (11,0)	6,0-16,0	17 (41,5)	25,7-57,2	34 (17,4)	12,1-22,8
<b>Profesional apoyo</b>	4 (2,6)	0,1-5,1	0	0	4 (2,1)	0-4,1

<b>Tipo de Contrato:</b>						
<b>OPS</b>	150 (97,4)	94,9-99,9	36 (87,8)	77,4-98,3	186 (95,4)	92,4-98,4
<b>Planta</b>	4 (2,6)	0,1-5,1	5 (12,2)	1,7-22,7	9 (4,6)	1,6-7,6
<b>Antigüedad:</b>						
<b>1-3 meses</b>	22 (14,3)	8,7-19,9	3 (7,3)	0-15,6	25 (12,8)	8,1-17,6
<b>4-6 meses</b>	4 (2,6)	0,1-5,1	0	0	4 (2,1)	0-4,1
<b>7-11 meses</b>	10 (6,5)	2,6-10,4	4 (9,8)	0,3-19,2	14 (7,2)	3,5-10,8
<b>1-2 años</b>	47 (30,5)	23,2-37,9	11 (26,8)	12,7-41,0	58 (29,7)	23,3-36,2
<b>3-5 años</b>	50 (32,5)	25,0-40,0	13 (31,7)	16,8-46,6	63 (32,3)	25,7-38,9
<b>6-9 años</b>	16 (10,4)	5,5-15,3	5 (12,2)	1,7-22,7	21 (10,8)	6,4-15,2
<b>10 o más años</b>	5 (3,3)	0,4-6,1	5 (12,2)	1,7-22,7	10 (5,1)	2,0-8,3
<b>Tiempo desplazamiento:</b>						
<b>30 minutos o menos</b>	37 (24,0)	17,2-30,9	8 (19,5)	6,9-32,2	45 (23,1)	17,1-29,0
<b>30 59 minutos</b>	40 (26,0)	19,0-33,0	13 (31,7)	16,8-46,6	53 (27,2)	20,9-33,5
<b>1-2 horas</b>	55 (35,7)	28,1-43,4	19 (46,3)	30,4-62,3	74 (37,9)	31,1-44,8
<b>2 o más horas</b>	22 (14,3)	8,7-19,9	1 (2,4)	0-7,4	23 (11,8)	7,2-16,4
<b>Tiempo ejercicio profesional:</b>						
<b>&lt; 1 año</b>	5 (3,2)	0,4-6,1	1 (2,4)	0-7,4	6 (3,1)	0,6-5,5
<b>1-5 años</b>	71 (46,1)	38,1-54,1	19 (46,3)	30,4-62,3	90 (46,2)	39,1-53,2
<b>6-9 años</b>	43 (27,9)	20,8-35,1	7 (17,1)	5,1-29,1	50 (25,6)	19,5-31,8
<b>10 o más años</b>	35 (22,7)	16,0-29,4	14 (34,1)	19,0-49,3	49 (25,1)	19,0-31,3

Al preguntar sobre el tiempo de desplazamiento que tardan para llegar al lugar de trabajo, el 50% (n=97) respondió tardar más de una hora y tres de cada cuatro trabajadores manifiesta desempeñar doble papel (laboral y doméstico), siendo significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) la realización de doble papel en las mujeres con un 79,9% (n=123) comparado con un 61% (n=25) de los hombres.

Por último, más del 90% de los encuestados evaluó como buena o muy buena las relaciones interpersonales, remuneración con un 85,6% (n=167) y reconocimiento con un 80,5% (n=157).

**Tabla 4-4:** Relaciones interpersonales, remuneración salarial y reconocimiento laboral en la población estudiada según sexo.

VARIABLE	Mujer n 154 (80%)		Hombre n 41 (20%)		Total n 195 (100%)	
	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%	Estimador n (%)	IC 95%
<b>Relaciones Interpersonales:</b>						
<b>Mala</b>	0	0	1 (2,4)	0-7,4	1 (0,5)	0-1,5
<b>Regular</b>	2 (1,3)	0-3,1	1 (2,4)	0-7,4	3 (1,5)	0-3,3
<b>Buena</b>	110 (71,4)	64,2-78,6	30 (73,2)	59,0-87,3	140 (71,8)	65,4-78,2
<b>Muy buena</b>	42 (27,3)	20,2-34,4	9 (22,0)	8,7-35,2	51 (26,2)	19,9-32,4
<b>Remuneración:</b>						
<b>Mala</b>	1 (0,6)	0-1,9	0	0	1 (0,5)	0-1,5
<b>Regular</b>	21 (13,6)	8,2-19,1	6 (14,6)	3,3-25,9	27 (13,9)	9,0-18,7
<b>Buena</b>	119 (77,3)	70,6-84,0	31 (75,6)	61,9-89,3	150 (76,9)	71,0-82,9
<b>Muy buena</b>	13 (8,4)	4,0-12,9	4 (9,8)	0,3-19,2	17 (8,7)	4,7-12,7
<b>Reconocimiento:</b>						
<b>Mala</b>	1 (0,7)	0-1,9	1 (2,4)	0-7,4	2 (1,0)	0-2,5
<b>Regular</b>	24 (15,6)	9,8-21,4	12 (29,3)	14,7-43,8	36 (18,5)	13,0-24,0
<b>Buena</b>	117 (76,0)	69,2-82,8	26 (63,4)	48,0-78,8	143 (73,3)	67,1-79,6
<b>Muy buena</b>	12 (7,8)	3,5-12,1	2 (4,9)	0-11,8	14 (7,2)	3,5-10,8

## 4.2 Características de los trabajadores en cuanto a dimensiones de Burnout y factores asociados.

La prevalencia de Burnout (tres dimensiones alteradas) en la población evaluada fue de 2,56% (n=5), el 22,6% (n=44) presentaron altos niveles en Agotamiento emocional, el 12,8% (n=25) presentaron altos niveles en Despersonalización y un 16,9% (n=33) baja Realización Personal.

**Tabla 4-5:** Niveles de Burnout según dimensión.

Dimensión	Nivel					
	Bajo		Medio		Alto	
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%
<b>Agotamiento emocional</b>	105 (53,9)	46,8-60,9	46 (23,6)	17,6-29,6	44 (22,6)	16,7-28,5
<b>Despersonalización</b>	134 (68,7)	62,2-75,3	36 (18,5)	13,0-24,0	25 (12,8)	8,1-17,6

<b>Realización personal</b>	33 (16,9)	11,6-22,2	45 (23,1)	17,1-29,0	117 (60,0)	53,1-66,9
-----------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	-----------

A continuación se desagrega la información por dimensión y según variables sociodemográficas y laborales.

### 4.2.1 Agotamiento emocional

El 22,6% de los trabajadores presentaron niveles altos en agotamiento emocional. Para esta dimensión se confirmó un alto riesgo de Agotamiento emocional en profesionales pertenecientes a los equipos territorial uno (RP 1,7; IC 95% (1,01-2,8)) y equipo territorial cuatro (RP 1,9; IC 95% (1,2-3,1)), profesionales referentes, es decir, líderes de los equipos territoriales, presentan un exceso de riesgo (RP 2,6; IC 95% (1,4-4,8)), a diferencia de los equipos de Vigilancia Sanitaria que presentaron menores niveles de agotamiento emocional alto (RP 0,2; IC 95% (0,06-0,8)). Trabajadores con tiempo de ejercicio profesional entre uno y cinco años (RP 1,7; IC 95% (1,01-2,8)), relaciones interpersonales malas (RP 3,4; IC 95% (2,7-4,4)), remuneración mala (RP 3,3; IC 95% (2,6-4,3)), remuneración regular (RP 2,6; IC 95% (1,6-4,0)), reconocimiento laboral malo (RP 3,5; IC 95% (2,7-4,7)) reconocimiento laboral regular (RP 2,6; IC 95% (1,6-4,1)), por último, los psicólogos presentan un mayor riesgo de presentar nivel alto en agotamiento emocional (RP 1,3; IC 95% (1,2-1,6)) y nivel medio (RP 1,7; IC 95% (1,2-2,5)) comparado con los demás perfiles.

**Tabla 4-6:** Niveles de agotamiento emocional en la población objeto de estudio

	<b>Alto n (%) * 44</b>	<b>RP (IC95%) †</b>	<b>Medio n (%) * 46</b>	<b>RP (IC95%) ‡</b>	<b>Bajo n (%) * 105</b>	<b>Valor p †</b>
<b>Sexo:</b>						
<b>Mujer</b>	37 (84,1)	1,6 (0,8-3,2)	39 (84,8)	1,6 (0,8-3,3)	78 (74,3)	0,221
<b>Hombre</b>	7 (15,9)		7 (15,2)		27 (25,7)	
<b>Edad:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	32,3 (7,5)	NC	31,8 (6,4)	NC	34,2 (8,4)	0,271
<b>Mediana (RIQ)</b>	30 (8)		30 (8)		33 (11)	

<b>Estrato Socioeconómico:</b>						
<b>1</b>	3 (6,8)	1,7 (0,8-4,0)	0	NC	3 (2,9)	NC
<b>2</b>	18 (40,9)	1,6 (1,0-2,7)	15 (32,6)	1,3 (0,8-2,1)	26 (24,8)	0,136
<b>3</b>	15 (34,1)	0,5 (0,3-0,9)	25 (54,3)	0,9 (0,6-1,5)	60 (57,1)	0,033
<b>4</b>	5 (11,4)	0,9 (0,4-1,9)	4 (8,7)	0,7 (0,3-1,7)	14 (13,3)	0,715
<b>5</b>	3 (6,8)	2,1 (0,9-4,5)	2 (4,3)	1,7 (0,6-4,6)	2 (1,9)	NC
<b>Estado Civil:</b>						
<b>Soltero</b>	19 (43,2)	1,1 (0,7-1,9)	21 (45,7)	1,2 (0,7-1,9)	41 (39,0)	0,727
<b>Casado</b>	8 (18,2)	0,7 (0,4-1,3)	12 (26,1)	1,0 (0,6-1,7)	28 (26,7)	0,529
<b>Unión libre</b>	11 (25,0)	1,0 (0,6-1,8)	10 (21,7)	0,9 (0,5-1,6)	26 (24,8)	0,912
<b>Separado</b>	4 (9,1)	1,1 (0,5-2,6)	2 (4,3)	0,6 (0,2-2,3)	8 (7,6)	NC
<b>Viudo</b>	0	NC	0	NC	1 (1,0)	NC
<b>Divorciado</b>	2 (4,5)	2,3 (1,0-5,4)	1 (2,2)	1,7 (0,4-6,8)	1 (1,0)	NC
<b>Nivel educativo:</b>						
<b>Bachiller</b>	0	NC	0	NC	3 (2,9)	NC
<b>Técnico</b>	20 (45,5)	1,2 (0,7-2,0)	17 (37,0)	1,0 (0,6-1,6)	40 (38,1)	0,649
<b>Universitario</b>	9 (20,5)	0,6 (0,3-1,2)	13 (28,3)	0,9 (0,5-1,5)	34 (32,4)	0,339
<b>Especialista</b>	13 (29,5)	1,2 (0,7-2,0)	15 (32,6)	1,3 (0,8-2,1)	26 (24,8)	0,582
<b>Magister</b>	2 (4,5)	1,7 (0,6-4,8)	1 (2,2)	1,1 (0,2-5,5)	2 (1,9)	NC
<b>Número de hijos:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,1 (1,0)	NC	0,8 (1,0)	NC	1,1 (1,1)	0,189
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (1)		1 (2)	
<b>Número con las que convive:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	2,7 (1,5)	NC	2,7 (1,2)	NC	2,4 (1,5)	0,175
<b>Mediana (RIQ)</b>	2 (3)		3 (2)		2 (2)	
<b>Número de Personas a cargo:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,2 (0,9)	NC	1,1 (1,1)	NC	1,2 (1,0)	0,577
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (2)		1 (2)	
<b>Territorio o Componente:</b>						
<b>Uno</b>	12 (27,3)	1,7 (1,01-2,8)	8 (17,4)	1,2 (0,6-2,2)	15 (14,3)	0,168
<b>Dos</b>	7 (15,9)	0,8 (0,4-1,6)	7 (15,2)	0,8 (0,4-1,6)	21 (20,0)	0,720
<b>Tres</b>	5 (11,4)	0,6 (0,3-1,4)	7 (15,2)	0,8 (0,4-1,6)	21 (20,0)	0,413
<b>Cuatro</b>	13 (29,5)	1,9 (1,2-3,1)	8 (17,4)	1,2 (0,7-2,3)	14 (13,3)	0,062
<b>Referente</b>	2 (4,5)	2,3 (1,0-5,4)	3 (6,5)	2,6 (1,4-4,8)	1 (1,0)	NC
<b>Gestión</b>	3 (6,8)	1,1 (0,4-3,0)	4 (8,7)	1,3 (0,6-3,0)	6 (5,7)	NC
<b>Vigilancia sanitaria</b>	2 (4,5)	0,2 (0,06-0,8)	7 (15,2)	0,7 (0,3-1,3)	25 (23,8)	0,017
<b>Profesional apoyo</b>	0	NC	2 (4,3)	1,7 (0,6-4,6)	2 (1,9)	NC
<b>Tipo de Contrato:</b>						
<b>OPS</b>	41 (93,2)	0,7 (0,3-1,6)	44 (95,7)	0,9 (0,3-2,9)	101 (96,2)	NC
<b>Planta</b>	3 (6,8)		2 (4,3)		4 (3,8)	

<b>Antigüedad:</b>						
<b>1-3 meses</b>	3 (6,8)	0,5 (0,2-1,5)	6 (13,0)	0,9 (0,3-2,3)	16 (15,2)	0,374
<b>4-6 meses</b>	0	NC	1 (2,2)	0,8 (0,1-4,5)	3 (2,9)	NC
<b>7-11 meses</b>	2 (4,5)	0,8 (0,2-2,9)	6 (13,0)	1,7 (0,9-3,2)	6 (5,7)	NC
<b>1-2 años</b>	16 (36,4)	1,5 (0,9-2,4)	16 (34,8)	1,4 (0,8-2,3)	26 (24,8)	0,256
<b>3-5 años</b>	15 (34,1)	1,1 (0,6-1,8)	14 (30,4)	0,9 (0,6-1,6)	34 (32,4)	0,933
<b>6-9 años</b>	5 (11,4)	0,9 (0,4-1,9)	2 (4,3)	0,4 (0,1-1,4)	14 (13,3)	NC
<b>10 o más años</b>	3 (6,8)	1,1 (0,4-3,0)	1 (2,2)	0,5 (0,1-2,9)	6 (5,7)	NC
<b>Tiempo desplazamiento:</b>						
<b>30 minutos o menos</b>	12 (27,3)	1,1 (0,6-1,9)	7 (15,2)	0,6 (0,3-1,3)	26 (24,8)	0,480
<b>30 59 minutos</b>	8 (18,2)	0,6 (0,3-1,2)	14 (30,4)	1,0 (0,6-1,7)	31 (29,5)	
<b>1-2 horas</b>	17 (38,6)	1,1 (0,7-1,9)	21 (45,7)	1,4 (0,9-2,2)	36 (34,3)	
<b>2 o más horas</b>	7 (15,9)	1,3 (0,7-2,5)	4 (8,7)	0,8 (0,3-1,9)	12 (11,4)	
<b>Tiempo ejercicio profesional:</b>						
<b>&lt; 1 año</b>	0	NC	1 (2,2)	0,5 (0,1-3,3)	5 (4,8)	NC
<b>1-5 años</b>	26 (59,1)	1,7 (1,01-2,8)	21 (45,7)	1,1 (0,7-1,8)	43 (41,0)	0,128
<b>6-9 años</b>	8 (18,2)	0,7 (0,3-1,4)	14 (30,4)	1,1 (0,7-1,9)	28 (26,7)	0,387
<b>10 o más años</b>	10 (22,7)	0,8 (0,4-1,5)	10 (21,7)	0,8 (0,4-1,4)	29 (27,6)	0,683
<b>Relaciones Interpersonales:</b>						
<b>Mala</b>	1 (2,3)	3,4 (2,7-4,4)	0	NC	0	NC
<b>Regular</b>	1 (2,3)	1,7 (0,4-7,0)	1 (2,2)	1,7 (0,4-6,8)	1 (1,0)	NC
<b>Buena</b>	33 (75,0)	1,4 (0,8-2,5)	38 (82,6)	2,0 (1,0-3,8)	69 (65,7)	0,091
<b>Muy buena</b>	9 (20,5)	0,6 (0,3-1,2)	7 (15,2)	0,5 (0,2-0,9)	35 (33,3)	0,041
<b>Remuneración:</b>						
<b>Mala</b>	0	NC	1 (2,2)	3,3 (2,6-4,3)	0	NC
<b>Regular</b>	13 (29,5)	2,6 (1,6-4,0)	6 (13,0)	1,5 (0,8-2,8)	8 (7,6)	0,002
<b>Buena</b>	30 (68,2)	0,7 (0,4-1,1)	37 (80,4)	1,1 (0,6-2,0)	83 (79,0)	0,289
<b>Muy buena</b>	1 (2,3)	0,2 (0-1,4)	2 (4,3)	0,4 (0,1-1,4)	14 (13,3)	NC
<b>Reconocimiento:</b>						
<b>Mala</b>	2 (4,5)	3,5 (2,7-4,5)	0	NC	0	NC
<b>Regular</b>	16 (36,4)	2,6 (1,6-4,1)	9 (19,6)	1,6 (0,9-2,8)	11 (10,5)	0,001
<b>Buena</b>	25 (56,8)	0,5 (0,3-0,8)	36 (78,3)	1,0 (0,6-1,8)	82 (78,1)	0,019
<b>Muy buena</b>	1 (2,3)	0,2 (0-1,6)	1 (2,2)	0,2 (0-1,6)	12 (11,4)	NC

\* Valores presentado como frecuencias (n) y porcentajes (%) para variables categóricas

‡ Valor calculado para la comparación entre los tres niveles de la dimensión

† Valor calculado comparando el nivel Alto Vs. Bajo

‡ Valor calculado comparando el nivel Medio Vs. Bajo

RP: razón de prevalencia

IC95%: intervalo de confianza al 95%

DE: desviación estándar

RIQ: Rango intercuartílico

## 4.2.2 Despersonalización

El 12,8% de los trabajadores presentaron niveles altos en despersonalización. Para esta dimensión se encontró un alto riesgo de despersonalización en trabajadores de estrato socioeconómico dos (RP 3,6; IC 95% (1,7-7,4)), tiempo de ejercicio profesional entre uno y cinco años dos (RP 3,6; IC 95% (1,7-7,4)), malas relaciones interpersonales (RP 6,6; IC 95% (4,6-9,5)), mala remuneración (RP 4,8; IC 95% (3,6-6,5)), reconocimiento regular evaluado como regular (RP 3,1; IC 95% (1,6-6,2)), ser auxiliar de enfermería representa un mayor riesgo de despersonalización (RP 2; IC 95% (1,005-4,2)) en comparación con los demás perfiles.

**Tabla 4-7:** Niveles de Despersonalización en la población objeto de estudio

	Alto n (%) * 25 (12,8)	RP (IC95%) †	Medio n (%) * 36 (18,5)	RP (IC95%) ‡	Bajo n (%) * 134 (68,7)	Valor p †
<b>Sexo:</b>						
Mujer	18 (72,0)	0,7 (0,3-1,7)	31 (86,1)	1,6 (0,7-3,7)	105 (78,4)	0,393
Hombre	7 (28,0)		5 (13,9)		29 (21,6)	
<b>Edad:</b>						
Promedio (DE)	32,8 (7,7)	NC	32,4 (7,2)	NC	33,5 (8,0)	0,722
Mediana (RIQ)	30 (12)		30,5 (10)		32 (9)	
<b>Estrato Socioeconómico:</b>						
1	1 (4,0)	1,3 (0,2-7,7)	1 (2,8)	0,9 (0,2-5,6)	4 (3,0)	NC
2	15 (60,0)	3,6 (1,7-7,4)	12 (33,3)	1,4 (0,8-2,6)	32 (23,9)	0,001
3	8 (32,0)	0,4 (0,2-0,9)	13 (36,1)	0,5 (0,3-0,9)	79 (59,0)	0,006
4	1 (4,0)	0,4 (0,1-2,6)	7 (19,4)	1,6 (0,8-3,2)	15 (11,2)	NC
5	0	NC	3 (8,3)	2,1 (0,9-5,2)	4 (3,0)	NC
<b>Estado Civil:</b>						
Soltero	9 (36,0)	0,8 (0,4-1,8)	17 (47,2)	1,2 (0,7-2,2)	55 (41,0)	0,668
Casado	6 (24,0)	0,9 (0,4-2,0)	5 (13,9)	0,5 (0,2-1,2)	37 (27,6)	0,236
Unión libre	8 (32,0)	1,5 (0,7-3,2)	9 (25,0)	1,1 (0,6-2,2)	30 (22,4)	0,582
Separado	2 (8,0)	1,2 (0,3-4,3)	3 (8,3)	1,2 (0,4-3,3)	9 (6,7)	NC
Viudo	0	NC	0	NC	1 (0,7)	NC
Divorciado	0	NC	2 (5,6)	2,4 (0,9-6,8)	2 (1,5)	NC

<b>Nivel educativo:</b>						
<b>Bachiller</b>	0	NC	1 (2,8)	1,6 (0,3-8,1)	2 (1,5)	NC
<b>Técnico</b>	13 (52,0)	1,7 (0,9-3,6)	16 (44,4)	1,3 (0,7-2,4)	48 (35,8)	0,251
<b>Universitario</b>	6 (24,0)	0,7 (0,3-1,7)	8 (22,2)	0,7 (0,3-1,4)	42 (31,3)	0,481
<b>Especialista</b>	5 (20,0)	0,7 (0,3-1,7)	11 (30,6)	1,1 (0,6-1,0)	38 (28,4)	0,633
<b>Magister</b>	1 (4,0)	1,3 (0,2-7,7)	0	NC	4 (3,0)	NC
<b>Número de hijos:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,1 (0,9)	NC	0,94 (1,0)	NC	1,04 (1,1)	0,745
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (2)		1 (2)	
<b>Número con las que convive:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	2,5 (1,2)	NC	2,8 (1,5)	NC	2,4 (1,4)	0,442
<b>Mediana (RIQ)</b>	2 (1)		3 (2)		2 (2)	
<b>Número de Personas a cargo:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	1,3 (1,0)	NC	1,2 (1,0)	NC	1,1 (1,0)	0,624
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (2)		1 (2)	
<b>Territorio o Componente:</b>						
<b>Uno</b>	2 (8,0)	0,4 (0,1-1,6)	7 (19,4)	1,0 (0,5-2,1)	26 (19,4)	0,381
<b>Dos</b>	4 (16,0)	0,8 (0,3-2,2)	5 (13,9)	0,7 (0,3-1,7)	26 (19,4)	0,719
<b>Tres</b>	5 (20,0)	1,1 (0,5-2,7)	4 (11,1)	0,6 (0,2-1,7)	24 (17,9)	0,569
<b>Cuatro</b>	5 (20,0)	1,3 (0,6-3,2)	10 (27,8)	1,8 (0,9-3,3)	20 (14,9)	0,195
<b>Referente</b>	1 (4,0)	1,6 (0,3-9,1)	2 (5,6)	1,9 (0,6-5,9)	3 (2,2)	NC
<b>Gestión</b>	2 (8,0)	1,0 (0,3-3,7)	0	NC	11 (8,2)	NC
<b>Vigilancia sanitaria</b>	5 (20,0)	1,2 (0,5-3,0)	7 (19,4)	1,2 (0,6-2,4)	22 (16,4)	0,856
<b>Profesional apoyo</b>	1 (4,0)	2,2 (0,4-11,2)	1 (2,8)	1,6 (0,3-8,1)	2 (1,5)	NC
<b>Tipo de Contrato:</b>						
<b>OPS</b>	22 (88,0)	0,3 (0,1-0,9)	34 (94,4)	0,6 (0,2-2,0)	130 (97,0)	NC
<b>Planta</b>	3 (12,0)		2 (5,6)		4 (3,0)	
<b>Antigüedad:</b>						
<b>1-3 meses</b>	1 (4,0)	0,2 (0-1,7)	1 (2,8)	0,2 (0-1,2)	23 (17,2)	NC
<b>4-6 meses</b>	0	NC	1 (2,8)	1,2 (0,2-6,6)	3 (2,2)	NC
<b>7-11 meses</b>	2 (8,0)	1,1 (0,3-4,0)	2 (5,6)	0,8 (0,2-2,8)	10 (7,5)	NC
<b>1-2 años</b>	7 (28,0)	1,0 (0,5-2,3)	15 (41,7)	1,7 (0,9-3,0)	36 (26,9)	0,221
<b>3-5 años</b>	12 (48,0)	2,0 (0,9-4,0)	12 (33,3)	1,2 (0,6-2,1)	39 (29,1)	0,177
<b>6-9 años</b>	1 (4,0)	0,3 (0,1-2,4)	4 (11,1)	0,9 (0,4-2,4)	16 (11,9)	NC
<b>10 o más años</b>	2 (8,0)	1,4 (0,4-5,2)	1 (2,8)	0,6 (0,1-3,7)	7 (5,2)	NC
<b>Tiempo desplazamiento:</b>						
<b>30 minutos o menos</b>	5 (20,0)	0,8 (0,3-2,0)	8 (22,2)	0,9 (0,5-1,9)	32 (23,9)	0,541
<b>30 59 minutos</b>	4 (16,0)	0,5 (0,2-1,5)	12 (33,3)	1,2 (0,7-2,3)	37 (27,6)	
<b>1-2 horas</b>	13 (52,0)	1,6 (0,8-3,3)	10 (27,8)	0,7 (0,4-1,3)	51 (38,1)	
<b>2 o más horas</b>	3 (12,0)	1,1 (0,4-3,4)	6 (16,7)	1,5 (0,7-3,1)	14 (10,4)	

<b>Tiempo ejercicio profesional:</b>						
< 1 año	0	NC	0	NC	6 (4,5)	NC
1-5 años	12 (48,0)	1,2 (0,6-2,5)	22 (61,1)	1,9 (1,02-3,4)	56 (41,8)	0,116
6-9 años	6 (24,0)	0,8 (0,3-1,9)	5 (13,9)	0,5 (0,2-1,1)	39 (29,1)	0,175
10 o más años	7 (28,0)	1,2 (0,5-2,6)	9 (25,0)	1,0 (0,5-2,0)	33 (24,6)	0,938
<b>Relaciones Interpersonales:</b>						
Mala	1 (4,0)	6,6 (4,6-9,5)	0	NC	0	NC
Regular	1 (4,0)	2,2 (0,4-11,2)	0	NC	2 (1,5)	NC
Buena	21 (84,0)	1,9 (0,7-5,2)	23 (63,9)	0,8 (0,4-1,4)	96 (71,6)	0,229
Muy buena	2 (8,0)	0,3 (0,1-1,1)	13 (36,1)	1,4 (0,8-2,5)	36 (26,9)	0,046
<b>Remuneración:</b>						
Mala	0	NC	1 (2,8)	4,8 (3,6-6,5)	0	NC
Regular	6 (24,0)	2,0 (0,9-4,4)	5 (13,9)	1,1 (0,5-2,6)	16 (11,9)	NC
Buena	19 (76,0)	0,9 (0,4-2,1)	26 (72,2)	0,8 (0,4-1,5)	105 (78,4)	0,735
Muy buena	0	NC	4 (11,1)	1,1 (0,5-2,8)	13 (9,7)	NC
<b>Reconocimiento:</b>						
Mala	1 (4,0)	3,3 (0,8-13,7)	0	NC	1 (0,7)	NC
Regular	10 (40,0)	3,1 (1,6-6,2)	8 (22,2)	1,6 (0,8-3,1)	18 (13,4)	0,006
Buena	14 (56,0)	0,5 (0,2-0,9)	27 (75,0)	0,9 (0,5-1,9)	102 (76,1)	0,109
Muy buena	0	NC	1 (2,8)	0,3 (0-2,2)	13 (9,7)	NC
<p>* Valores presentado como frecuencias (n) y porcentajes (%) para variables categóricas            ‡ Valor calculado para la comparación entre los tres niveles de la dimensión            † Valor calculado comparando el nivel Alto Vs. Bajo            ‡Valor calculado comparando el nivel Medio Vs. Bajo            RP: razón de prevalencia            IC95%: intervalo de confianza al 95%            DE: desviación estándar            RIQ: Rango intercuartílico</p>						

### 4.2.3 Realización Personal

El 16,9% de los trabajadores presentaron niveles bajos en realización personal. Para esta dimensión se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable edad, los más jóvenes presentan mayores niveles de baja realización personal ( $p=0,005$ ), trabajadores de nivel socioeconómico dos (RP 2,2; IC 95% (1,2-4,0)), según nivel educativo: técnico (RP 2,2; IC 95% (1,2-4,1)), universitario (RP 0,1; IC 95% (0,01-0,5)), especialista (RP 1,8; IC 95% (1,1-3,0)), profesional con maestría (RP 3,7; IC 95% (1,9-7,0)), tiempo de ejercicio profesional entre uno y cinco años (RP 1,9; IC 95% (1,02-3,5)), tiempo de ejercicio profesional mayor o igual a diez años (RP 0,4; IC 95% (0,1-0,9)), mala

remuneración (RP 2,4; IC 95% (1,3-4,4)) y reconocimiento laboral malo (RP 2,5; IC 95% (1,4-4,5)).

Para esta dimensión ser psicólogo representa un factor de protección (RP 0,13; IC 95% (0,2-0,9)), es decir, los psicólogos tienen niveles más altos de realización personal en comparación con los demás perfiles. Situación contraria ocurre con los auxiliares de enfermería quienes reportaron los niveles más bajos de realización personal (RP 3,1; IC 95% (1,8-5,6)). Las personas con hijos presentan mayores niveles de realización personal ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 4-8:** Niveles de Realización personal en la población objeto de estudio

	Bajo n (%) * 33 (16,9)	RP (IC95%) †	Medio n (%) * 45 (23,1)	RP (IC95%) ‡	Alto n (%) * 117 (60)	Valor p §
<b>Sexo:</b>						
Mujer	28 (84,8)	1,4 (0,6-3,3)	34 (75,6)	0,9 (0,5-1,6)	92 (78,6)	0,603
Hombre	5 (15,2)		11 (24,4)		25 (21,4)	
<b>Edad:</b>						
Promedio (DE)	30,2 (5,4)	NC	31,2 (6,1)	NC	34,8 (8,6)	0,005
Mediana (RIQ)	29 (8)		30 (9)		33 (10)	
<b>Estrato Socioeconómico:</b>						
1	1 (3,0)	1,1 (0,2-6,4)	2 (4,4)	1,5 (0,5-4,4)	3 (2,6)	NC
2	17 (51,5)	2,2 (1,2-4,0)	10 (22,2)	0,8 (0,4-1,5)	32 (27,4)	0,012
3	13 (39,4)	0,7 (0,4-1,2)	26 (57,8)	1,2 (0,7-2,0)	61 (52,1)	0,264
4	2 (6,1)	0,5 (0,1-1,9)	6 (13,3)	1,0 (0,5-2,1)	15 (12,8)	0,532
5	0	NC	1 (2,2)	0,5 (0,1-3,1)	6 (5,1)	NC
<b>Estado Civil:</b>						
Soltero	12 (36,4)	0,9 (0,5-1,6)	22 (48,9)	1,3 (0,8-2,1)	47 (40,2)	0,483
Casado	5 (15,2)	0,5 (0,2-1,3)	10 (22,2)	0,8 (0,4-1,5)	33 (28,2)	0,280
Unión libre	12 (36,4)	1,6 (0,9-3,0)	8 (17,8)	0,8 (0,4-1,5)	27 (23,1)	0,152
Separado	4 (12,1)	1,9 (0,8-4,4)	4 (8,9)	1,5 (0,7-3,3)	6 (5,1)	NC
Viudo	0	NC	0	NC	1 (0,9)	NC
Divorciado	0	NC	1 (2,2)	0,9 (0,2-5,0)	3 (2,6)	NC
<b>Nivel educativo:</b>						
Bachiller	1 (3,0)	2,3 (0,6-9,6)	1 (2,2)	1,8 (0,4-7,4)	1 (0,9)	NC
Técnico	20 (60,6)	2,2 (1,2-4,1)	15 (33,3)	0,9 (0,5-1,6)	42 (35,9)	0,023
Universitario	1 (3,0)	0,1 (0,01-0,5)	9 (20,0)	0,5 (0,3-0,9)	46 (39,3)	0,001
Especialista	8 (24,2)	1,1 (0,5-2,1)	19 (42,2)	1,8 (1,1-3,0)	27 (23,1)	0,045
Magister	3 (9,1)	3,7 (1,9-7,0)	1 (2,2)	1,8 (0,5-7,4)	1 (0,9)	NC

<b>Número de hijos:</b>						
<b>Promedio (DE)</b>	0,8 (0,9)	NC	0,7 (0,8)	NC	1,2 (1,1)	0,022
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (1)		1 (2)	
<b>Número con las que convive:</b>						0,364
<b>Promedio (DE)</b>	2,4 (1,3)	NC	2,8 (1,5)	NC	2,4 (1,4)	
<b>Mediana (RIQ)</b>	2 (2)		2 (2)		2 (2)	
<b>Número de Personas a cargo:</b>						0,24
<b>Promedio (DE)</b>	1,0 (0,9)	NC	1,04 (1,04)	NC	1,3 (1,0)	
<b>Mediana (RIQ)</b>	1 (2)		1 (2)		1 (2)	
<b>Territorio o Componente:</b>						
<b>Uno</b>	3 (9,1)	0,4 (0,1-1,2)	5 (11,1)	0,5 (0,2-1,2)	27 (23,1)	0,072
<b>Dos</b>	9 (27,3)	1,5 (0,8-2,9)	5 (11,1)	0,6 (0,3-1,5)	21 (17,9)	0,185
<b>Tres</b>	6 (18,2)	1,1 (0,5-2,3)	7 (15,6)	0,9 (0,5-1,8)	20 (17,1)	0,951
<b>Cuatro</b>	7 (21,2)	1,3 (0,6-2,6)	9 (20,0)	1,2 (0,7-2,2)	19 (16,2)	0,741
<b>Referente</b>	1 (3,0)	1,1 (0,2-6,4)	2 (4,4)	1,5 (0,5-4,4)	3 (2,6)	NC
<b>Gestión</b>	2 (6,1)	1,0 (0,3-3,6)	4 (8,9)	1,3 (0,6-3,1)	7 (6,0)	NC
<b>Vigilancia sanitaria</b>	4 (12,1)	0,8 (0,3-2,0)	11 (24,4)	1,4 (0,8-2,5)	19 (16,2)	0,317
<b>Profesional apoyo</b>	1 (3,0)	2,3 (0,6-9,6)	2 (4,4)	2,5 (1,1-5,7)	1 (0,9)	NC
<b>Tipo de Contrato:</b>						
<b>OPS</b>	33 (100)	NC	42 (93,3)	0,8 (0,3-2,1)	111 (94,9)	NC
<b>Planta</b>	0		3 (6,7)		6 (5,1)	
<b>Antigüedad:</b>						
<b>1-3 meses</b>	1 (3,0)	0,2 (0-1,3)	4 (8,9)	0,6 (0,2-1,4)	20 (17,1)	0,068
<b>4-6 meses</b>	0	NC	1 (2,2)	0,9 (0,2-5,0)	3 (2,6)	NC
<b>7-11 meses</b>	4 (12,1)	1,4 (0,6-3,5)	1 (2,2)	0,3 (0,1-2,2)	9 (7,7)	NC
<b>1-2 años</b>	18 (54,5)	3,1 (1,7-5,5)	16 (35,6)	1,7 (1,02-2,8)	24 (20,5)	0,001
<b>3-5 años</b>	8 (24,2)	0,7 (0,4-1,5)	18 (40,0)	1,3 (0,8-2,1)	37 (31,6)	0,329
<b>6-9 años</b>	2 (6,1)	0,5 (0,1-2,0)	5 (11,1)	0,9 (0,4-2,1)	14 (12,0)	NC
<b>10 o más años</b>	0	NC	0	NC	10 (8,5)	NC
<b>Tiempo desplazamiento:</b>						
<b>30 minutos o menos</b>	3 (9,1)	0,3 (0,1-0,9)	8 (17,8)	0,6 (0,3-1,2)	34 (29,1)	0,035
<b>30 59 minutos</b>	13 (39,4)	1,6 (0,9-2,9)	9 (20,0)	0,8 (0,4-1,4)	31 (26,5)	0,158
<b>1-2 horas</b>	14 (42,4)	1,4 (0,8-2,5)	22 (48,9)	1,6 (1,0-2,6)	38 (32,5)	0,132
<b>2 o más horas</b>	3 (9,1)	0,8 (0,3-2,3)	6 (13,3)	1,1 (0,5-2,2)	14 (12,0)	0,845
<b>Tiempo ejercicio profesional:</b>						
<b>&lt; 1 año</b>	0	NC	2 (4,4)	1,2 (0,4-3,9)	4 (3,4)	NC
<b>1-5 años</b>	20 (60,6)	1,9 (1,02-3,5)	23 (51,1)	1,4 (0,8-2,3)	47 (40,2)	0,086
<b>6-9 años</b>	9 (27,3)	1,1 (0,6-2,2)	12 (26,7)	1,1 (0,6-1,9)	29 (24,8)	0,944
<b>10 o más años</b>	4 (12,1)	0,4 (0,1-0,9)	8 (17,8)	0,6 (0,3-1,1)	37 (31,6)	0,032

<b>Relaciones Interpersonales:</b>						
<b>Mala</b>	0	NC	1 (2,2)	NC	0	NC
<b>Regular</b>	0	NC	1 (2,2)	1,2 (0,2-6,1)	2 (1,7)	NC
<b>Buena</b>	26 (78,8)	1,8 (0,8-3,8)	39 (86,7)	2,7 (1,2-6,0)	75 (64,1)	0,010
<b>Muy buena</b>	7 (21,2)	0,6 (0,3-1,3)	4 (8,9)	0,3 (0,1-0,7)	40 (34,2)	0,004
<b>Remuneración:</b>						
<b>Mala</b>	0	NC	0	NC	1 (0,9)	NC
<b>Regular</b>	10 (30,3)	2,4 (1,3-4,4)	4 (8,9)	0,8 (0,3-2,0)	13 (11,1)	0,010
<b>Buena</b>	22 (66,7)	0,7 (0,4-1,3)	38 (84,4)	1,4 (0,7-2,9)	90 (76,9)	0,184
<b>Muy buena</b>	1 (3,0)	0,3 (0-2,1)	3 (6,7)	0,7 (0,2-1,9)	13 (11,1)	NC
<b>Reconocimiento:</b>						
<b>Mala</b>	0	NC	0	NC	2 (1,7)	NC
<b>Regular</b>	11 (33,3)	2,5 (1,4-4,5)	11 (24,4)	1,8 (1,04-3,0)	14 (12,0)	0,010
<b>Buena</b>	21 (63,6)	0,6 (0,3-1,2)	33 (73,3)	0,9 (0,5-1,6)	89 (76,1)	0,362
<b>Muy buena</b>	1 (3,0)	0,3 (0-2,2)	1 (2,2)	0,3 (0-1,7)	12 (10,3)	NC

#### 4.2.4 Con las tres dimensiones alteradas

La prevalencia para tres dimensiones alteradas es de 2,56% (n=5), de los cuales el 60% (n=3) son profesionales universitarios, 80% (n=4) hace parte de los equipos territoriales, el 60% (n=3) corresponde a mujeres, todos refieren tener personas a cargo. No se encontraron factores asociados para tres dimensiones alteradas.

**Tabla 4-9:** Prevalencia de Burnout con tres dimensiones alteradas en la población objeto.

	Tres dimensiones alteradas n (%) *	Sin dimensiones alteradas n (%) *	valor p	RP (IC 95%)
	5 (2,6)	111 (56,9)		
<b>Sexo:</b>				
<b>Mujer</b>	3 (60,0)	92 (82,9)	0,222	0,3 (0,1-1,9)
<b>Hombre</b>	2 (40,0)	19 (17,1)		
<b>Edad:</b>				
<b>Promedio (DE)</b>	29,6 (2,1)	34,2 (7,8)	0,194	NC
<b>Mediana (RIQ)</b>	30 (4)	32 (10)		

<b>Estrato Socioeconómico:</b>				
<b>1</b>	0	4 (3,6)	1,000	NC
<b>2</b>	2 (40,0)	33 (29,7)	0,637	1,5 (0,3-8,8)
<b>3</b>	1 (20,0)	59 (53,2)	0,195	0,2 (0-2,0)
<b>4</b>	2 (40,0)	10 (9,0)	0,083	5,8 (1,1-31,2)
<b>5</b>	0	5 (4,5)	1,000	NC
<b>Estado Civil:</b>				
<b>Soltero</b>	2 (40,0)	44 (39,6)	1,000	1,0 (0,2-5,8)
<b>Casado</b>	1 (20,0)	30 (27,0)	1,000	0,7 (0,1-5,9)
<b>Unión libre</b>	2 (40,0)	24 (21,6)	0,312	2,3 (0,4-13,1)
<b>Separado</b>	0	8 (7,2)	1,000	NC
<b>Viudo</b>	0	1 (0,9)	1,000	NC
<b>Divorciado</b>	0	4 (3,6)	1,000	NC
<b>Nivel educativo:</b>				
<b>Bachiller</b>	0	2 (1,8)	1,000	NC
<b>Técnico</b>	2 (40,0)	44 (39,6)	1,000	1,0 (0,2-5,8)
<b>Universitario</b>	3 (60,0)	29 (26,1)	0,128	3,9 (0,7-22,5)
<b>Especialista</b>	0	33 (29,7)	0,319	NC
<b>Magister</b>	0	3 (2,7)	1,000	NC
<b>Número de hijos:</b>				
<b>Promedio (DE)</b>	0,6 (0,9)	1,1 (1,0)	0,239	NC
<b>Mediana (RIQ)</b>	0 (2)	1 (2)		
<b>Número con las que convive:</b>				
<b>Promedio (DE)</b>	2 (0,7)	2,6 (1,3)	0,34	NC
<b>Mediana (RIQ)</b>	2 (1)	2 (1)		
<b>Número de Personas a cargo:</b>				NC
<b>Promedio (DE)</b>	0,6 (0,9)	1,2 (1,0)	0,165	
<b>Mediana (RIQ)</b>	0 (2)	1 (2)		
<b>Territorio o Componente:</b>				
<b>Uno</b>	0	21 (18,9)	0,583	NC
<b>Dos</b>	1 (20,0)	22 (19,8)	1,000	1,0 (0,1-8,4)
<b>Tres</b>	1 (20,0)	18 (16,2)	1,000	0,8 (0,1-6,6)
<b>Cuatro</b>	2 (40,0)	20 (18,0)	0,239	0,3 (0,1-2,0)
<b>Referente</b>	0	4 (3,6)	1,000	NC
<b>Gestión</b>	0	7 (6,3)	1,000	NC
<b>Vigilancia sanitaria</b>	1 (20,0)	17 (15,3)	0,577	0,7 (0,1-6,2)
<b>Profesional apoyo</b>	0	2 (1,8)	1,000	NC
<b>Tipo de Contrato:</b>				
<b>OPS</b>	5 (100,0)	107 (96,4)	1,000	NC
<b>Planta</b>	0	4 (3,6)		

<b>Antigüedad:</b>				
1-3 meses	1 (20,0)	14 (12,6)	0,506	1,7 (0,2-14,1)
4-6 meses	0	3 (2,7)	1,000	NC
7-11 meses	0	8 (7,2)	1,000	NC
1-2 años	4 (80,0)	35 (31,5)	0,043	7,9 (0,9-68,3)
3-5 años	0	33 (29,7)	0,319	NC
6-9 años	0	11 (9,9)	1,000	NC
10 o más años	0	7 (6,3)	1,000	NC
<b>Tiempo desplazamiento:</b>				
30 minutos o menos	1 (20,0)	24 (21,6)	1,000	0,9 (0,1-7,8)
30 59 minutos	0	27 (24,3)	0,589	NC
1-2 horas	3 (60,0)	46 (41,4)	0,649	2,1 (0,4-11,8)
2 o más horas	1 (20,0)	14 (12,6)	0,506	1,7 (0,2-14,1)
<b>Tiempo ejercicio profesional:</b>				
< 1 año	0	3 (2,7)	1,000	NC
1-5 años	3 (60,0)	50 (45,0)	0,659	1,8 (0,3-10,3)
6-9 años	2 (40,0)	28 (25,2)	0,603	1,9 (0,3-10,9)
10 o más años	0	30 (27,0)	0,325	NC
<b>Relaciones Interpersonales:</b>				
Mala	0	1 (0,9)	1,000	NC
Regular	0	2 (1,8)	NC	NC
Buena	3 (60,0)	78 (70,3)	0,637	0,6 (0,1-3,7)
Muy buena	2 (40,0)	30 (27,0)	0,615	1,8 (0,3-10,0)
<b>Remuneración:</b>				
Mala	0	1 (0,9)	1,000	NC
Regular	1 (20,0)	19 (17,1)	1,000	1,2 (0,1-10,2)
Buena	4 (80,0)	85 (76,6)	1,000	1,2 (0,1-10,4)
Muy buena	0	6 (5,4)	1,000	NC
<b>Reconocimiento:</b>				
Mala	0	1 (0,9)	1,000	NC
Regular	1 (20,0)	22 (19,8)	1,000	1,0 (0,1-8,6)
Buena	4 (80,0)	82 (73,9)	1,000	1,4 (0,2-12,0)
Muy buena	0	6 (5,4)	1,000	NC
* valores presentados como frecuencias (n) y porcentajes (%) en variables categóricas				
IC95% Intervalo de confianza del 95%				
DE: desviación estándar				
RIQ: Rango intercuartílico				
NC: No calculado				
OPS: orden de prestación de servicios				

## 5. Discusión

La multicausalidad del Síndrome de burnout reflejada en las diferentes variables con las cuales se le ha asociado en los últimos años, lo cual se ha dado a la par con el aumento en el interés y en el número de investigaciones realizadas desde diferentes enfoques, pretendiendo siempre una mayor comprensión de la ocurrencia del síndrome. Por tanto, conocer la magnitud del problema y los factores asociados debe ser uno de los principales intereses. Sin embargo, dadas las diferentes metodologías y criterios para definir la presencia del Burnout, existe en la actualidad una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio, menos aún en contextos o ámbitos como el de Atención Primaria en Salud, en el cual se ha encontrado mayor variabilidad en los resultados.

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar o a la secuencia completa del proceso. Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano (1998), GilMonte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros. (Martínez Pérez, 2010).

Al comparar los resultados obtenidos con la literatura existente se encontraron diferentes criterios en la definición del concepto de burnout: mientras para unos autores es necesario que las tres subescalas estén alteradas, para otros es suficiente que lo esté una o dos de ella (Redondo Granado, 2005), el presente estudio asumió la recomendación de la autora

del MBI en considerar el síndrome de Burnout con tres dimensiones alteradas, es decir, alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

En este estudio presentaron altos niveles en Burnout un 22,6% (n=44) de los encuestados en Agotamiento emocional, un 12,8% (n=25) en Despersonalización y un 16,9% (n=33) presenta baja realización personal y 2,56% (n=5) presentó las tres dimensiones alteradas. Estos resultados coinciden con los encontrados en la revisión sistemática realizada en el presente año por Gómez Urquiza con enfermeras de Atención Primaria, en el que encontraron prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente.

Vilà Falgueras, en un estudio realizado en profesionales de Atención Primaria en Salud en España, encontró niveles altos en la subescala AE en el 38,2%, en la DP en un 23,8% y en la RP en un 7,7%. Un 3,4% presentó afectadas las 3 subescalas, ligeramente mayor al encontrado en este estudio. Por su parte en la investigación realizada por Navarro-González se determinaron prevalencias por cada dimensión, presentando altos niveles de Burnout un 15,7% en Agotamiento Emocional, la cual es menor a la encontrada en el presente estudio; un 18,5% en Despersonalización, siendo mayor al 12,8% observado y para Realización personal es mayor la encontrada por Navarro-González que fue de 25,6%.

Mediante el análisis bivariado se asoció con un alto nivel de Agotamiento Emocional el pertenecer a los equipos territoriales (equipos de respuesta inmediata y complementaria) incluyendo a los referentes, el calificar como mala o regular la remuneración, las relaciones interpersonales y el reconocimiento laboral, en cuanto a perfil se encontró un exceso de riesgo en los psicólogos. El estrato socioeconómico bajo, el reconocimiento laboral percibido como regular, la mala remuneración, el tiempo de ejercicio profesional entre uno y cinco años y los auxiliares de Enfermería se asociaron con niveles altos de despersonalización. La baja Realización personal se asoció con nivel educativo, estrato socioeconómico bajo, ejercicio profesional entre 1 y 5 años y con el perfil de auxiliares de enfermería, mientras el perfil de psicología se asoció como factor de protección para esta dimensión.

El Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. El tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto (Edelwich & Brodsky, 1981). Esto se observó en el presente estudio para el caso de las auxiliares de enfermería que presentaron mayores niveles de baja realización personal, también se afirmó que los trabajadores más jóvenes presentan niveles más bajos de realización personal, por su parte las variables de remuneración y reconocimiento también presentaron asociación para esta dimensión.

Los anteriores resultados coinciden con lo encontrado por Armand, quien por medio de una regresión logística múltiple, asoció el percibir que se es valorado en lo laboral con altos niveles de realización personal y bajos niveles de despersonalización, también asoció los años de profesión en esta última dimensión. Investigaciones como la de Gómez-Urquiza refiere que a mayor antigüedad laboral mayor presencia de Burnout, lo que no coincide con lo encontrado en este estudio, en el cual se afirma que los trabajadores con tiempos de ejercicio profesional entre uno y cinco años están asociados a una mayor probabilidad de agotamiento emocional, despersonalización y de baja realización personal, para esta última dimensión se evidencia que los profesionales con tiempos de ejercicio profesional mayor o igual a diez presentan menor riesgo.

Diferentes estudios han coincidido en variables diferenciales que propician o no la ocurrencia del síndrome en mayor intensidad, lo cual concuerda con lo encontrado en la presente investigación, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la variable perfil, dado que los auxiliares de enfermería presentaron mayores niveles del Síndrome, en comparación con el perfil de Psicología, en los que se evidenciaron menores niveles de Burnout para la dimensión de realización personal. Esto podría indicar que los psicólogos cuentan con mayores recursos para afrontar situaciones de estrés, los cuales

pueden estar dados desde su formación profesional. A diferencia de otros estudios, no se evidenció diferencia en Médicos y Enfermeras.

Cañadas-de la Fuente menciona diferencias en los niveles de Burnout según variables como categoría profesional, el tipo de servicio, el tipo de dedicación, así como otros aspectos relacionados con el trabajo que se realiza, sin desconocer que los resultados encontrados son contradictorios según diferentes estudios. En general concluye que el desarrollo de una labor profesional en situaciones en las que existe una gran implicación emocional hace más probable que se desarrolle el síndrome, como en el caso de las Auxiliares de Enfermería en la presente investigación.

Existe un acuerdo en cuanto a la importancia que tienen las variables laborales como factores asociados a la presencia del Burnout. El meta-análisis realizado por Vargas estudió la influencia de variables como antigüedad en el puesto, antigüedad en la profesión y satisfacción laboral, indicando que la satisfacción laboral influye en el Burnout. En este estudio se encontró relación entre una buena remuneración salarial y un buen reconocimiento por el trabajo y bajos niveles de Burnout, lo cual está documentado en la literatura por diferentes estudios. Armand encontró a partir de un estudio realizado en diferentes países, que la valoración económica y la percepción de sentirse valorado son variables protectoras de Burnout.

Lo anterior también se reafirma con lo encontrado por Gómez-Urquiza quien refiere que un mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen autoconcepto están asociados de manera protectora con el síndrome. Navarro-González también demostró una relación estrecha entre el nivel de satisfacción en el trabajo y la presencia del Síndrome, sin embargo no encontró diferencias en cuanto a la variable salario. Los anteriores resultados y lo encontrado en el estudio sugieren la necesidad de evaluar de manera periódica la presencia del síndrome en relación a variables de bienestar laboral incluyendo las relaciones interpersonales entre compañeros. La presente investigación demostró un exceso de riesgo para presentar agotamiento emocional en los trabajadores que consideran las relaciones interpersonales como malas. Por otra parte se ha descrito que el hecho de trabajar en equipo es un factor protector frente al estrés (Gómez Esteban, 2004).

---

Con relación a la edad se han publicado resultados diversos y contradictorios, autores como Armand y Gómez-Urquiza concluyen que a mayor edad se presentan menores niveles de Burnout. Otros autores como Cañadas-de la Fuente consideran que no existe un acuerdo generalizado acerca de la influencia de esta variable en el desarrollo del trastorno, concluye que la edad no parece tener ninguna influencia existiendo, además, bastantes divergencias en cuanto a las edades en las que el trastorno presenta una mayor gravedad. En el presente estudio, la población participante es relativamente joven con una media de edad de 33,17 años cumplidos con una desviación estándar de 7,7 años, encontrando que los más jóvenes presentan mayores niveles de baja realización personal.

Existe aún controversia en la variable sexo. Algunos autores como Maslach concuerdan en que el cansancio emocional es mayor en las mujeres y la despersonalización en los hombres, Armand coincide en esta apreciación demostrando en su estudio un mayor porcentaje global de Burnout en las mujeres en comparación con los hombres y lo asocia con mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento laboral y social. Navarro-González de manera contraria demostró mayores niveles de Burnout en Hombres en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización. Cañadas-de la Fuente por su parte considera el sexo como una variable moderadora más que como una variable con efecto directo. En este estudio, al igual que el estudio realizado por Vilà Falgueras no se encontraron diferencias por sexo en cuanto a las dimensiones del síndrome, pero si en las variables de realización de doble papel (laboral-doméstico) y número de hijos, las mujeres del estudio tienen en promedio más hijos que los hombres y a su vez refieren en mayor frecuencia realización de doble papel.

Con relación a estado civil no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. En un estudio realizado por Cañadas-de la Fuente se menciona que no existen resultados claros y unánimes respecto a la variable estado civil; aunque existen resultados contradictorios, se han hallado más trabajos en los que se informe de una mayor propensión de los casados a padecer el Síndrome, en el estudio esta condición no se cumple.

Las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los

---

problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Los hijos aumentan el grado de realización personal, dado que se fortalecen los mecanismos de afrontamiento ante situaciones adversas; esto está soportado por autores como Armand, quienes manifiestan que el tener hijos constituye una variable protectora, lo cual se evidenció en el presente estudio para la dimensión de realización personal.

Los resultados identifican importantes diferencias en la prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI. La ausencia de un criterio consensuado de caso de burnout y las numerosas variaciones metodológicas hacen imposible comparar correctamente prevalencias de burnout. Así, condiciones laborales, sociales y personales que podrían considerarse asociadas a la ocurrencia del síndrome, podrían tener un mayor peso de un contexto a otro, como el caso de la Atención Primaria en Salud en Colombia. Sin embargo, el diseño del presente estudio no permite profundizar en las características de estas diferencias y su influencia sobre el burnout, siendo necesarias futuras investigaciones.



## **6. Conclusiones y recomendaciones**

### **6.1 Conclusiones**

Se determinó la Magnitud del Síndrome de Burnout, reafirmando la Atención Primaria en Salud, como un ámbito de ejercicio profesional en el cual se presentan mayores niveles del síndrome en comparación con el ámbito clínico, lo anterior teniendo en cuenta el análisis por dimensiones, a la vez que se postularon asociaciones con variables de tipo personal, laboral y social, contribuyendo a un mayor entendimiento del síndrome y permitiendo mejores orientaciones al momento de tomar acciones de mejora en lo individual y en lo colectivo.

EL 43% de los trabajadores de Atención Primaria en Salud presenta por lo menos una dimensión del Síndrome de Burnout alterada, con importantes diferencias al analizar según perfiles, evidenciando que el 68% de las auxiliares de enfermería presenta alteración en por lo menos una y el 23,5% en por lo menos dos dimensiones. Este perfil es el de mayor representatividad en los equipos contemplados por el modelo de atención, además de constituir la puerta de entrada, dado que son el primer contacto que tienen los individuos, familias y comunidad en general con la estrategia.

La Mayor prevalencia de Burnout se observó en auxiliares de enfermería, trabajadores que perciben como malo o regular la remuneración salarial y el reconocimiento laboral. Otras variables asociadas como factores de riesgo fueron el bajo nivel educativo, hacer parte de los equipos territoriales, bajo nivel socioeconómico y la antigüedad en la institución, por el contrario los Psicólogos constituyeron un factor protector para la presencia del Síndrome.

La diversidad de los hallazgos publicados en diferentes investigaciones, en cuanto a causas, sintomatología, perfiles de riesgo, etapas o dimensiones contempladas, ha

profundizado las discrepancias entre los diferentes autores y modelos explicativos al momento de conceptualizar el síndrome, principalmente por su desarrollo secuencial, encontrando diferentes modelos procesuales para su desarrollo, aun así existe un consenso general de la importancia de visibilizar y abordar esta problemática en Salud Pública. Sumado a la importancia de crear modelos conceptuales propios del contexto Latinoamericano dadas las particularidades de los procesos de trabajo-salud dentro de este contexto, permitiendo un mayor entendimiento de la salud laboral en Colombia y América Latina.

### **6.1.1 Limitaciones**

Las limitaciones del estudio se contemplaron en un posible sesgo de selección, ya que la incorporación al mismo depende del interés que el síndrome de burnout le haya generado al participante. Sin embargo la tasa de respuesta fue mayor al 90%. Otra posible limitación fue el predominio de ciertos perfiles que pudo haber influido en los resultados, este efecto se minimizó al tener en cuenta los perfiles de mayor representatividad para el análisis bivariado.

Por supuesto, hay una limitación propia de la naturaleza transversal del estudio, que no permite la evaluación de temporalidad en las relaciones observadas, que sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Además, las respuestas anónimas no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores.

### **6.1.2 Aportes**

La heterogeneidad de la población participante en la investigación, hace que este estudio sea uno de los pocos estudios de Burnout que abarca diferentes trabajadores de salud en Atención Primaria, permitiendo establecer los resultados encontrados en el presente estudio como puntos de referencia o comparación para próximas investigaciones en el contexto de la Atención Primaria en Salud.

En cuanto a lo metodológico, se utilizó los puntos de corte y el criterio de burnout establecido por las autoras del MBI. Sin embargo, dadas las diversas metodologías o criterios para definir el síndrome en los estudios consultados, la presente investigación realizó análisis según niveles y número de dimensiones alteradas, permitiendo un mayor campo de comparabilidad con la literatura internacional.

Existe acuerdo en que el Síndrome de Burnout es un proceso dinámico, y para la mayoría de autores la secuencia sería una situación de estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a una fase de despersonalización y baja realización personal. Relacionándolo con los resultados encontrados, hay un porcentaje considerable de profesionales que se hallarían en una primera fase del síndrome, particularmente en la dimensión de agotamiento emocional. Siendo imprescindible emprender acciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento, pues es una de las dimensiones precursoras del síndrome.

## **6.2 Recomendaciones**

El síndrome de Burnout constituye un problema para la salud pública que va aumentando con un alto costo social y económico; por tanto debe ser un tema de preocupación y de interés para los tomadores de decisiones, la presente investigación es una aproximación a esta problemática. Por ello se hace necesario continuar con investigaciones a una mayor escala y en el contexto colombiano, teniendo en cuenta las particularidades del contexto laboral en el país, en el cual no ha prevalecido el empleo digno o de buena calidad.

Según lo encontrado en la literatura y en el presente estudio, variables como remuneración salarial, reconocimiento laboral, perfil, nivel educativo, antigüedad en la institución, componente o territorio pueden ser factores relacionados potencialmente con la ocurrencia de Burnout, por tanto deberían ser considerados en la prevención del síndrome en los trabajadores de atención primaria en Salud, orientando reflexiones y acciones encaminadas a mejorar la salud en los trabajadores y calidad en la prestación de los servicios.

Existen gran variabilidad en las metodologías y formas de definir el síndrome. Algunos autores tienen en cuenta tan solo la alteración de una dimensión para definir el Burnout, otros lo hacen a partir de dos o de las tres dimensiones como lo sugieren las autoras del MBI. El análisis realizado en la presente investigación permitió un mayor uso de la información generada al contemplar el análisis por dimensión y por el número de dimensiones alteradas, se sugiere realizar este tipo de análisis permitiendo ampliar el campo de comparación.

Establecer un perfil de riesgo del síndrome de burnout es una tarea necesaria para encaminar acciones efectivas dirigidas a prevenir y mitigar esta problemática en este ámbito de ejercicio profesional y en una estrategia fundamental para la Salud Pública.

Los esfuerzos para posicionar la estrategia de Atención Primaria en Salud como herramienta clave para mejorar las condiciones de calidad de Vida y Salud en las poblaciones, a partir del despliegue de equipos interdisciplinarios en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, principalmente el ámbito comunitario, familiar, laboral, escolar, entre otros, han configurado un cambio en el ejercicio profesional y en el accionar de los equipos de salud, dinámicas por las cuales se debe continuar con estas líneas de investigación con abordajes cualitativos o mixtos, contribuyendo a mejorar las condiciones en salud de los trabajadores y así la calidad en la prestación de los servicios.

# A. Anexo: Consentimiento informado

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN NIVEL DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA LOCALIDAD DE BOGOTÁ DC

El presente proyecto de investigación al cual lo estamos invitando a participar pretende determinar el nivel de Burnout en trabajadores vinculados a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Antes de que usted decida participar en el estudio lea el presente consentimiento cuidadosamente, usted tiene derecho a tomarse el tiempo que necesite para decidir si desea o no participar en esta investigación.

Su participación es voluntaria y puede realizar todas las preguntas que usted tenga para asegurarse de los procedimientos de la investigación o que usted estime conveniente con el fin de conocer el estudio. Así mismo se le entregará una copia de este formato firmado.

### **Justificación**

El síndrome de Burnout (SB) o de quemarse por el trabajo (SQT) ha tomado relevancia clínica, laboral y social a nivel mundial, caracterizado por un deterioro de las cogniciones, de los afectos, de las actitudes y de las conductas con consecuencias negativas para la salud del trabajador y en la calidad de la prestación de servicios, que justifican profundizar su conocimiento en el contexto de la estrategia de Atención Primaria en Salud de Bogotá, escenarios en los cuales se han encontrado mayores niveles de prevalencia.

### **Procedimiento**

En el caso que desee participar en este estudio deberá firmar el actual consentimiento informado, posteriormente se le pedirá diligenciar dos cuestionarios: uno de ellos de aspectos sociodemográficos y el otro, un cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Esto tomará aproximadamente 20 minutos.

### **Riesgos**

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, se considera el estudio a realizar de riesgo mínimo.

### **Beneficios**

Este estudio pretende determinar la magnitud del problema y la identificación de factores que propician la ocurrencia del síndrome, facilitando la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de trabajo y así mejorar la calidad en la prestación de los servicios, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

**Privacidad y Confidencialidad**

En los cuestionarios no se diligenciarán datos de identificación por lo tanto se garantiza la confidencialidad de la participación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

**Información adicional**

Si en algún momento usted desea conocer más sobre los resultados de la investigación, podrá informarlo y estos se le darán a conocer de forma personal. Desde ya le agradecemos su participación.

**Datos de contacto**

El proyecto de investigación se encuentra a cargo del profesional Jimmy Leonardo Mendieta Montealegre, estudiante de Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. En caso de presentarse algún problema asociado a la investigación, usted también puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia. Teléfono: 3165251 Conmutador 3185000 Ext. 15167 o al correo electrónico: [eticasalud\\_fmboq@unal.edu.co](mailto:eticasalud_fmboq@unal.edu.co).

**Declaración de Consentimiento:**

**He leído toda la información en este consentimiento informado incluyendo los riesgos y posibles beneficios. Todas mis preguntas sobre la investigación han sido aclaradas satisfactoriamente.**

La firma debajo indica su permiso para hacer parte del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha:

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y cédula  
Teléfono

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre y cédula  
Teléfono

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

## B. Anexo: Cuestionario sociodemográfico

FECHA: DIA\_\_ MES\_\_ AÑO\_\_\_\_\_

Por favor marque con una X sobre la línea continua a la respuesta que corresponda.

1. **Edad:** \_\_\_\_\_ años      2. **Sexo:** F\_\_ M\_\_      3. **Estrato socioeconómico** \_\_\_\_\_
4. **Nivel Educativo:** Bachiller\_\_ Técnico\_\_ Universitario\_\_ Especialista\_\_ Magister\_\_
5. **Estado Civil:** Soltero\_\_ Unión libre\_\_ Casado\_\_ Separado\_\_ Divorciado\_\_  
Viudo\_\_
6. **Número de personas a cargo** \_\_\_\_\_      7. **Personas con las que convive** \_\_\_\_\_
8. **Número de hijos** \_\_\_\_\_      9. **Número de empleos** \_\_\_\_\_
10. **Perfil:** \_\_\_\_\_      11. **Horas de ocio en la semana** \_\_\_\_\_
12. **Tipo de Contrato:** Planta\_\_ OPS\_\_
13. **Antigüedad en la Institución:** 1-3 meses\_\_ 4-6 meses\_\_ 7-11 meses\_\_ 1-2 años\_\_  
3-5 años\_\_ 6-10 años\_\_ más de 10 años\_\_
14. **Tiempo de desplazamiento al sitio de trabajo:** menos de 30 min\_\_ 30-59 min\_\_  
1-2 horas\_\_ más de 2 horas\_\_
15. **Tiempo de ejercicio profesional:** menos de 1 año\_\_ 1-5 años\_\_ 6-10 años\_\_  
más de 10 años\_\_

16. **Siente que sus relaciones interpersonales en el trabajo son:** Mala\_\_ Regular\_\_ Buena\_\_ Muy Buena\_\_
17. **Satisfacción según remuneración salarial:** Mala\_\_ Regular\_\_ Buena\_\_ Muy Buena\_\_
18. **Siente que el reconocimiento por su trabajo es:** Mala\_\_ Regular\_\_ Buena\_\_ Muy Buena\_\_
19. **Realiza doble papel (laboral y domestico):** Si\_\_ No\_\_

## Bibliografía

Armand, G., Daniel, F., Rosa, S., María, P., & Florencia, B. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007) / Influence of personal, professional and cross-national factors in Burnout Syndrome in Hispanic Americans and Spanish Health Workers (2007). *Revista Española de Salud Pública*, (2), 215.

<https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000200006>

Armand, G., Rosa, S., & María M., G. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales / Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gaceta Sanitaria*, (6), 463.

Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario / Epidemiological aspects of the Burnout syndrome in health workers. *Revista Española de Salud Pública*, (3), 293. <https://doi.org/10.1590/s1135-57271997000300008>

Betancur, A., Carolina, G. A., Camila, L. C., Clemencia, P. B., María Camila, P. G., Susana, S. I., ... Elsa María, V. T. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Burnout Syndrome in Health Workers.*, 3(2), 184–192.

Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Manuel Lozano, L., Vargas, C., García, I., & de la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 240–249.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>

Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Adaptación y Validación Del Inventario Maslach Para El Desgaste Profesional-Encuesta Para Los Servicios de Salud En Cali, Colombia.*, *42*(3), 286–293.

Edelwich, & Brodsky. (1981). Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. By Jerry Edelwich and Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. *NASSP Bulletin*, *65*(445), 106–106. <https://doi.org/10.1177/019263658106544520>

Firth, H., McIntee, J., McKeown, P., & Britton, P. (1986). Burnout and professional depression: related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, *11*(6), 633–641.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, *83*(2), 169–173.

Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 41–56.

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, *49*(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, *42*, 447–455. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000500011>

Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, *42*, 144–154. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000200010>

Jorge Román, H. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, (2), 103.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, *9*(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, & Coping*, 9(3), 229–243.  
<https://doi.org/10.1080/10615809608249404>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 0(112), 42. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C, Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY*, 52, 397–422.
- Maslach, Christina. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Maslach, Christina, & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, Christina, Jackson, S., & Leiter, M. (1997). *The Maslach Burnout Inventory Manual* (Vol. 3).
- Melamed, S. ( 1, 3 ), Shirom, A. ( 1, 4 ), Toker, S. ( 1, 4 ), Berliner, S. ( 2, 5 ), & Shapira, I. ( 2, 5 ). (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327–353.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Mingote Adán, J. C., Moreno Jiménez, B., & Gálvez Herrer, M. (2004). [Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options]. *Medicina Clínica*, 123(7), 265–270.
- Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., & Huarte-Labiano, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(4), 191–198.  
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.008>
- Olivares-Faúndez, V. e. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 59–63. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Olivares-Faúndez, V. e, Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilker, C., & Macía-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145–159.

- Ortega Loubon, C., Salas, R., & Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital aquilino tejeira. Febrero-marzo 2011. (Spanish). *Pidemiological Aspects of the Burnout Syndrome in the Healthcare Staff. Aquilino Tejeira Hospital. February-March 2011. (English)*, 7(2), 1–7. <https://doi.org/10:3823/072>
- Pedraza, I. M. C., Torres, F. C., Chávez, E. P. V., & Shaikh, J. J. G. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), 87–105. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: causes and cures. *New York: The Free Press*, 06(16), 2081–2090. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.616203>
- Pines, A., & Guendelman, S. (1995). Exploring the Relevance of Burnout to Mexican Blue Collar Women. *Journal of Vocational Behavior*, 47(1), 1–20. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1995.1026>
- Pines, A., & Kafry, D. (1978). Coping with burnout. *Paper Presented at the Annual. Toronto: Convention of the American Psychology Association.*
- Redondo Granado, M. (2005). Errores frecuentes en la comparación de resultados de estudios sobre burn-out o desgaste profesional. *Anales de Pediatría*, 63(4), 380–381. <https://doi.org/10.1157/13079828>
- Restrepo-Ayala, N. C., Colorado-Vargas, G. O., & Cabrera-Arana, G. A. (2006). Emotional burn-out in official teachers, Medellín, Colombia, 2005. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 63–73.
- Schmidt, D. R. C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. D., & Oliveira, A. R. (2013). Quality of working life and burnout among nursing staff in Intensive Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 13–17. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100002>
- Secretaria Distrital de Salud. Bogotá Humana. Modelo Humano de Atención en Salud en Bogotá. Documento Marco Territorios Saludables 2012-2016. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Formatos%20Captura%20Territorios%20Saludables/LINEAMIENTOS%20TECNICOS/DOCUMENTO%20MARCO%20TERRITORIOS%20SALUDABLES.pdf>
- Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1993). Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science & Medicine*, 37(5), 575–581. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90096-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90096-M)
- Vargas, C., Cañadas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & de la Fuente, E. I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic

study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 28–38.  
[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70034-1](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70034-1)

Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M. P., & Davins Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>