

ARAQUE, M.L.; ESPINOSA, S.R.
Especialización Quirófanos y Central de Esterilización.
Escuela Enfermería.
Universidad Industrial de Santander

**DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN ÁREAS DE CUIDADO
CRÍTICO, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS),
(BUCARAMANGA-COLOMBIA), 2007**

**MARY LUZ ARAQUE TRIANA
SONIA ROCIO ESPINOSA VERA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
BUCARAMANGA
2008**

**DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN ÁREAS DE CUIDADO
CRÍTICO, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)
(BUCARAMANGA-COLOMBIA), 2007**

**MARY LUZ ARAQUE TRIANA
SONIA ROCIO ESPINOSA VERA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
ESPECIALISTA EN ATENCION DE ENFERMERIA EN QUIROFANOS Y
CENTRAL DE ESTERILIZACION**

Prof. OLGA LUCIA CORTES FERREIRA, ENF, MSc

Directora de Tesis

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
BUCARAMANGA**

2008

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A DIOS, guía espiritual y luz de la humanidad

A la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, por la oportunidad brindada en la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.

A la Enfermera OLGA LUCIA CORTÉS FERREIRA, Director y Asesor del presente proyecto de grado por sus valiosos aportes a la investigación.

Al Enfermero FABIO CAMARGO, por su apoyo incondicional en beneficio del programa

A TODAS AQUELLAS PERSONAS que de una u otra forma aportaron su granito de arena en beneficio del presente proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	4
1.1 ORIGEN, DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)	4
1.1.1 Origen del síndrome de agotamiento laboral	4
1.2 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL	6
1.3 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)	11
1.4 FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)	12
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 GENERAL	19
3.2 ESPECIFICOS	19
4. MÉTODOS	20
4.1 TIPO DE ESTUDIO	20
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	20
4.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión	21
4.3 VARIABLES	21
4.3.1 Síndrome de Agotamiento Laboral (SAL): niveles	21
4.3.2 Variables Independientes	22

4.4 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE SUJETOS	23
4.5 MEDICIÓN	23
4.5.1 Instrumento de valoración	23
4.6 RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE INFORMACIÓN	26
4.7 CALIDAD DE LOS DATOS	26
4.8 PLAN DE ANÁLISIS	27
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	27
5. RESULTADOS	29
5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	29
5.2 DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DE SALIDA	33
5.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN CADA DIMENSIÓN	34
5.3.1 Agotamiento Emocional	34
5.3.2 Despersonalización	38
5.3.3 Realización Personal	41
6. DISCUSION	42
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables Independientes	22
Tabla 2. Descripción Demográfica	30
Tabla 3. Descripción Características Laborales	31
Tabla 4. Descripción de las Características Desarrollo Profesional	32
Tabla 5. Descripción de la Dimensión Agotamiento Emocional según Escala de Maslach	33
Tabla 6. Descripción de la Dimensión Despersonalización según Escala de Maslach	34
Tabla 7. Relación entre el Niveles de Agotamiento Emocional y Factores Demográficos	35
Tabla 8. Descripción del Agotamiento Emocional por Factores Laborales	36
Tabla 9. Descripción del Agotamiento Emocional por Factores de Desarrollo Profesional	37
Tabla 10. Descripción de la Dimensión de Despersonalización por Factores Demográficos	38
Tabla 11. Descripción de la Dimensión de Despersonalización por Factores Laborales	39
Tabla 12. Descripción de la Dimensión de Despersonalización y Desarrollo Profesional por Factores.	40

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta	52
Anexo B. Consentimiento Informado	55

RESUMEN

TITULO: Dimensiones del Síndrome de Agotamiento Laboral (SAL) en el Personal de Enfermería que labora en Áreas de Cuidado Crítico, del Hospital Universitario de Santander(HUS), (Bucaramanga-Colombia) 2007.¹

AUTORES: Mary Luz Araque Triana, Sonia Rocio Espinosa Rivera².

PALABRAS CLAVE. Agotamiento laboral, salud ocupacional, síndrome de desgaste emocional.

CONTENIDO. El SAL ha emergido como un síndrome psicológico en respuesta a probables estresores crónicos del ambiente laboral; ha sido identificado especialmente en trabajadores que cumplen tareas de alta responsabilidad, como enfermeros de áreas de cuidado crítico.

OBJETIVO. Describir la prevalencia de las dimensiones del SAL (agotamiento emocional, AE; despersonalización, D; no realización personal, NRP) en el personal de Enfermería que labora en los servicios de cuidado crítico del HUS.

METODOLOGÍA. Estudio de corte transversal; se aplicó una encuesta a 44 profesionales de enfermería de áreas de cuidado crítico, previo consentimiento informado. Los entrevistadores fueron entrenados y no se incluyó el término estrés.

MEDICIONES. Se utilizó el cuestionario de Maslach.

RESULTADOS. Todas las encuestas fueron analizadas (31.8% trabaja en la UCI adultos, y 20.5% en urgencias); la edad media fue 34.8 años. Un nivel de AE fue identificado en 29.6% de los profesionales. Un nivel alto y medio fue observado en 54.5%. El nivel de mayor prevalencia en D fue medio y mínimo (91%). En general se describe mayor prevalencia de AE y D en profesionales de sexo femenino, sin hijos, sin ninguna persona a cargo, con vivienda propia. En el nivel laboral, quienes devengan 1-3 salarios mínimos, en estrato socioeconómico 3, y trabajan solo en las noches presentaron mayor nivel de AE y D. Acorde con los factores de profesionalización, AE y D fue más frecuente en individuos con más de 4 años de graduación, experiencia mayor a 2 años y quienes no han realizado ningún estudio de posgrado.

CONCLUSIÓN. Aunque solo se describe la prevalencia por niveles del SAL, se observó que más de la mitad de los entrevistados presentan niveles medio y alto de AE y D. Se recomienda investigaciones posteriores para identificar factores asociados en esta población y así planear estrategias de prevención y manejo.

¹ Trabajo de Tesis.

² Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Especialización en Quirófanos y Central de Esterilización.

ABSTRACT

TITLE: Dimensions of the Burnout Syndrome in the Personnel of Nursing that works in Areas of Critical Care, of the University Hospital of Santander (HUS), (Bucaramanga-Colombia), 2007³.

AUTHORS: Mary Luz Araque Triana, Sonia Rocio Espinosa Rivera⁴

KEY WORDS. Emotional exhaustion (EE); Despersonalization (D); Occupational health; Burnout syndrome.

RATIONALE. The concept of professional burnout is a psychological syndrome arising in response to chronic interpersonal stressors on the job. There's know that nurses working on critical care areas are particularly exposed to stress.

OBJECTIVE. To describe the prevalence of the burnout level among nurses working in critical care areas at the HUS.

METODOLOGY. A survey was conducted in 44 male and female currently nurses working in critical care areas at the HUS. The questionnaire was applied by trained interviewers and informed consent was signed.

MEASUREMENTS. The level of burnout was evaluated on the basis of the public Maslach Bournout Inventory.

OUTCOMES. A total of 44 surveys were analyzed. A high level of EE was identified in 29.6% of the participants, with high level a 54.5%. A medium and low level of D was observed in 91% of the participants. High prevalence of EE y D was observed in demographic factors such as female, without kids, without persons under their care, and paying their own house. Furthermore, people who have a minimal salary between 1-3, socio-economical strata of 3 and wok alone during the night shifts also showed high prevalence of EE and D. Finally high prevalence of EE and D was also identified in participants with more than 4 years after a nursing program graduation, nursing experience of more than 2 years, and participants without participation in any program of professionalism after graduation.

CONCLUSIONS. This study only explored the prevalence of factors by levels of Burnout, it was founded that more than a half of critical care nurses at the HUS have between high and medium levels of EE and D. Future investigations are recommended to identify the associated factors to Burnout Syndrome at this hospital. In this way it could be possible to design preventive management strategies.

³ Thesis of degree.

⁴ Health Faculty. Nursing School. University of Santander. Operating rooms and plant of sterilization assistance nursing post grade. Thesis Director: Olga Lucia Cortes.

INTRODUCCIÓN

Las relaciones que los individuos tienen en su trabajo, y las dificultades que se pueden presentar cuando las relaciones se tornan difíciles se ha considerado como un fenómeno de la edad moderna denominado síndrome de Burnout, o en su traducción denominado, síndrome de agotamiento laboral (SAL). El uso del término Burnout o síndrome de agotamiento laboral (SAL), apareció en 1970 en los Estados Unidos,⁵ especialmente entre personas que laboraban en el área de recursos humanos.

Este ha sido descrito como un conjunto de síntomas y comportamientos similares a los descritos como estrés, con varios niveles o dimensiones de complejidad que se manifiestan como el resultado de las experiencias reales de las personas vividas en el sitio de trabajo, llegando por tal razón, a tener gran impacto especialmente para el desarrollo y la investigación del conocimiento en la práctica de áreas como la salud ocupacional.⁶

El SAL ha sido más utilizado en aspectos complejos que se relacionan con las experiencias de cada individuo en su trabajo, y se han identificado algunos factores relacionados a la presencia de una de sus dimensiones como las características relacionadas con el ambiente de trabajo, las relaciones laborales, y características de tipo situacional.⁷

⁵ NOGAREDA, Clotilde. La carga mental de trabajo: definición y evaluación 1986. Nota técnica de prevención 179, C. N. C. T, Barcelona, 1986
Carga mental en el trabajo hospitalario. Revisado Enero 2, 2008 en <http://tusaludlaboral.galeon.com>

⁶ Ibid.

⁷ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Job Burnout. Annu Rev Psicol. 2001. 52: 397-422

El concepto de SAL ha emergido entonces como un síndrome psicológico en respuesta a probables estresores crónicos en el ambiente laboral. Se han estudiado teniendo en cuenta sus tres dimensiones tales como un estado de completa fatiga, una despersonalización y una falta de auto-realización. Estos incluyen sentimientos de cinismo y aislamiento del trabajo, y un sentido de ineffectividad y falta de cumplimiento con las responsabilidades laborales.⁸

El componente o dimensión de fatiga representa una dimensión básica, individual del SAL el cual se ha caracterizado por la presencia de sentimientos de agotamiento y alteración del estado emocional y físico.⁹

La dimensión de despersonalización, que se caracteriza por cinismo, representa una dimensión interpersonal dentro del concepto del SAL. Esta dimensión se caracteriza por una respuesta negativa, o una excesiva respuesta de negación o aislamiento en respuesta a varios aspectos del trabajo.¹⁰

Finalmente la reducción de la eficacia o cumplimiento representa la dimensión de la autoevaluación del SAL. Este hace referencia a la presencia de sentimientos de incompetencia y una falta de desarrollo y productividad en el trabajo.¹¹

Aunque el SAL ha sido investigado en sus tres dimensiones en varios ambientes laborales que exigen una gran responsabilidad de los trabajadores, tales como médicos, policías, profesores, bomberos, y otros; su presencia acorde con sus tres dimensiones no ha sido explorada aún en trabajadores de la salud del hospital Universitario de Santander. Una caracterización del SAL en esta institución podría facilitar la implementación de programas de prevención de este síndrome y así también la investigación en la implementación de terapias de grupo dirigidas hacia

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

el mejoramiento del ambiente y relaciones laborales que contribuyan al mejoramiento de la calidad en el cuidado en esta institución.

El siguiente trabajo estuvo dirigido hacia la descripción de las dimensiones del síndrome de fatiga laboral (SAL) presentes en el personal de enfermería de áreas de cuidado crítico del Hospital Universitario de Santander.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ORIGEN, DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)

1.1.1 Origen del síndrome de agotamiento laboral

El concepto de SAL tuvo sus orígenes en la definición del estrés y estrés laboral. El término estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1.926 por Hans Selye (1926), quien definió este término como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.¹² El término estrés, partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales.

Selye (1926) explicó el estrés no como estímulo sino como la respuesta del organismo a éste.¹³ Así mismo Selye (1926) utilizó además el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación adversa.¹⁴ Posteriormente, el término se utilizó con múltiples significados y sirvió para designar no solo una respuesta del organismo, sino también para designar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.¹⁵

¹² Ibid.

¹³ SEYLE Hans. The Stress of life. 1956. En MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Job Burnout. Annu Rev Psicol. 2001. 52: 397-422

¹⁴ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op. cit.

¹⁵ Ibid.

En 1989, los autores Paterson y Neufeld definen el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.¹⁶ La existencia de un gran número de dolencias psicosomáticas, producto de los constreñimientos y exigencias de la sociedad actual, y muy en especial en lo referido al ámbito laboral, sujeto a incesantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo, facilitó la difusión y la popularización del término *estrés*.¹⁷

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud definió el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción".¹⁸ Este concepto fue complementado por Richard Lazarus (1990) quien definió el estrés como el resultado de la relación entre el individuo y su entorno, el cual puede llegar a ser amenazante y significar un peligro para su bienestar acorde con experiencias individuales.¹⁹

La definición de Lazarus, fue muy similar a la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual definió el *estrés de tipo laboral*. La OIT lo definió el estrés como un problema que ponía en peligro la economía de países industrializados y los que se encontraban en vía de desarrollo, en la medida que afectaba la salud física y mental de los trabajadores afectando como resultado su capacidad productiva.²⁰

Es así como se empieza a hablar del *Síndrome de agotamiento laboral (SAL)*, que viene del inglés original "Burn-out", que significa, "estar o sentirse quemado,

¹⁶ PATERSON, R., FOLKMAN, S. (1984). The stress response and parameters of stressful situations. Revisado diciembre 2007 En: <http://geosalud.com>.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ CUEVAS, P., O'FERRALL, C., GAVIRA, C., CRESPO, J. (1999). Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación. *Enfermería Científica*. 202:74-76

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

agotado, sobrecargado o exhausto”.^{21 22 23} Aunque el término Burnout presentaba algunos problemas relacionados con su interpretación, su concepto involucraba una respuesta al estrés laboral crónico, y una experiencia subjetiva que involucraba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización laboral.²⁴

1.2 DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL

El *síndrome de agotamiento laboral* (SAL) se define teniendo en cuenta una perspectiva clínica y una perspectiva psicosocial.²⁵ La perspectiva clínica asume el Síndrome de agotamiento laboral (SAL) como un estado al cual llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral; y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que vive el individuo dependiendo de la mayor o menor interacción entre las características personales y el entorno laboral.^{26 27}

La perspectiva clínica del SAL fue estudiada por Freudenberger (1975), un psiquiatra, y Maslach (1976), una psicóloga.^{28 29} Ellos fueron los primeros en investigar acerca del concepto de estrés emocional que más tarde fue definido como el *síndrome de agotamiento laboral*, SAL.^{30 31} Este fue descrito como un

²¹ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op. cit.
²² GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. Revista de Psicología Social Aplicada. 6(2):43-63. Cordes, Cl., Dougher, T. (1993). A review and integration of research jobo n burnout. Acad Manage Rev. 18:621-626
²³ CORDES, Cl., DOUGHERT, T.(1993). A review and intehration of research on burnout. Acad Manage Rev. 18:621-65
²⁴ MASLACH C. (1976). Burned-out. Hum. Beba. 5:16-22
²⁵ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op. cit.
²⁶ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op. cit
²⁷ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op. cit
²⁸ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op. cit
²⁹ MASLACH C. (1976). Burned-out. Hum. Beba. 5:16-22
³⁰ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit
³¹ MASLACH C. Op Cit

conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. ^{32 33}

Este síndrome ha sido observado con mayor frecuencia en personas que laboran en servicios de ayuda caracterizándose por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente sin tomar en consideración sus propias necesidades. ^{34 35}

Este enfoque, actualmente utilizado, sostiene que el agotamiento laboral aparece con mayor frecuencia en los profesionales más comprometidos, que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus propios intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados. Es una consecuencia de realizar un sobre esfuerzo en el trabajo. ³⁶

En esta misma línea más tarde Fischer (1983) consideró el SAL como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba hacia una disminución en la autoestima de los sujetos, ^{37 38} mientras que Pines y Aronson (1988), lo consideraron un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. ³⁹ Los síntomas de este estado incluyen vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el SAL representa un punto de ruptura más allá de la cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta

³² MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit

³³ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op Cit.

³⁴ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

³⁵ MASLACH C. Op Cit.

³⁶ Ibid.

³⁷ CORDES, CI., DOUGHERT, T. Op cit.

³⁸ MASLACH C. Op Cit.

³⁹ PINES, A., ARONSON, E., KAFRY, D. (1981). Burnout: from the tedium to personal growth. New York: Free Press.

severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.⁴⁰

La perspectiva psicosocial del SAL, se basó en un modelo conceptual que fue desarrollado por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideraron como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes.⁴¹

Los estudios de Maslach y Jackson (1986) argumentaban que el SAL era un síndrome tridimensional que se desarrollaba en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo eran las personas (usuarios) que se encontraban en una situación de necesidad ó dependencia en la cual el trabajador o cuidador debía permanecer de manera prolongada e intensa proporcionando atención ó cuidado.⁴²

Maslach y Jackson (1986) más tarde caracterizaron el SAL en tres dimensiones que fueron el agotamiento emocional, despersonalización, y la no realización personal, las cuales se utilizan actualmente y han sido la base de investigaciones en varias esferas laborales que trabajan bajo condiciones de estrés.⁴³

El agotamiento emocional se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es una sensación de limitación personal y no poder dar más de sí mismo a los demás.^{44 45}

La despersonalización, es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁴² MASLACH, C., JACKSON, SE. (1981). The measurement of experienced burnout. J Occupational Behaviour. 2:99-113

⁴³ MASLACH, C., JACKSON, SE. (1986). Maslach Burnout Inventory. Manual research edition.

⁴⁴ MASLACH, C., JACKSON, SE. (1981) Op Cit.

⁴⁵ MASLACH, C., JACKSON, SE. (1986) Op Cit.

personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo.

El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.^{46 47}

La realización profesional y/o personal, es la tercera dimensión del SAL.^{48 49} Esta surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen al individuo exceden su capacidad para atenderlas de forma competente.

Supone respuestas negativas hacia si mismo y hacia su trabajo, una evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso personal en el trabajo.

Esta dimensión se caracteriza por la presencia de sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la falta de puntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta dimensión del SAL.^{50 51}

Si bien la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y

⁴⁶ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.
⁴⁷ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.
⁴⁸ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.
⁴⁹ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.
⁵⁰ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.
⁵¹ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.

Jackson (1986), quienes aducen que esta descripción del SAL en tres dimensiones tiene un carácter subjetivo.⁵² Sin embargo existe acuerdo sobre los síntomas del SAL tales como las alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.^{53 54}

En cuanto a los síntomas, diversos autores han descrito síntomas tales como los psicósomáticos los cuales incluyen dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.^{55 56 57}

Los síntomas conductuales se caracterizan por un ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, y la incapacidad de relajarse. Las manifestaciones emocionales se caracterizan por un distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta hacia las personas a las que atiende. Además se caracteriza también por sentimientos de impaciencia, deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad. Se observa también con frecuencia una dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al tiempo que surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.^{58 59 60}

Otros síntomas pueden ser los denominados defensivos los cuales se relacionan con una negación emocional.⁶¹ Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones

⁵² GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. (1996). Op Cit.

⁵³ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.

⁵⁴ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit

⁵⁵ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁵⁶ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. (1996). Op Cit.

⁵⁷ MASLACH C. Op Cit.

⁵⁸ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁵⁹ GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. (1996). Op Cit.

⁶⁰ MASLACH C. Op Cit.

⁶¹ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit

anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, cinismo, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.^{62 63 64} También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable.^{65 66 67}

La identificación temprana de estos síntomas en los grupos de individuos que trabaja en áreas consideradas con mayor riesgo de presentar el SAL constituye no solo un avance en el conocimiento e identificación de un problema laboral, sino que también contribuye a la toma de medidas de prevención del progreso de este síndrome conduciendo de esta forma a una mejor salud ocupacional institucional.

1.3 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)

Un estudio realizado en Cuba⁶⁸ con enfermeros y médicos, encontró que la prevalencia del SAL fue superior al 30%, y la prevalencia de síntomas del SAL se identificó en el 50%, de la población femenina .

Sin embargo existen algunas controversias relacionadas con el género más prevalente del SAL, pues un estudio español⁶⁹ indicó que el 16.8% del personal

62

Ibid.

63

GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op Cit.

64

MASLACH C. Op Cit.

65

MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

66

GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. Op Cit.

67

MASLACH C. Op Cit.

68

DE LA CRUZ, A. Y PALOMINO, L. (2006). Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Revisado Enero 2008 en: <http://www.depression.psicomag.com>

69

MARTÍNEZ, A. Y DEL CASTILLO, C. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Revista de Atención Primaria. 32 (6)234-238

médico presenta el síndrome y de estos el 61.5% son hombres y el 38.5% mujeres.

En los sectores médicos en el servicio de Obstetricia y Pediatría se encuentran los mayores porcentajes de personal con altos puntajes de SAL (88% y 72% respectivamente), el cual puede indicar una vulnerabilidad entre este vínculo terapéutico, donde se maneja mayor responsabilidad.⁷⁰

En Colombia, Guevara realizó un estudio,⁷¹ en el que se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residentes clínicos y residentes quirúrgicos; 128 (85.3%) presentaron el SAL entre moderado y severo, siendo el componente de agotamiento emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos.

1.4 FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL (SAL)

La presencia del SAL ha sido relacionada con varios factores de origen demográfico, laboral y de desarrollo personal.⁷² La identificación de estos factores determina la dirección que deben tomar los programas de prevención y control de este síndrome a nivel institucional desde el punto de vista de la salud ocupacional.⁷³

Dentro de los factores demográficos, la edad parece influir en la aparición del SAL. Los jóvenes menores de 30 años presentan mayor SAL que personas mayores de

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica. 35 (4)173-178

⁷² PINES, A., ARONSON, E., KAFRY, D. Op Cit.

⁷³ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.

40 años, ⁷⁴ ⁷⁵ según el género, las mujeres se consideran más vulnerables. ⁷⁶
Esto puede estar relacionado con la doble carga de trabajo, tarea familiar, y las demandas relacionadas con ciertas especialidades seleccionadas por mujeres, sin embargo este factor no ha sido fuertemente relacionado a la presencia del SAL. ⁷⁷
⁷⁸

El estado civil, se ha relacionado al SAL, encontrando que las personas que no tienen pareja estable, y las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables o tienen alguna persona bajo su cuidado.

Más aún, el hecho de tener hijos es un factor que hace que estas personas puedan ser más resistentes al SAL. Esto se debe a que los padres han desarrollado una mayor madurez y estabilidad y una mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales dentro del grupo familiar. ⁷⁹ ⁸⁰

Dentro de los factores laborales, la frecuencia en los cambios de turno, la no libertad para la selección de los tiempos libres, y el horario laboral han sido factores descritos como determinantes del SAL. ⁸¹ Existe relación entre los primeros años de vida profesional y este síndrome.

Esto puede ser debido a que el profesional se encuentra en una fase de transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. Algunas hipótesis aducen

⁷⁴ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁷⁵ CORDES, CL., DOUGHERT, T. Op Cit.

⁷⁶ BARRÍA, M. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Revisado Enero 2008 en: www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml

⁷⁷ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁷⁸ MASLACH C. Op Cit.

⁷⁹ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.

⁸⁰ BARRÍA, M. Op Cit.

⁸¹ MASLACH, C., JACKSON. Op Cit.

que el nuevo profesional tiene un primer impacto en el cual el individuo percibe que las recompensas personales, profesionales y económicas, no cumplen con sus expectativas.⁸²

Es conocida la relación entre el SAL y la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales que laboran en el cuidado de la salud, de tal manera que se produce una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente cuando este factor se encuentra presente.^{83 84 85 86} La relación salarial no está claramente definida con este síndrome.⁸⁷ En el ámbito colombiano, Guevara, encontró que 102 de 150 médicos internos y residentes (68%) presentaban disfunción familiar (Apgar familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos; 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asoció con el desgaste emocional.⁸⁸

Según un estudio de México se encontró que una mujer de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo lugar de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a cargo, a los que dedica más del 70 por ciento de la jornada laboral y a esta, entre 36 y 40 horas semanales; se convierte en el prototipo de mujer con un SAL de dimensión medio-alto.⁸⁹

⁸² BARRÍA, M. Op Cit..

⁸³ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁸⁴ FISCHER, H. Op Cit.

⁸⁵ MASLACH, C., JACKSON, SE. Op Cit.

⁸⁶ BARRÍA, M. Op Cit.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. Op cit.

⁸⁹ QUIROZ, R., SACO, S. (1999). Factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Salud del Cusco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.

El concepto del SAL es un constructo, y teniendo en cuenta que su definición no ha sido fácil de estructurar, se ha expresado después de varias investigaciones, como una teoría de carácter multidimensional.⁹⁰

El síndrome de agotamiento laboral (SAL) es definido en la actualidad como una experiencia individual específica dentro de un contexto de trabajo. Así la investigación sobre los pasados 25 años ha mantenido su foco en factores situacionales que se correlacionan con este fenómeno.

Un tipo de trabajo que requiera experticia y una presión de tiempo son factores fuertemente correlacionados con el SAL, particularmente con la dimensión de fatiga. Así mismo el conflicto del rol aumentado, o el rol ambiguo, han mostrado desde un moderado hasta una alta correlación del rol con el SAL.⁹¹

Otros investigadores^{92 93} encuentran que la ausencia de recursos y la falta de soporte proveniente del supervisor o de sus compañeros de trabajo, la falta de información y falta de control, está muy relacionada con personas quienes tienen poca participación en la toma de decisiones. El tipo de trabajo que ofrecen situaciones específicas, y emociones altas, se relacionan con el SAL.

Las características propias de ciertos trabajos como docente, policía, médicos, enfermeras y trabajadores de áreas de salud mental y salud ocupacional tienen una estrecha relación con el SAL. Sin embargo algunas características de

⁹⁰ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

⁹¹ Ibid.

⁹² EMBRIACO, N., AZOULAY, E., BARRAU, K., KENTISH, N., POCHARD, F., MOUNDOU, A.(2007) High level of Burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care med. 175, 686-692.

⁹³ PONCET, M., TOULLIC, P., PAPA ZIAN, L., Y COL. (2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Med. Vol 175. pp 698-704

algunos trabajos pueden significar factores de confusión que deben ser estudiados.⁹⁴

Las personas quienes no responden de manera simple a las necesidades del trabajo pero que hacen énfasis mayor en las relaciones personales y la calidad de estas, se ven en riesgo de presentar este síndrome cuando fallan sus relaciones. Otros factores personales son características de la personalidad y actitudes hacia el trabajo.⁹⁵

Es probable que las personas con mayor educación manifiesten mayor SAL teniendo en cuenta sus altas aspiraciones. Una baja autoestima, la falta de control y seguridad llevan a un mayor síndrome de agotamiento laboral (SAL). La naturaleza del trabajo, sus expectativas y resultados en el mismo determinan el nivel de SAL.⁹⁶ Es este el caso de los trabajadores de áreas críticas quienes están realizando intervenciones que se espera sean exitosas en términos de salvar vidas.⁹⁷

El manejo del SAL casi siempre ha sido orientado hacia los individuos y no orientado hacia las organizaciones o hacia aspectos institucionales. No existe información a nivel local y ni en el Hospital Universitario de Santander (HUS), un centro de atención de tercer nivel, sobre este Síndrome de Agotamiento Laboral. Este proyecto, un estudio observacional, fue considerado como un ejercicio de investigación dentro del desarrollo del programa de Especialización en Enfermería de Cuidado Crítico de la Universidad Industrial de Santander. Este estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia del SAL acorde con la dimensión de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal,

⁹⁴ POMPILI M, RINALDI G, LESTER D, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from Burnout and using specific defense mechanisms. Arch Psych Nur. 20(3), 135-143

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

descritas por Maslach y Jackson (1986), en el personal de enfermería profesional que se encontraba laborando en el mes de octubre de 2007, en este centro de atención de tercer nivel.

Así mismo se planeó la identificación de las características relacionadas al SAL en el mismo grupo de profesionales con el fin de contribuir a la realización de un diagnóstico inicial de Agotamiento Laboral por dimensiones y así sentar las bases para la realización de futuras investigaciones que permitan implementar programas de mejoramiento de la calidad del cuidado de los individuos mejorando la salud ocupacional de sus trabajadores.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de las dimensiones del Síndrome de Agotamiento Laboral (SAL) en el personal de Enfermería que labora en servicios de cuidado crítico (cirugía, unidad de cuidados intensivos adultos/pediátricos, urgencias adultos/pediátricos, unidad oncológica, clínica del dolor, unidad de quemados, sala de partos) del Hospital Universitario de Santander (HUS) (Bucaramanga-Colombia), durante el 2007?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de las dimensiones del síndrome de Agotamiento laboral (SAL) como agotamiento emocional, AE; despersonalización, D; y no realización personal, NRP, identificadas en los profesionales de Enfermería que laboran en los servicios de cuidado crítico (cirugía, unidad de cuidados intensivos adultos/pediátricos, urgencias adultos/pediátricos, unidad oncológica, clínica del dolor, unidad de quemados, sala de partos) del Hospital Universitario de Santander (HUS) (Bucaramanga-Colombia), durante el 2007.

3.2 ESPECIFICOS

-Describir la prevalencia de los niveles de Agotamiento Laboral teniendo en cuenta factores demográficos, laborales y de profesionalización.

4. MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se planteó un estudio de corte transversal descriptivo. En este estudio se administró una encuesta a profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Santander que se encontraba laborando en áreas de cuidado crítico, con el fin de determinar la prevalencia de las dimensiones del Síndrome de Agotamiento Laboral (SAL)

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del estudio incluyó los profesionales de enfermería del Hospital Universitario de Santander (HUS). La muestra se definió como todos los profesionales de enfermería que se encontraban trabajando en las áreas de cuidados a pacientes en estado crítico del Hospital Universitario de Santander (HUS), durante el mes de Octubre de 2007.

Se incluyeron todos los profesionales de enfermería que estuvieran trabajando en unidades de cuidado crítico. Tales unidades fueron: la unidad de cuidados intensivos (adultos y pediátrico), cirugía, urgencias (adultos y pediatría), unidad oncológica, clínica del dolor, unidad de quemados y sala de partos, del Hospital Universitario de Santander.

La muestra total de participantes fue de 44 profesionales (16 UCI adulto, 4 uci pediátrica, 4 cirugía, 10 urgencias, 4 sala de partos, 4 unidad de quemados, 1 clínica del dolor y 1 de oncología).

4.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron todos los profesionales de enfermería que se encontraran trabajando en todos los turnos (día/noche) en las áreas descritas de cuidado crítico, durante el mes de Octubre de 2007, y que decidieran participar voluntariamente en el estudio previa aceptación de su participación mediante un consentimiento informado escrito. Se excluyeron las personas que se encontraban en vacaciones en la fecha en que se realizó la encuesta.

4.3 VARIABLES

4.3.1 Síndrome de Agotamiento Laboral (SAL): niveles

El SAL se define como un síndrome que se caracteriza por agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y no realización personal (NRP). El AE se definió como la dimensión del SAL que permite identificar un distanciamiento emocional y cognitivo del individuo y un cumplimiento mínimo de su trabajo.

La D se definió como otra dimensión del SAL que se caracteriza por que el individuo se encuentra apartado de su trabajo, ignorando aspectos del mismo y las personas con el propósito de evitar relacionarse. Esto lleva a una actitud de indiferencia cuando el individuo se encuentra totalmente exhausto.

La NRP se definió como una forma de autoevaluación del individuo de sus sentimientos de auto eficacia y desarrollo personal en el trabajo.

Las dimensiones del SAL se evaluaron mediante el cuestionario de Maslach elaborado con el fin de medir el síndrome de agotamiento laboral (1996). La escala de Maslach incluye 22 aspectos sobre fatiga laboral.

4.3.2 Variables Independientes

Las variables independientes son todos los factores que pueden contribuir al SAL como factores demográficos, laborales, y factores relacionados con el desarrollo profesional

Tabla 1. Variables Independientes

Variables	Descripción	Medición
Demográficas	Género Edad Estado civil No hijos Personas a cargo Vivienda	Nominal Razón Nominal Ordinal Ordinal Nominal
Laborales	Estrato socio-económico Salario No empleos No horas trabajo No enfermeros turno	Ordinal Nominal Ordinal Razón Ordinal
Desarrollo profesional	Servicio Años de graduado Experiencia Nivel profesional	Nominal Razón Nominal Nominal

Fuente: Grupo Investigador

4.4 PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE SUJETOS

Una vez el proyecto observacional fue aceptado por el comité de ética, fue socializado en diferentes áreas del HUS con el fin de informar sobre el inicio del trabajo y obtener la participación del profesional de enfermería. Se obtuvo la lista de todos los profesionales de la institución que se encontraban laborando al inicio del estudio en la oficina de personal de la institución (Anexo A).

El estudio utilizó el cuestionario validado de Maslach.⁹⁸ La encuesta fue aplicada y recolectada por una persona entrenada y diferente a los investigadores del estudio con el fin de prevenir sesgos en las respuestas de los participantes y evitar que ellos se sintieran identificados por los investigadores del proyecto. Los participantes finalmente incluidos dieron su consentimiento antes de diligenciar el cuestionario.

4.5 MEDICIÓN

4.5.1 Instrumento de valoración

1. Factores Demográficos, Laborales y de Desarrollo Profesional:

Se administró una encuesta a los enfermeros que se encontraban laborando en el Área de Cuidados Intensivos (Adultos-Pediátrico), Cirugía (Quirófanos, Unidad de Cuidados post-anestésicos), Urgencias Adultos, Unidad Oncológica, Clínica del dolor, Quemados y Sala de Partos, del Hospital Universitario de Santander con el fin de obtener información acerca de factores personales, y relacionados con el trabajo que pudieran estar relacionados con el SAL .

La encuesta contenía un total de 14 variables que recogía información acerca de las variables demográficas (ejem., género, edad); variables de tipo laboral (ejem.,

⁹⁸ Op Cit. MASLACH, C., JACKSON, SE.

tiempo de experiencia, horas laborales); y factores relacionados con el desarrollo profesional (estudio, nivel de desarrollo profesional) (Anexo C).

2. Escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI):

El cuestionario de Maslach utilizado en español ha sido previamente validado en otros estudios, por autores como Patterson,⁹⁹ Gil Monte,¹⁰⁰ y Garcia ¹⁰¹. Este incluyó preguntas que exploraban la relación del individuo con el medio laboral, con el medio personal, con sus compañeros de trabajo; y su relación con el personal quien se beneficia de sus cuidados.

Este cuestionario ha sido aplicado en áreas de educación, deportes, y en áreas de la salud que involucran una demanda mayor del trabajador y los beneficiarios de su trabajo. El cuestionario de Maslach caracteriza el SAL acorde con sus dimensiones agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP).

El síndrome de fatiga laboral (SAL) es un constructo que involucra varias dimensiones y el cuestionario de Maslach no se combina en un total para dar un puntaje final del SAL. Teniendo en cuenta que el SAL es visto como un continuo, la escala de Maslach mide niveles de AL (agotamiento laboral) en sus niveles alto, moderado, o bajo en cada una de sus dimensiones (Anexo C).

⁹⁹ PATERSON, R., FOLKMAN, S. Op. cit.

¹⁰⁰ GIL MONTE, PR; PEIRO JM. Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una Muestra multiocupacional. *Psicothema*, 1999. 11(3), p 678-689.

¹⁰¹ GARCIA, JM., HERRERO, S. FUENTES, JL.(2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), p157-174.

El cuestionario de Maslach ¹⁰² contiene veintidós ítems en forma de afirmación sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo o hacia las demás personas. Cada pregunta del cuestionario de Maslach fue evaluado mediante una escala de Likert de 0 a 6, en el cual 0 corresponde al menor puntaje y 6 corresponde al mayor puntaje.

El nivel de 0 significaba una frecuencia de nunca; 1, pocas veces; 2 una vez al mes; 3 mayor frecuencia al mes; 4 una vez por semana; 5 mayor frecuencia por semana; y 6 todos los días. Entre más alto el puntaje de cansancio y despersonalización, mayor el nivel de fatiga. De otro lado, entre más bajo el puntaje de realización personal, mayor el nivel de fatiga laboral. (El cuestionario tenía una duración para su diligenciamiento entre 10-15 minutos). El cuestionario tiene entre sus características psicométricas una alta consistencia interna y alta confiabilidad cercana al 85%. ¹⁰³

Las dimensiones se describen así:

1. Agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valoró la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Resultados con 0-15 nivel mínimo, 16-32 medio, 33-39 alto, 40-54 cansancio emocional. Esta dimensión se evaluó con las preguntas del cuestionario: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20.

2. Despersonalización: conformada por 5 ítems. Valoró el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Resultados con 0 identifican riesgo nulo, 1-10 nivel mínimo, 11-16 nivel medio, 17-21 nivel alto, y 22-30 despersonalización. Esta dimensión se evaluó con la preguntas del cuestionario: 5, 10, 11, 15, 22.

¹⁰² MASLACH, C., JACKSON, SE. Op. cit.

¹⁰³ Ibid.

3. Realización personal: conformada por 8 ítems. Evaluó los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Resultados 0-12 indican la no realización del personal de Enfermería, 13-19 Riesgo alto, 20-28 Riesgo medio, 29-32 Riesgo Bajo, 33-48 Realización personal. Esta sub-escala se evaluó con las preguntas del cuestionario: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

4.6 RECOLECCIÓN Y TABULACIÓN DE INFORMACIÓN

Un encuestador previamente entrenado diferente al grupo de investigadores visitó las unidades incluidas en el estudio con el fin de iniciar la recolección de la información, previa autorización del comité de ética.

El encuestador dio a conocer la investigación y obtuvo el consentimiento informado escrito (Anexo B) de los participantes que desearon participar en el presente estudio.

El instrumento fué diligenciado en un periodo de 10-15 minutos, y el profesional lo diligenció durante el turno sin alterar las actividades relacionadas con el cuidado. En caso de que no contaran con el tiempo, los formularios fueron diligenciados y entregados posteriormente.

4.7 CALIDAD DE LOS DATOS

La información se recolectó por un profesional de enfermería diferente a las investigadoras principales del estudio con el fin de mantener la confidencialidad de cada participante. Esta persona fue seleccionada y entrenada en la recolección de la información.

Se realizó una supervisión por parte de los investigadores principales de al menos dos veces por semana con el fin de verificar que los formularios fuesen diligenciados debidamente y de manera completa.

La sistematización de los datos se realizó por duplicado con base en datos creada en el programa SPSS con identificadores único y se validó para detectar y corregir errores de digitación en el programa.

4.8 PLAN DE ANÁLISIS

Con el fin de orientar el análisis de los datos hacia los objetivos planeados en este trabajo, el plan de análisis incluyó los siguientes pasos:

1. Se realizó un análisis descriptivo para determinar la prevalencia de las dimensiones del SAL, dicho análisis se presentó por medio de frecuencias absolutas (número) y relativas (porcentajes).
2. Adicionalmente, con el fin de describir las variables sociodemográficas, personales y laborales de las enfermeras, las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas (número) y relativas (porcentajes) y las variables cuantitativas como media y desviación estándar.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La información se obtuvo por medio de una entrevista directa. Esta investigación se consideró de riesgo mínimo según resolución 8430 de 1993 del Ministerio de

Salud de Colombia.¹⁰⁴ Así mismo no representó riesgo real o potencial para los participantes y no alteró la práctica clínica diaria ni el cuidado directo a cualquier individuo hospitalizado. Cada participante firmó un consentimiento informado con la debida explicación de las características del estudio.

La información fue confidencial, pues todos los nombres de los participantes fueron salvaguardados y la tabulación de los datos no requirió ningún dato personal del participante como teléfono o dirección de su casa, que permitieran su identificación. Durante y después de la ejecución de la investigación se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, confidencialidad y el secreto profesional.

Esta información se guardó bajo un sistema de seguridad de acceso y no podrá ser utilizada con ningún otro objetivo diferente al propuesto para esta investigación.

¹⁰⁴ República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 08430 de 1993. Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para la Investigación en Salud. 4 de Octubre de 1993.

5. RESULTADOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Se administró la encuesta a 44 profesionales de Enfermería de forma satisfactoria así: 16 Enfermeros en UCI-Adultos, 4 UCI-Pediátrica, 4 de Cirugía, 10 de Urgencias Adultos, 4 de Sala de partos, 4 de la Unidad de Quemados, 1 de Clínica del dolor, 1 de Oncología.

El promedio de edad de la población observada fue de 34.8 años (desviación estándar 9.7 años), con un predominio de la población femenina del 72.7% (n= 32). El estado civil de mayor predominio fue el soltero (52.3%), seguido de un predominio de casados (38.6%).

El 50% (n=22) de la población tenía hijos. Dentro de la población con hijos, sobresale el grupo con un solo hijo (29.5%).

El 40.9% (n=18) de la población encuestada revela tener entre 1-6 personas a cargo, y el 59.1 % (n=26) de la población no tienen ninguna persona a cargo (Tabla 2).

En cuanto a la vivienda, la poseen propia el 47.7% de la población (n=21) y el 36.4 % (n=16) viven en habitación de tipo familiar.

Tabla 2. Descripción Demográfica

Variable		n(%)
Edad media años STD*		34.8 (9.7)
Genero	Mujer	32(72.7)
	Hombre	12(27.3)
Estado Civil	Soltero	23 (52.3)
	Casado	17 (38.6)
	Divorciado	2 (4.5)
	UL**	2 (4.5)
No. Hijos	1	13 (29.5)
	2	7 (15.9)
	3	2 (4.5)
	Sin Hijos	22 (50)
Persona a cargo.	Ninguna	26 (59.1)
	1-3	17 (38.6)
	4-6	1 (2.3)
Vivienda	Propia	21 (47.7)
	Arrendada	6(13.6)
	Familiar	16 (36.4)
	Hipotecada	1 (2.3)

*Desviación Estándar, STD; **Unión Libre, UL.

Fuente: Grupo Investigador

En la tabla 3 se describen las características sociales y laborales. Se observó un predominio del estrato socio-económico 3 y 4 (52% y 47.7%) respectivamente. Las horas laboradas en el hospital fueron de 42 horas (75%), sin embargo otros profesionales trabajan más de 42 horas (25%). El 43.2% (n=19) de los profesionales trabajan sin compañeros en el turno de día, y el 52.3% (n=23) trabajan con 3 o 4 compañeros de turno de día. En el turno de la noche, el 47,7% (n=21) trabajan solos, el 20.5% (n=9) trabajan con dos compañeros de turno, y el 31,8% trabajan con 4 compañeros en el turno.

Tabla 3. Descripción Características Laborales

Variable	N(%)
Estrato socio-económico 3	23 (52)
4	21 (47.7)
Salario 1-3 SMLV*	34 (77.3)
4-7 SMLV*	10 (22.7)
No Empleos 1	34 (77.3)
2	10 (22.7)
No Horas laborales/semana	
42 h	33 (75)
>42 h	11 (25)
No Enfermeras por turno/día	
1	19 (43.2)
2	2 (4.5)
3	9 (20.5)
4	14 (31.8)
No Enfermeras por turno/noche	
1	21 (47.7)
2	9 (20.5)
4	14 (31.8)

*Salario Mínimo, SMLV.

Fuente: Grupo Investigador

La descripción de las características laborales se observan en la tabla 4. Se identificó que la mayor proporción de observados labora en la UCI adultos (31.8%) y en el servicio de urgencias (20.5%). Menor proporción (9.1% en cada unidad) de enfermeros profesionales respondieron la encuesta en la unidad de quemados, sala de partos y urgencias pediátricas. La población observada de profesionales de enfermería tiene más de 3 años de graduación (61.4%).

Tabla 4. Descripción de las Características Desarrollo Profesional

Variable	N=44 (%)
Servicio	
Cirugía	3 (6.8)
UCI A*	14 (31.8)
UCI P**	4 (9.1)
Urgencias	9 (20.5)
Oncología	1 (2.3)
Dolor	1 (2.3)
Quemados	4 (9.1)
Sala de Partos	4 (9.1)
Urgencias pediátricas	4 (9.1)
Años de Graduado	
1-3 años	17 (38.6)
>3 años	27 (61.4)
Experiencia	
0-2	23 (52.3)
>2	21 (47.7)
Estudia	
Si	4 (9.1)
No	40 (90.9)
Nivel Profesional	
Enfermera	33 (75)
Especialista	7 (15.9)
Diplomado	4 (9.1)

*Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, UCI A; **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, UCI P.

Fuente: Grupo Investigador

La mayoría de estos profesionales, un 52.3% tienen un tiempo de experiencia menor a 2 años, y con un tiempo mayor a 2 años de experiencia son el 47.7%. Solo un 15.9% (n=7) han realizado un programa de especialización y un 9.1%

(n=4) han completado un programa de diplomado. El 90% de la población de profesionales no se encuentra estudiando (Tabla 4).

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DE SALIDA

La evaluación de la dimensión agotamiento emocional (AE) reportó que el 29.6 % (n=13) de los profesionales se encuentran fatigados-exhaustos. En nivel alto y medio se encuentran 24 profesionales que corresponde al 54.5% de la población (22.7% y 31.8%) respectivamente, y en nivel mínimo se observaron 7 profesionales (15.9%) (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de la Dimensión Agotamiento Emocional según Escala de Maslach

Categoría (Puntaje)	N (%)
Mínimo (0-15)	7 (15.9)
Medio (16-32)	14 (31.8)
Alto (33-35)	10 (22.7)
Fatigado-exhausto (40-45)	13 (29.6)
Total	44 (100)

Fuente: Grupo Investigador

En la evaluación de la dimensión de despersonalización (D) se identificó un solo profesional (2.3%) con Despersonalización; con nivel mínimo el 61.4 % y nivel medio el 29.5%. En esta dimensión se encontraron individuos quienes no reportaron algún nivel despersonalización (6.8%).

En la dimensión de auto-realización se encontró que el 100% de la población reportó estar completamente autorrealizada. (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de la Dimensión Despersonalización según Escala de Maslach

Categoría (Puntaje)	N (%)
Ninguno (0)	3 (6.8)
Mínimo (1-10)	27 (61.4)
Medio (11-16)	13 (29.5)
Alto (17-21)	*
Despersonalización (22-30)	1 (2.3)
Total	44 (100)

* Ningún participante seleccionó este punto.

Fuente: Grupo Investigador

5.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN CADA DIMENSIÓN

5.3.1 Agotamiento Emocional

Los profesionales con vivienda propia presentaron una prevalencia mayor del nivel medio (35.7 %); nivel alto (80%) y un mayor Agotamiento Emocional (46.2%). Se observó además que las mujeres tuvieron mayor porcentaje de AE entre mínimo, medio, y alto (85.7%, 78.6%, 69.2%) y así mismo una prevalencia de 69.2% de agotamiento emocional. Estar soltero representó una mayor prevalencia de AE por niveles entre mínimo (85.7%), medio (64.3%) y alto (38.5%) de AE. En este grupo 5 (38.5) profesionales desarrollaron AE.

El factor de no tener hijos tuvo una mayor prevalencia de AE por niveles mínimo, medio y alto (57.1%; 64.3; 30%) respectivamente que los profesionales con hijos (1 ó mas). No tener personas a cargo representa a su vez niveles de prevalencia de AE mayor que los observados en profesionales con personas a su cargo en la familia con un nivel mínimo del 57.1%, un nivel medio de 64.3%, y un nivel alto del

30%. Además presentaron un nivel de AE del 69.2% mayor que los profesionales quienes tienen personas a cargo, en términos de prevalencia. Profesionales con casa propia (46.2%) desarrollan AE más que los profesionales que viven en arriendo (30.8%) o en casa de un familiar (23.1) (Tabla 7). Sin embargo se observa que niveles bajos o medianos de AE persisten en individuos quienes viven en casa con sus familiares (57%, 50%).

Tabla 7. Relación entre el Niveles de Agotamiento Emocional y Factores Demográficos

Variable		R. Mínimo	R. Medio	R. Alto	AE *
Genero	Mujer	6 (85.7)	11 (78.6)	6 (60)	9 (69.2)
	Hombre	1 (14.3)	3 (21.4)	4 (40)	4 (30)
Estado Civil	Soltero	6 (85.7)	9 (64.3)	3 (30)	5 (38.5)
	Casado	1(14.3)	5(35.7)	6 (60)	5(38.5)
	Divorciado	-	-	1(10)	1(7.7)
	UL**	-	-	-	2 (15.4)
No Hijos	1	2 (28.6)	3 (21.4)	5 (50)	3 (23.1)
	2	-	2 (14.3)	2 (20)	3 (23.1)
	3	1 (14.3)	-	-	1 (7.7)
	Sin hijos	4 (57.1)	9 (64.3)	3 (30)	
Persona a cargo.	Ninguna	4 (57.1)	8 (57.1)	5 (50)	9 (69.2)
	1-3	3 (42.9)	6 (42.9)	5 (50)	3 (23.1)
	4-6	-	-	-	1 (7.7)
Vivienda	Propia	2 (28.6)	5 (35.7)	8 (80)	6 (46.2)
	Arrendada	-	2 (14.3)	-	4 (30.8)
	Hipotecada	1 (14.3)	-	-	-
	Familiar	4 (57.1)	7 (50)	2 (20)	3 (23.1)

*Agotamiento Emocional, AE; ** Unión Libre, UL. Riesgo, R.

Fuente: Grupo Investigador

Se observa además que en los profesionales en estrato tres hay mayor prevalencia de AE en todos los niveles bajo, medio y alto (57%; 64.3%; 60%).

El factor salario muestra que los profesionales quienes devengan entre 1-3 salarios mínimos tienen una prevalencia de nivel mínimo (85.7%), medio (85.7%), alto (80%) y de AE (69.2%) mayor que los profesionales quienes devenga entre 4-7 salarios mínimos (14,3%, 21.4%, 20% y 30.8%) respectivamente.

Así mismo factores como tener un solo empleo representa un mayor nivel de AE, mínimo, medio y alto (69.2%, 71.4 %, 78.6%, 90%) respectivamente.

El factor de trabajar solo en el turno tiene un nivel alto de AE (60%). Sin embargo los profesionales que trabajan con 3 o 4 profesionales en el mismo turno desarrollaron AE (69.3%) más que los profesionales que trabajan solos en el turno en el turno de día (Tabla 8).

Tabla 8. Descripción del Agotamiento Emocional por Factores Laborales

Variable	R. Mínimo (%)	R. Medio (%)	R. Alto (%)	AE*
Estrato socio-económico 3	4 (57.1)	9 (64.3)	6 (60)	4 (30.8)
4	3 (42.9)	5 (35.7)	4 (40)	9 (69.2)
Salario 1-3 SMLV**	6 (85.7)	11 (78.6)	8 (80)	9 (69.2)
4-7 SMLV**	1 (14.3)	3(21.4)	2 (20)	4 (30.8)
No Empleos 1	5 (71.4)	11 (78.6)	9 (90)	9 (69.2)
2	2 (28.6)	3 (21.4)	1 (10)	4 (30)
No Horas laborales/semana				
42 h	4(57.1)	11 (78.6)	9 (90)	9 (69.2)
>42 h	3 (42.9)	3 (21.4)	1 (10)	4 (30.8)
No Enfermeras por turno/día				
1	2(28.6)	7 (50)	6 (60)	4 (30.8)
2	1 (14.3)	-	1 (10)	-
3	1(14.3)	4 (28.6)	0	4 (30.8)
4	3 (42.9)	3 (21.4.)	3 (30)	5 (38.5)
No Enfermeras por turno/noche				
1	3 (42.9)	7 (50)	7(70)	4 (30.8)
2	114.3	4 (28.6)	-	4 (30.8)
4	342.9	3 (21.4)	3(30)	5 (38.4)

*Agotamiento Emocional, AE; ** Salario Mínimo Legal Vigente, SMLV; Riesgo, R.

Fuente: Grupo Investigador

Los profesionales que tienen más de 3 años de graduado presentan mayor prevalencia de niveles de AE mínimo, medio y alto (57.1; 57.1%; 70%; 61.5%) respectivamente.

Así también se observa mayor prevalencia de AE en profesionales con experiencia mayor de 2 años especialmente en el nivel alto y nivel AE (60%; 61%) que los profesionales con niveles de experiencia entre 0-2 años.

Los profesionales que no han realizado ningún estudio tienen mayor nivel de AE, y mayor prevalencia de AE en el nivel mínimo, medio y alto (92.3%; 100%; 85.7%; 90%), mayor que los que han realizado algún tipo de estudio.

Los especialistas y profesionales con diplomado presentaron menos AE (23.1%, 7.7%) que los profesionales que solo tienen título de enfermera (69.2%) (Tabla 9).

Tabla 9. Descripción del Agotamiento Emocional por Factores de Desarrollo Profesional

Variable	R. Mínimo	R. Medio	R. Alto	AE *
Años de graduado (años)				
1-3	3 (42.9)	6 (42.9)	3 (30)	5 (38.5)
>3	4 (57.1)	8 (57.1)	7 (70)	8 (61.5)
Experiencia (años)				
0-2	4 (57.1)	10 (71.4)	4 (40)	5 (38.5)
>2	3(42.9)	4 (28.6)	6 (60)	8 (61.5)
Estudia Si	0	2 (14.3)	1 (10)	1 (7.7)
No	7 (100)	12 (85.7)	9 (90)	12 (92.3)
Nivel profesional				
Enfermera	4 (57.1)	12 (85.7)	8 (80)	9 (69.2)
Especialista	1 (14.3)	1 (7.1)	2 (20)	3 (23.1)
Diplomado	2 (28.6)	1 (7.1)	-	1 (7.7)

*Agotamiento Emocional, AE; Riesgo, R.

Fuente: Grupo Investigador

5.3.2 Despersonalización

Los resultados de la evaluación de despersonalización son similares a los encontrados en la evaluación de AE. Los profesionales sin personas a cargo presentaron un nivel mayor mínimo (59.3%) y nivel medio (69.2%,) ($p=0.020$) más que las personas con personas a cargo (40.7%; 30.8%) respectivamente. Las personas con casa propia tienen un mayor nivel de despersonalización mínima y media (37%; 76.9 %) más que las personas que viven arriendo (7.4%; 15.4%) y en vivienda con familiares (55.6%; 7.7%) (Tabla 10).

Tabla 10. Descripción de la Dimensión de Despersonalización por Factores Demográficos

Variable	Nulo	R. Mínimo	R. Medio
Genero			
Mujer	2 (66.7)	21 (77.8)	9 (69.2)
Hombre	1 (33.3)	6 (22.2)	4 (30.8)
Estado Civil			
Soltero	1 (33.5)	17 (63.)	5 (38.5)
Casado	2 (66.7)	8 (29.6)	6 (46.2)
Divorciado	-	1 (3.7)	1 (7.7)
UL*	-	1 (3.7)	1 (7.7)
No Hijos			
1	1 (33.3)	9 (33.3)	2 (15.4)
2	-	3 (11.1)	4 (30.8)
3	1 (33.3)	-	1 (7.7)
Sin hijos	1 (33.3)	15 (55.6)	6 (46.2)
Personas a cargo.			
Ninguna	1 (33.3)	16 (59.3)	9 (69.2)
1- 3	2 (66.7)	11 (40.7)	4 (30.8)
4-6	-	-	-
Vivienda			
Propia	1 (33.3)	10 (37)	10 (76.9)
Arrendada	1 (33.3)	1 (7.4)	2 (15.4)
Hipotecada	1 (33.3)	-	-
Familiar	-	15 (55.6)	1 (7.7)

*Unión Libre, UL; Riesgo, R.

Fuente: grupo Investigador

No se reportaron personas con nivel alto de Despersonalización y solo reportaron despersonalización 1 hombre, 1 persona casada, 1 persona con 1 hijo, y 1 persona que tiene entre 4 -6 personas a su cargo.

Los profesionales que presentaron riesgo nulo de despersonalización fueron mujeres (66.7%), casados (66.7%), con tres hijos y sin hijos (33,3%; 33.3%), y con 1-3 personas a cargo (66.7%) (Tabla 10).

Los niveles de despersonalización mínimo fueron se observaron con mayor frecuencia en profesionales con salarios bajos (entre 1-3 SM) (74.1%; 76.9%); con un solo empleo (77.8%; 84.6%); y laborando 42 horas/semana (74.1%; 84.6%).

Tabla 11. Descripción de la Dimensión de Despersonalización por Factores Laborales

Variable	Nulo	R. Mínimo (%)	R. Medio (%)
Estrato socio-económico 3	1 (33.3)	16 (59.3)	6 (46.2)
4	2 (66.7)	11 (40.7)	7 (53.8)
Salario 1-3 SMLV*	3 (100)	20 (74.1)	10 (76.9)
4-7 SMVL*	-	7 (25.9)	3 (23.1)
No Empleos 1	2 (66.7)	21 (77.8)	11 (84.6)
2	1 (33.3)	6 (22.2)	2 (15.4)
No Horas laborales/semana			
42 h	2 (66.6)	20 (74.1)	11 (84.6)
>42 h	1 (33.3)	7 (25.9)	2 (15.4)
No Enfermeras por turno/día			
1	2 (66.7)	8 (29.7)	9 (69.2)
2	-	2 (7.4)	-
3	-	6 (22.2)	2 (15.4)
4	1 (33.3)	11 (40.7)	2 (15.4)
No Enfermeras por turno/noche			
1	2 (66.6)	10 (37)	9 (69.2)
2	-	6 (22.2)	2 (15.4)
4	1 (33.4)	11 (40.7)	2 (15.4)

*Salario Mínimo Legal Vigente, SMLV; Riesgo, R.

Fuente: Grupo Investigador

El trabajo en áreas de cuidado crítico sin compañeros de turno (69.2%) tiene un riesgo medio mayor de despersonalización que el trabajo con más de un compañero de turno (Tabla 11).

La evaluación de la despersonalización y desarrollo profesional muestra que el factor ser solo enfermera presenta mayor prevalencia de niveles de despersonalización mínimo y medio (74.1%, 84.6%) (Tabla 12).

Tabla 12. Descripción de la Dimensión de Despersonalización y Desarrollo Profesional por Factores.

Variable	Nulo	R. Mínimo	R. Medio
Años de graduado (años)			
1-3	1 (33.3)	11 (40.7)	5 (38.5)
>3	2 (66.7)	16 (59.3)	8 (61.5)
Experiencia (años)			
0-2	2 (66.7)	16 (59.3)	5 (38.5)
>2	1 (33.3)	11 (40.7)	8 (61.5)
Estudia Si	1 (33.3)	2 (7.4)	1 (7.7)
No	2 (66.7)	25 (92.6)	12 (92.3)
Nivel profesional			
Enfermera	1 (33.3)	20 (74.1)	11 (84.6)
Especialista	-	5 (18.5)	2 (15.4)
Diplomado	2 (66.7)	2 (7.4)	-

Fuente: Grupo Investigador

El nivel de experiencia menor de 2 años muestra que existe un nivel de tipo mínimo de despersonalización (59.3%) mayor que las personas con más de 2 años de experiencia (40.7%).

Sin embargo se observaron en nivel medio de despersonalización mayor un grupo de personas con más de 2 años de experiencia más que en los individuos que

presentaron nivel medio y que no tienen sino entre 0 y 2 años de experiencia (61.5% vs 38.5%) (Tabla 12).

5.3.3 Realización Personal

La evaluación de los niveles de realización personal mostró que el 100% de la población percibe haber alcanzado su realización personal.

6. DISCUSION

En este estudio se observó una mayor prevalencia en la dimensión agotamiento emocional (AE) y despersonalización (D) del SAL en el personal de enfermería encuestado. Estos resultados indicaron que el 29.6% de la población presenta AE. Además el 54% de los profesionales presentan un riesgo entre alto y medio de presentar AE.

Además se observa una prevalencia de Despersonalización (D) en un nivel medio de un 29,5% y un nivel mínimo de 61.4%. Los niveles de realización personal fueron del 100% en la población observada.

Este estudio presenta un nivel de agotamiento emocional y de despersonalización muy similar al encontrado en otros estudios.^{105 106 107 108} De manera contraria a lo encontrado en otros estudios, la realización personal pareciera haber sido alcanzada por todos los profesionales encuestados.

Este aspecto de la evaluación parece un poco discordante y puede ser el resultado de una muestra pequeña de observados o que algunos factores no explorados en este estudio permiten que el individuo se auto-evalúe con un nivel muy alto de realización personal. Es necesario explorar más sobre este resultado. Los individuos identificados con AE y despersonalización en alguno de sus niveles

¹⁰⁵ GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. Op Cit.

¹⁰⁶ EMBRIACO, N., AZOULAY, E., BARRAU, K., KENTISH, N., POCHARD, F., MOUNDOU, A. Op. Cit.

¹⁰⁷ PONCET, M., TOULLIC, P., PAPAZIAN, L., y Col. Op Cit.

¹⁰⁸ POMPILI M, RINALDI G, LESTER D, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from Burnout and using specific defense mechanisms. Arch Psych Nur. 20(3), 135-143

deben ser el objeto de programas de prevención y rehabilitación a nivel institucional.

En la descripción de las dimensiones por factores, identificamos que existe una alta prevalencia de agotamiento emocional en profesionales de sexo femenino, solteros, personas sin hijos, sin ninguna persona a su cargo y vivienda propia, estar solo a cargo del turno de la noche y ser profesional de enfermería sin otros estudios de especialización para el desarrollo de despersonalización.

Estos hallazgos son menos frecuentes en otros estudios, sin embargo es similar la relación entre menor desarrollo profesional y menor experiencia con el SAL.¹⁰⁹
¹¹⁰ ¹¹¹ ¹¹² ¹¹³ El factor tener vivienda propia significa un gran estrés que se relaciona con el nivel salarial, y tiene relación con AE y D. Así mismo otros estudios han relacionado la menor edad, la menor experiencia con el riesgo de presentar el SAL.

Otros factores como salario bajo y resultados de los pacientes fuera de lo esperado, pueden también estar relacionados con AE y D. Así mismo el personal joven basa su estabilidad de grupo en las relaciones con otros y cuando estas fallan puede conducir hacia el inicio del desarrollo del SAL.¹¹⁴

Otros factores, fueron considerados relevantes pues se encuentran en un porcentaje elevado de la población y significan un nivel mayor de desgaste o fatiga laboral que puede ser prevenible. Dentro de estos factores están los demográficos como el hecho de ser mujer, ser soltero, sin hijos, y no tener personas a cargo.

¹⁰⁹ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

¹¹⁰ GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. Op Cit.

¹¹¹ EMBRIACO, N., AZOULAY, E., BARRAU, K., KENTISH, N., POCHARD, F., MOUNDOU, A. Op Cit.

¹¹² PONCET, M., TOULLIC, P., PAPA ZIAN, L., y Col. Op Cit.

¹¹³ POMPILI M, RINALDI G, LESTER D, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R. Op Cit.

¹¹⁴ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

Otros factores fueron los laborales dentro de los cuales se encuentra devengar un salario entre 3-4 salarios mínimos, y estar solo a cargo del turno.

En algunos casos el hecho de trabajar con 3-4 personas se observó con mayor frecuencia como nivel medio y alto de desarrollar despersonalización. Estos factores son muy similares a los identificados en la literatura.^{115 116 117 118 119} En general los estudios de Maslach¹²⁰ han reportado que factores como vivir solo y no tener alguna persona a su cargo son determinantes en la presencia de este síndrome.

Maslach expone que estos profesionales poseen menor habilidad para la adaptación y la solución de algunos problemas en comparación con aquellos que tienen una vida en familia.¹²¹ Sin embargo el género mujer o ser hombre no ha sido encontrado como factor determinante del SAL. La profesión de enfermería tiene aún mayor prevalencia de mujeres, lo cual dificulta la asociación con el SAL, como ha sido difícil encontrar esta diferencia por género en policías y bomberos quienes tienen una prevalencia mayor de hombres.

Al realizar el estudio, se observó que los niveles de fatiga laboral en el personal de Enfermería que labora en áreas de servicio crítico, se ve influenciada por múltiples factores demográficos como por ejemplo los laborales, que pueden incidir en la aparición final del síndrome de SAL.

Aunque nuestros datos deben ser tomados con cautela teniendo en cuenta que nuestra población fue solo de 44 profesionales de enfermería, es importante la

¹¹⁵ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

¹¹⁶ GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. Op Cit.

¹¹⁷ EMBRIACO, N., AZOULAY, E., BARRAU, K., KENTISH, N., POCHARD, F., MOUNDOU, A. Op Cit.

¹¹⁸ PONCET, M., TOULLIC, P., PAPAIZIAN, L., y Col. Op Cit.

¹¹⁹ POMPILI M, RINALDI G, LESTER D, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R. Op Cit.

¹²⁰ MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

¹²¹ Ibid.

planeación de estrategias que lleven hacia la prevención del estrés laboral y finalmente el síndrome de fatiga laboral y la realización de estudios futuros con mayor población en búsqueda de asociaciones con mayor poder entre factores y dimensiones del SAL.

Así mismo es recomendable el seguimiento de los profesionales expuestos en áreas de trabajo con pacientes crítico con el fin de prevenir un progreso hacia niveles complejos del SAL. Los resultados de este estudio sugieren la importancia de prevenir la aparición del SAL en profesionales de enfermería no solo en áreas de cuidado crítico sino en otras áreas del cuidado.

La insatisfacción en el personal de enfermería puede afectar la salud y los resultados de los pacientes, y es por ello que se aconseja planificar tareas que requieran la participación activa del personal de enfermería como promover la formación de los empleados mediante la actualización y capacitación, aumentar y facilitar la promoción dentro del hospital, mejorar las estrategias de estímulo profesional, integración y responsabilidad dentro de la institución.

La participación activa en tareas de investigación y de responsabilidad dentro de las instituciones han demostrado su efectividad en la prevención de SAL.¹²² Otras estrategias como manejo del estrés en grupo, entrenamiento en comunicación han mostrado reducir el riesgo de la fatiga laboral.¹²³ La prevención de conflictos laborales en áreas de cuidados intensivos secundario a diferencias entre enfermeras(os) y médicos acerca del cuidado, deben ser considerado un objetivo dentro de los planes de salud ocupacional de estos profesionales.¹²⁴

¹²² MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Op Cit.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ KELSEY, J., WHITMORE, A., EVANS, ALFRED., & THOMPSON, D. (Eds). (1996). *Methods in observational epidemiology*. (second edition). New Cork; Oxford University Press

En conclusión el Síndrome de Agotamiento Laboral, conocido como síndrome de desgaste profesional, por estrés laboral, afecta al profesional cuya labor se fundamenta en el servicio a otras personas. Teniendo en cuenta las áreas de desempeño y el contacto permanente con clientes en riesgo permanente de morir los profesionales de salud especialmente en Enfermería son más vulnerables al SAL.

Este estudio describió una prevalencia importante en alguno de los niveles alto medio o bajo en las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización que debe ser investigada con el fin de permitir establecer relaciones de causalidad y establecer programas de prevención y atención una vez se ha diagnosticado.

Es importante la realización de estudios futuros que explore estrategias de prevención y reducción del SAL a nivel institucional con el fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y el impacto del SAL en la calidad del cuidado.

BIBLIOGRAFIA

BARRÍA MUÑOZ, Javier. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. (2002). Revisado Enero 2008 en URL: www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml

CORDES, CL., DOUGHERT, T.(1993). A review and interaction of research on burnout. Acad Manage Rev. 18:621-65.

CUEVAS, P., O'FERRALL, C., GAVIRA, C., CRESPO, J. (1999). Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación. Enfermería Científica. 202:74-76.

DE LA CRUZ, A. Y PALOMINO, L. (2006). Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Revisado Enero 2008 en: <http://www.depresion.psicomag.com>

EMBRIACO, N., AZOULAY, E., BARRAU, K., KENTISH, N., POCHARD, F., MOUNDOU, A.(2007) High level of Burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care med. 175, 686-692.

FISCHER, H. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª ed. Síntesis. Madrid. 1997. Revisado enero 2 2007 En: <http://www.monografias.com>

GARCIA, JM., HERRERO, S. FUENTES, JL.(2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), p157-174.

GIL-MONTE, PR., PEIRÓ, JM., VALCÁRCEL, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 6(2):43-63. Cordes, Cl., Dougher, T. (1993). A review and integration of research job on burnout. *Acad Manage Rev*. 18:621-626.

GIL MONTE, PR; PEIRO JM. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Interventory en una Muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), p 678-689.

GUEVARA, C., HENAO, D., HERRERA, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*. 35 (4)173-178.

KELSEY, J., WHITMORE, A., EVANS, ALFRED., & THOMPSON, D. (Eds). (1996). *Methods in observational epidemiology*. (second edition). New Cork; Oxford University Press.

MARTÍNEZ, A.; DEL CASTILLO, C. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Revista de Atención Primaria*. 32 (6)234-238.

MASLACH Christina. (1976). Burned-out. *Hum. Beba*. 5:16-22.

MASLACH, Christina, JACKSON, Susan E. (1981). The measurement of experienced burnout. J Occupational Behaviour. 2:99-113.

_____. (1986). Maslach Burnout Inventory. Manual research edition.

MASLACH, Christina, SCHAUFELI, Wilmar., LEITER, Michael. Job Burnout. 2001. Annu Rev Psicol. 52: 397-422.

NOGAREDA, C. La carga mental de trabajo: definición y evaluación 1986. Nota técnica de prevención 179, C. N. C. T, Barcelona, 1986
Carga mental en el trabajo hospitalario. Revisado Enero 2, 2008 en <http://tusaludlaboral.galeon.com>

PATERSON, R., FOLKMAN, S. (1984). The stress response and parameters of stressful situations. Revisado diciembre 2007 <http://geosalud.com>.

PINES, A., ARONSON, E., KAFRY, D. (1981). Burnout: from the tedium to personal growth. New York: Free Press.

POMPILI M, RINALDI G, LESTER D, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from Burnout and using specific defense mechanisms. Arch Psych Nur. 20(3), 135-143.

PONCET, M., TOULLIC, P., PAPAZIAN, L., Y COL. (2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Med. Vol 175. pp 698-704

QUIROZ, R., SACO, S. (1999). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.

RAMOS, A., DOMÍNGUEZ, J. (2006). Prevalencia de burnout y variables relacionadas en los médicos de atención primaria de Burgos. Revista de atención primaria. 38 (1): 342-346.

RESOLUCIÓN 8430. 91993). Por lo cual se establecen normas técnicas, científicas y administrativas para administración en salud. Santa Fe de Bogota D.C. Revisado Enero 2007 en :<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

SELYE, H. (1982). El descubrimiento del Estrés. Revisado Diciembre 2007 en: http://hypatia.morelos.gob.mx/no4/el_estres.htm

ANEXOS

Anexo A. Encuesta

1. FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. Nombre _____
2. Edad _____ (en años) 3. Genero: Hombre _____ Mujer _____
4. Estado civil:
Soltero: _____
Casado: _____
Divorciado: _____
Viudo: _____
Unión Libre: _____
Otro: _____
5. Número de Hijos
1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ Sin Hijos: _____
6. Personas a cargo: Ninguna _____ 1-3 _____ 4-6 _____ 7-9 _____ 10 o más _____
7. Tipo de Vivienda
Propia _____
Arrendada _____
Hipotecada _____
Familiar _____
8. Estrato Socioeconómico _____
9. Su salario mensual se encuentra alrededor de:.
1 _____ salario mínimo 1-3 _____ salarios mínimos 4-7 _____ salarios mínimos 8 o más _____
10. Número de Empleos: _____ Horas realizadas a la semana: _____
11. Número de Enfermeras por turno: Día _____ Noche _____
12. Años de graduado: _____
13. Área en donde labora: _____
14. Años de experiencia: _____
15. Estudia: Si _____ No _____
16. Nivel profesional: Enfermera: _____ Especialista: _____ Diplomado: _____
Maestría: _____ Otros: _____

FACTORES PSICOSOCIALES Y LABORALES

ESCALA DE MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

16	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
17	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
18	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	
19	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	
20	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
21	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
22	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
23	Me siento "quemado" por mi trabajo	
24	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
25	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
26	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca	

	emocionalmente	
27	Me siento muy activo	
28	Me siento frustrado en mi trabajo	
29	Creo que estoy trabajando demasiado	
30	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	
31	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
32	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
33	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
34	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
35	Me siento acabado	
36	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
37	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	

Fuente: MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition. University of California. Consulting Psychologist Press. Palo Alto.

Sume las respuestas dadas a los ítems que se señalan

Aspecto evaluado	Respuestas a sumar	Valor total
Cansancio emocional	16,17,18,21,23,29,30,32,35	
Despersonalización	20,21,22,30,37	
Realización personal	19,22,24,27,32,33,34,36	

Anexo B. Consentimiento Informado

Yo, _____ con
C.C. _____ Acepto realizar el instrumento aplicado por las
Estudiantes de postgrado de la Especialización en atención de Enfermería en
Quirófanos y central de Esterilización, el cual consta de 36 preguntas divididas así:
Factores biológicos y sociodemográficos 14 y Escala de Maslach 22 preguntas;
las cuales permitirán hallar los factores determinantes de estrés en el personal de
enfermería en el servicio de Cirugía y Unidad de Cuidados Intensivos del HUS
durante el I semestre del 2007; todo esto con el fin de disminuir el estrés en esta
población; y lograr implementar intervenciones de Enfermería que hagan un
ambiente laboral optimo. La información que usted suministre es confidencial y
de uso exclusivo de la investigación.