

# PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ

## PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN NURSING STAFF AT IBAGUE CITY (TOLIMA) CLINIC

Recibido: 13 de febrero de 2013/Aceptado: 10 de marzo de 2013

JOSÉ ALONSO ANDRADE SALAZAR\*  
YURY MALEIDY SANABRIA SANABRIA\*\*  
MARÍA FERNANDA MORALES OLIVERA\*\*  
JEISSON LIZANDRO RODRÍGUEZ CARDOSO\*\*  
JESÚS DAVID OYUELA CORTÉS\*\*

*Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué - Colombia*

### Key words:

Burnout syndrome,  
Syndrome of prevalence,  
Consequence psychosocial,  
Work stress, Positive mental health.

### Palabras clave:

Síndrome de burnout,  
Prevalencia del síndrome,  
Consecuencias psicosociales,  
Estrés laboral, Salud mental positiva.

### Abstract

The objective of this research paper is to describe the prevalence of burnout syndrome in 33 nurses at Ibague city (Tolima) clinic. A cross sectional descriptive and quantitative model is used, and a Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire is applied for its advancement. The results do not show burnout syndrome in the sample, but some scores on the subscales are present, such as emotional exhaustion (93,94% or "low"), depersonalization (78,79% or "low") and personal accomplishment (69,70% "high").

### Resumen

El presente artículo de investigación describe la prevalencia del síndrome de burnout en 33 enfermeros de una clínica de la ciudad de Ibagué (Tolima, Colombia). En su desarrollo, se utilizó un modelo descriptivo-cuantitativo de corte transversal, y se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), así como una entrevista estructurada. Los hallazgos no evidencian síndrome de burnout en la muestra, pero se observan puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional (93,94% o "bajo"), despersonalización (78,79% o "bajo"), y en la realización personal (69,70% o "alto").

### Referencia de este artículo (APA):

Andrade, J., Sanabria, Y., Morales, M., Rodríguez, J. & Oyuela, J. (2013). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. En *Psicogente*, 16(29), 170-183.

\* Coordinador de investigaciones del programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Extensión Ibagué. Colombia 2012.  
Email: 911psicologia@gmail.com

\*\* Estudiantes Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué.

## INTRODUCCIÓN

El estrés laboral es una de las condiciones psicopatológicas causantes del síndrome de *burnout*, dado que “aparece como el resultado del fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido” (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez & Pinzón, 2011, p. 10). En este sentido, el estrés crónico laboral se relaciona con el exceso de trabajo, la escasa utilización de habilidades sociales y de autocontrol, además de otros elementos ocupacionales tales como: presión laboral, conflicto familiar o con compañeros, y ambigüedad en las funciones realizadas en la institución (Hernández, Terán, Navarrete & León, 2007). Investigaciones acerca de las causas y consecuencias clínicas del estrés negativo o diestrés han encontrado una comorbilidad importante entre el estrés crónico de tipo laboral y el trastorno psicósomático, llegando a la conclusión de que sus efectos perturban de manera frecuente la calidad de vida y los diferentes espacios de desarrollo social, familiar y laboral de los individuos que lo padecen (Hernández, 2002; Martín, López, Fuente, García, Ortega, Cortés & García, 2000; Vinaccia & Alvarán, 2003).

El síndrome de *burnout* fue descrito por primera vez por el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger (1974), como “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (Bosqued, 2008, p. 18). Para Freudenberger, las personas que laboran en servicios sanitarios desarrollan, luego de un año, cambios de actitud hacia el trabajo y el desempeño en sus tareas, tales

como: progresiva pérdida de energía, desmotivación por el trabajo, cambios en el comportamiento con el paciente (menor sensibilidad y comprensión hacia ellos, trato distanciado y frío, tendencia a culparlos por los problemas que padecen), y síntomas de ansiedad y depresión.

En 1977, la psicóloga social Christina Maslach expuso públicamente en el congreso anual de la APA (Asociación Americana de Psicología) el síndrome *burnout*, considerándolo como el corolario de un proceso de estrés crónico. Poco más tarde, Maslach y Susan Jackson (1981) lo definieron como un síndrome tridimensional, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, el cual se presenta entre individuos que laboran en contacto directo con usuarios (Bosqued, 2008).

La población que más presenta este tipo de síndrome suele estar compuesta por profesionales que tienen contacto permanente con usuarios que requieren un servicio, tales como médicos, enfermeros, policías y docentes (Hernández, Terán, Navarrete & León, 2007). Rodríguez y Col. (2011) opinan que “teóricamente, el estrés de los profesionales de la salud es más alto que el de otras profesiones, debido a que están enfrentados al dolor y al sufrimiento humano” (p. 11). Pero, particularmente en Colombia, el estrés se ha estudiado sobre todo en el sector educativo, por lo que existe poco conocimiento en el área de la salud.

Por otra parte, entre las variables desencadenantes del síndrome *burnout*, se encuentran: conflictos personales e interpersonales, sobrecarga laboral, exceso de contacto con la muerte y el dolor de otros, ambigüedad

en el rol, monotonía de la tarea, falta de cohesión grupal, emergencia de diversos estresores ambientales, turnos extensos, estructura organizacional rígida, deterioro de las relaciones sociales, problemas familiares y la diferencia de género, ya que la mujer por su rol familiar es más vulnerable a desarrollar el síndrome (Rodríguez *et al.*, 2011; Vinaccia & Alvarán, 2003). Asimismo, entre las variables consecuentes, se evidencian cuadros clínicos de ansiedad, depresión, cansancio, desmotivación, agresividad con los pacientes, poca socialización extralaboral, problemas de farmacodependencia, ausentismo laboral, disminución de expectativas, frustración, baja productividad, insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, cefalea e hipertensión (Rodríguez *et al.*, 2011).

Estos síntomas suelen ser nocivos para las personas, y su clasificación incluye cuatro niveles: “*leve*: quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana. *Moderado*: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo. *Grave*: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol y drogas. *Extremo*: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y/o suicidios” (Rodríguez, *et al.*, 2011, p. 23). A tono con lo anterior, Maslach y Jackson (1981) indican la existencia de tres dimensiones: *Cansancio Emocional* (CE), que se caracteriza por la disminución de los recursos emocionales e incapacidad de entrega a otros; *Despersonalización* (DP) u hostilidad hacia los usuarios, y *Baja realización personal* (RP), es decir, la sensación de frustración, incompetencia y fracaso (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga, 2009). Este síndrome surge por la interacción entre factores internos y un entorno laboral estresante, que tiene como consecuencia un agotamiento emocional frecuente, fracaso profesional y ac-

titudes negativas hacia pacientes y compañeros (Amar *et al.*, 2008). Es importante resaltar que mientras el *estrés general* se presenta en cualquier ámbito de la vida donde haya presiones psicosociales, el *burnout* es exclusivo del ámbito laboral, pues el estrés laboral crónico genera síntomas físicos y mentales que alteran las actividades diarias e instrumentales del individuo (Rodríguez *et al.*, 2011) y disminuyen su capacidad de respuesta asertiva ante las presiones laborales y sociales.

Cabe anotar que las tres dimensiones de *burnout* definidas por Maslach y Jackson (1981) son vistas en el ámbito investigativo como la descripción más amplia de las características y sintomatología del *burnout*, lo cual permite una aproximación amplia al conocimiento sobre el estrés laboral, y se complementa con el cuestionario MBI aplicado en esta investigación. Igualmente, son de resaltar los aportes de Marie Jahoda (1958) acerca de la Salud Mental Positiva (SMP), ya que posibilitan entender la forma cómo las personas logran un manejo adecuado de situaciones estresantes, haciendo uso del equilibrio interno relacionado con el bienestar individual y colectivo, sea este último a nivel social o al interior de una organización laboral. Según Díaz, Blanco, Horcajo y Valle (2007) la SMP comprende un estado emocional positivo, pensamiento compasivo frente a sí mismo y otros, expectativas positivas, un estilo adaptativo al interpretar la realidad y disposición de recursos para desafiar las adversidades (Vázquez & Hervás, 2008). El trabajo de Jahoda (1958) implica, por demás, el análisis de aspectos físicos, psíquicos y sociales satisfactorios, al tiempo que la ausencia temporal de enfermedad en la SMP, generada cuando hay un equilibrio entre lo que cada persona espera de la vida y lo que la vida le ofrece, desemboca en un sentimiento de felicidad producto de

la interacción persona-ambiente (Amar, Palacio, Llinás, Puerta, Sierra, Pérez & Velásquez, 2008).

## MÉTODO

La presente es una investigación cuantitativa-descriptiva y de tipo empírico-analítico, que fue realizada con un diseño descriptivo de corte transversal y que busca conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de una institución de salud.

### Población

La muestra objeto de estudio estuvo compuesta por 33 enfermeros(as) vinculados laboralmente a una clínica de la ciudad de Ibagué (Colombia), ubicada en el departamento del Tolima. Los instrumentos se apli-

caron a 26 mujeres (78,8%) y 7 hombres (21,2%), que se desempeñaban en los cargos de jefe de enfermería (24,2%) y técnico en auxiliar de enfermería (75,8%). Estas personas cumplían intensidades de trabajo diario de: 12 horas (84,8%), 8 horas (12,1%) y 9 horas (3,0%). Sus edades fluctuaron entre 19 y 65 años ( $\bar{x} = 34,55$ ;  $\hat{\chi} = 27$ ;  $Dt = 9.878$ ), y su estado civil se distribuyó así: solteros (39,4%), casados (30,3%), unión libre (27,3%) y separados (3%). El 97% solo trabaja en la clínica y el 3% también lo hace en una segunda institución de salud. Esta información se muestra en la Tabla 1.

### Instrumentos y procedimientos

La investigación se realizó con la autorización de las autoridades del centro de salud, el previo consentimiento informado del personal de enfermería y la

**Tabla 1.**  
**Características de la muestra objeto de estudio**

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>		
Femenino	26	78,8%
Masculino	7	21,2%
<b>Cargo laboral</b>		
Técnico auxiliar de enfermería	25	75,8%
Jefe de enfermería	8	24,2%
<b>Horas de trabajo diario</b>		
12 horas	28	84,8%
8 horas	4	12,1%
9 horas	1	3,0%
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	13	39,4%
Unión libre	9	27,3%
Casado(a)	10	30,3%
Separado(a)	1	3,0%
<b>Labora en otras empresas</b>		
Sí	1	3,0%
No	32	97,0%
<b>Edad</b>		
19-65 años	$\bar{x}$ 34,55	$\hat{\chi}$ 27

aprobación de la Universidad de San Buenaventura. Se utilizó el cuestionario MBI, “instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones, y en Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el año 2004” (Rodríguez *et al.*, 2011, p. 25). El cuestionario consta de tres subescalas: 1. *CE*, formada por 9 ítems que evalúan la vivencia de estar exhausto emocionalmente; 2. *DP*, compuesta por 5 ítems que valoran las actitudes de frialdad e insensibilidad experimentadas ante los pacientes; 3. *RP*, que consta de 8 ítems y evalúa los sentimientos de autoeficacia, competencia y realización personal.

Para tipificar el síndrome de *burnout*, las primeras dos subescalas deben puntuar con niveles altos, y la tercera, niveles bajos. El punto de corte se establece a partir de los siguientes criterios: en el *CE*, puntuaciones  $\geq 27$  indican altos niveles; entre 19-26, intermedios; y bajos,  $< 26$ . En la *DP*, puntuaciones  $> 10$  indican un nivel alto; mientras que el intermedio comprende entre 6-9; y el bajo,  $< 6$ . Por último, en la *RP*, las puntuaciones de 0-31 sugieren niveles bajos; en tanto que los intermedios van de 32-38; y los superiores,  $> 39$  (Rodríguez *et al.*, 2011). Para la recolección de los datos sociodemográficos, se administró una ficha de caracterización, que luego fue complementada con una entrevista estructurada acerca del ámbito laboral, social, familiar y personal de los sujetos. Los datos se tabularon en el programa estadístico SPSS, versión 20.

La identificación de la hipótesis se hizo a través de la Matriz Vester. Esta matriz tipifica la relación causal entre las dimensiones y variables propias del instrumento, tomando en cuenta la actividad y pasividad de

los problemas evaluados, según causas y consecuencias (Schutter & Yopo, 2005; Sánchez, 2003) que llevan a una hipótesis (Vester, 1978; Vester & Hesler, 1982). Los participantes del estudio no recibieron ningún tipo de estímulo.

### Variables

La variable dependiente fue el síndrome de *burnout*, que como se ha reiterado es un proceso de estrés crónico laboral, que desarrolla en el individuo una actitud caracterizada por: pérdida de energía, desmotivación y frustración ante su labor, comportamientos hostiles hacia los pacientes, ansiedad, depresión, etc. Las variables independientes fueron, las características sociodemográficas y factores psicosociales. Además, entre las variables sociodemográficas se tuvieron en cuenta: edad, sexo, estado civil (soltero, casado, unión libre, separado), profesión, número de hijos, servicio clínico prestado, pacientes atendidos por día, tiempo de servicio, intensidad horaria, salario devengado, grado de dificultad percibido en la tarea, relaciones con el equipo de trabajo e implementación del tiempo libre. Finalmente, los factores psicosociales referencian la interacción del individuo con el trabajo, medioambiente, situación personal, capacidades y necesidades, que pueden generar un estado de estrés positivo o negativo.

### Procedimiento

Se elaboró una base de datos en la que se consignaron los hallazgos de la ficha de caracterización y la entrevista, al igual que los resultados de los instrumentos aplicados. Para esto último, se utilizó el software es-

tadístico SPSS versión 20 teniendo en cuenta las tablas de frecuencia, promedios y distribución en las gráficas. Los instrumentos se aplicaron previo consentimiento informado, en tanto que la ficha de caracterización comprendió las categorías de: edad, escolaridad, género, profesión, estrato, estado civil, servicio clínico prestado, horas de trabajo diario. La entrevista estructurada que se aplicó a cada participante también incluyó preguntas cerradas acerca del tiempo y tipo de servicio prestado, horas laboradas y percepción de la labor que se realiza.

### Análisis de datos

En esta investigación, se utilizaron medidas como la media y la desviación típica para variables cuantitativas; así como frecuencia y porcentajes, para variables cualitativas. Para determinar la fiabilidad del cuestionario MBI, se usó el coeficiente Alfa de Cronbach, que permitió analizar la consistencia interna de la prueba y cuyo resultado fue 0,417. Esto significa que el cuestionario tiene una confiabilidad media y sus ítems están correlacionados positivamente unos con otros.

## RESULTADOS

Los resultados indican según lo muestra la Tabla 2, que el 75,8% de los participantes es técnico en auxi-

liar de enfermería y labora en servicio de hospitalización (39,4%) y urgencias (39,4%). Atienden, además, a diario un promedio de 30 pacientes (24,2%). Con respecto a la percepción sobre la dificultad de su actividad laboral, el 45,5% considera que esta tiene una doble connotación, pues “no es difícil pero tampoco resulta fácil”. Las relaciones con el equipo de trabajo son buenas (90,9%), y las actividades en su tiempo libre se proyectan a la familia (63,7%).

**Tabla 2.**  
**Características ocupacionales de la población**

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Profesión</b>		
Téc. auxiliar de enfermería	25	75,8%
Jefe de enfermería	8	24,2%
<b>Servicio clínico prestado</b>		
Hospitalización	13	39,4%
Quirófano	7	21,2%
Urgencias	13	39,4%
Tiempo libre: familia	21	63,7%

Los valores obtenidos en las distintas dimensiones del MBI fueron: cansancio emocional bajo (93,9%) e intermedio (6,1%); despersonalización baja (78,8%), intermedia (12,1%) y alta (9,1%). El estudio también encontró que la realización personal es elevada (69,7%), intermedia (24,2%) y baja (6,0%). Por tal motivo, en la muestra, prevalece el autocontrol y la SMP antes que el síndrome de *burnout*, como se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3.**  
**Resultados de las dimensiones del MBI**

Dimensión del MBI	Niveles del burnout (%)		
	Bajo	Intermedio	Alto
Cansancio emocional	93,9%	6,1%	0,0%
Despersonalización	78,8%	12,1%	9,1%
Realización personal	6,0%	24,2%	69,7%

De acuerdo con lo expuesto, la despersonalización es el ítem que puntuó en el 78,8% de los casos como bajo, y se relaciona con el periodo de vinculación laboral, ya que a mayor tiempo de servicio, también es mayor el riesgo de desarrollar niveles intermedios y altos en despersonalización. Así, entre 1 a 3 años, hay una probabilidad de 9,0% de ubicarse en un nivel intermedio; mientras que, entre 5-12 años se pueden encontrar puntajes altos (9,0%) como se muestra en la Tabla 4.

Por último, la realización personal se relaciona con la implementación del tiempo libre en actividades agradables, por lo que el estar con la familia (63,7%)

y otras actividades, como ir de vacaciones, realizar capacitaciones, practicar un deporte y estudiar, son muy importantes y en conjunto son el 36,3%. En general, los sujetos que realizan varias actividades en su tiempo libre, tales como estudiar, pasear, estar en familia y practicar un deporte, presentan un nivel alto (69,7%), intermedio (24,2%) y bajo (6,0%) en el aspecto de la realización personal, esto se muestra en la Tabla 5.

Cabe mencionar que, aun cuando los datos no muestran factores de riesgo elevados para el desarrollo del *burnout*, esto no exceptúa a las personas evaluadas. Así, la presencia de estas pequeñas variaciones es el

Tabla 4.  
Tabla de contingencia Tiempo de Servicio \* Despersonalización

Tiempo de Servicio * Despersonalización		Despersonalización		
		Bajo	Intermedio	Alto
Tiempo de Servicio	1 año	3,0%	0,0%	0,0%
	2 años	3,0%	3,0%	0,0%
	3 años	3,0%	3,0%	0,0%
	5 años	6,1%	3,0%	3,0%
	6 años	3,0%	0,0%	0,0%
	7 años	6,1%	0,0%	0,0%
	8 años	15,2%	0,0%	0,0%
	9 años	0,0%	0,0%	3,0%
	12 años	3,0%	0,0%	3,0%
	Total		42,2%	9,0%

Tabla 5.  
Tabla de contingencia Implementación del Tiempo Libre \* Realización Personal

Implementación del Tiempo Libre * Realización Personal		Realización Personal		
		Bajo	Intermedio	Alto
Implementación del Tiempo Libre	Capacitaciones	3,0%	0,0%	3,0%
	Deporte	0,0%	0,0%	9,1%
	Estudio	0,0%	0,0%	3,0%
	Familia	0,0%	18,2%	45,5%
	Leer	0,0%	3,0%	3,0%
	Paseo	3,0%	0,0%	6,1%
	Tocar Guitarra	0,0%	3,0%	0,0%
Total		6,0%	24,2%	69,7%

indicador de descompensaciones pueden alcanzar niveles patológicos, pero que son contenidas a través de las diversas estrategias de afrontamiento sociofamiliar. Por último, con la entrevista estructurada, se confirman los niveles bajos de cansancio emocional y despersonalización, puesto que no se sienten malhumorados, irritables o cansados ni tienen conflictos con superiores o usuarios. Por otra parte, en la muestra, también se confirman los niveles altos de realización personal, pues los participantes no referencian sentir ansiedad patológica o frustración ante las labores que desempeñan y, por el contrario, manifiestan sentirse útiles y parte del equipo de trabajo.

## DISCUSIÓN

En Colombia, son escasos los estudios acerca del síndrome de *burnout* en personal de enfermería. Sin embargo, se han realizado investigaciones en el área de la salud (Hernández, 2002) que indican un nivel de afectación medio en la escala de cansancio emocional, afectación baja en despersonalización y puntajes altos en la realización personal. En este sentido, nuestro estudio muestra una similitud importante con los resultados de investigaciones realizadas en Medellín (Vinaccia & Alvarán, 2003), Bogotá (Rozo, 2007) y España (Martín *et al.*, 2000). Lo anterior indica que el gremio de personas que trabaja en el área de la salud genera, a través de acciones colectivas y la ayuda del campo de psicología organizacional, habilidades de control del estrés y de prevención del *burnout*. En efecto, el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) utilizado en este trabajo identificó, en las variables de cansancio emocional y despersonalización, un nivel bajo, y un nivel alto en la realización per-

sonal, lo que indica la ausencia del síndrome de *burnout* en la muestra.

Según Maslach y Jackson (1981), cuando hay cansancio emocional (CE) se observa irritabilidad, malhumor, insatisfacción laboral, carencia de energía, descontento y pesimismo respecto a las tareas a realizar. Dichas actitudes conducen a la despersonalización (DP), escenario donde el profesional crea una barrera entre él y el usuario, que lo induce a un trato negativo y hostil con el paciente, en razón del endurecimiento afectivo que surge en aquel como mecanismo defensivo.

Finalmente, la baja realización personal (RP) trae como consecuencia una merma de autoestima y evaluación negativa de sí mismo (Fidalgo, 2008). Rodríguez *et al.* (2011) precisan: “hay pérdida de ideales y fundamentalmente, un creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión” (p. 14). Cabe mencionar que en los sujetos evaluados los niveles bajos de CE y DP coinciden con una RP alta. Estos aspectos son análogos a los factores de riesgo elevado derivados de la matriz Vester.

Los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales intervienen en el desarrollo del estrés, dependiendo de los rasgos de personalidad individual como también del contexto social. Así, el estrés es resultado de la valoración subjetiva de estímulos internos y externos, respecto a daños causados en una persona y el nivel de descompensación psicósomática experimentado. En este sentido, Lazarus (2000) propone que el individuo responde con una exaltación del inconveniente y actuando sobre él (afrontamiento dirigido al problema), o



bien, equilibrando la respuesta emocional (afrentamiento dirigido a la emoción), por lo que ambas respuestas consiguen potenciar o interferir entre sí (Quiceno & Vinaccia, 2007). Del mismo modo, Gil-Monte (2005) argumenta que el síndrome de “quemarse en el trabajo” (SQT) (*burnout*) es el resultado del acoso psicosocial en la organización, es decir, una respuesta a los estresores crónicos laborales, que viene acompañada de sentimientos, cogniciones y actitudes negativas, y provoca alteraciones psicofisiológicas en el individuo (Quiceno *et al.*, 2007). En la población evaluada, esta situación es controlada, a través de actividades gratificantes externas y una adecuada interrelación laboral.

Para Lazarus y Folkman (1986), el estrés es resultado de la relación entre el individuo y su entorno, que es evaluada por el afectado como algo amenazante y que desborda sus recursos, debido a demandas sociales en la ejecución de ciertas tareas, roles interpersonales y físicos, y pone en peligro su bienestar biopsicosocial (Andrade, 2012). De esta manera, el estrés crónico propicia en el profesional un desajuste de su homeostasis biopsicosocial, lo que precede a la aparición del síndrome en un tiempo futuro, bajo dos modalidades: el estrés positivo o “eustrés” (como tendencia a la realización personal) y negativo (como mecanismo autodestructivo). De acuerdo con Padilla (2011), “Hans Seyle fue quien diferenció claramente el estrés positivo del estrés negativo. Afirmó que el estrés positivo o sano tonifica el cuerpo y el negativo consume las fuerzas corporales y causa enfermedad” (p. 1). De hecho, en los sujetos evaluados, se encontró estrés positivo (eustrés), ya que interaccionan con su estresor manteniendo una mente abierta y creativa, preparando el cuerpo para una función óptima en el

trabajo, lo que genera salud mental, placer, bienestar y equilibrio, además de experiencias agradables, satisfactorias y compensadoras (Morgan, 2009).

En el personal de salud, emergen regularmente riesgos para la salud mental, que pueden generar desajustes en el modo como se percibe la utilidad del trabajo y el apoyo a otros equipos del orden laboral. Es importante anotar que la salud mental se aprecia como positiva en la medida que cumple seis parámetros, según Jahoda (1958): 1. Actitudes hacia sí mismo: *accesibilidad del yo a la conciencia* (autoconcepto, valores, deseos y sentimiento), *concordancia del yo real-yo ideal* (autopercepción de lo que soy y lo que quiero ser), *autoestima* (considerarse a sí mismo bueno, fuerte y capaz) y *sentido de identidad* (autoaceptación de las limitaciones y posibilidades); 2. Crecimiento y autoactualización: referido al desarrollo de proyectos y objetivos de vida; 3. Integración: involucra el *equilibrio psíquico* (homeostasis entre ello-yo-superyó), *la filosofía personal sobre la vida* (visión integral de la vida orientada al crecimiento personal) y *resistencia al estrés*; 4. Autonomía: discriminación consciente de los factores ambientales que la persona decide admitir o rechazar y la ejecución de sus conductas; 5. Percepción de la realidad: involucra el percibir adecuadamente la realidad con base en las necesidades y empatía; 6. Dominio del entorno: comprende la adecuación entre el amor, trabajo y relaciones interpersonales, así como adaptación y ajuste social, eficiencia en la resolución de problemas y el manejo de demandas interpersonales (Navarro, 2008).

Dicho esto, a pesar de enfrentarse a diario a situaciones generadoras de estrés elevado, el personal de enfermería implementa mecanismos de resignificación

de la angustia, tales como: trabajo en equipo, realización de actividades extralaborales y buenas relaciones interpersonales, que provocan eustrés (estrés positivo); con otras palabras, el eustrés posibilita en el personal de salud la conformación de una “salud mental positiva” (SMP), que a su vez fortalece los vínculos sociofamiliares y laborales. Lo anterior se refleja en los hallazgos de la entrevista estructurada en relación a los resultados del MBI, dado que los sujetos puntuaron bajo en cansancio emocional (CE) porque no se sienten irritables o malhumorados. Por el contrario, son felices y tienen “energía” para realizar su trabajo, sin llegar a estados de cansancio crónico, sensación de estar emocionalmente vacíos o trabajar bajo una gran tensión. La SMP disminuye el riesgo de DP porque influye positivamente en la vida de otras personas. De este modo, los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios se afrontan y solucionan, como se evidencia en la ausencia de trato negativo u hostil con pacientes y compañeros, además de un clima laboral que fomenta el crecimiento de los miembros de la organización.

Respecto a la realización personal, el puntaje elevado es un indicador de SMP, puesto que no se sienten ansiosos o frustrados ante las labores que desempeñan, lo que aumenta el sentido de productividad y la utilidad de sus funciones. La RP indica que el trabajo proporciona beneficios y cumple con sus expectativas, pues no trabajan aisladamente, toleran la frustración, y tienen ideales de autosuperación y autoestima fuerte. En los trabajadores de la salud evaluados, los factores de protección psicosocial ante el *burnout* referencian un nivel de interacción apropiado con el trabajo, medioambiente, organización y cultura; como también, interés de la empresa

por la situación personal, las capacidades y necesidades del empleado, lo cual se cristaliza a través de percepciones y experiencias laborales gratificantes, que intervienen en la salud, rendimiento y satisfacción laboral (Daza & Pérez, 2008). No sobra decir a este respecto que, para la Organización Internacional del Trabajo-OIT (1986), los factores psicosociales de riesgo de *burnout* son: poca implementación de habilidades, sobrecarga laboral, problemas de relaciones, desigualdad salarial, etc. (Moreno & Báez, 2010), los cuales son conocidos y confrontados por el personal de salud a través de las estrategias y habilidades ya mencionadas.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados, el personal de salud evaluado cuenta con un adecuado manejo de los factores psicosociales, ya que enfrenta asertiva y creativamente las situaciones conflictivas emergentes propias del ambiente laboral y sociofamiliar. En ellos, las variables moduladoras permiten evitar el *burnout* y propician el equilibrio en la vida laboral, personal y sociofamiliar. Dichas variables son: a) *Locus de control*, referido a la creencia de controlar las situaciones laborales y sociales; b) *Personalidad resistente*, caracterizada por el optimismo, afectividad, autoestima, compromiso y desafío ante las tareas; c) *Estrategias de afrontamiento* asertivas; d) *Autoeficacia* con las tareas realizadas; e) *Patrón de personalidad tipo A*, que caracteriza a sujetos competitivos, impacientes y motivados por el éxito; f) *Expectativas personales* alcanzables (Rodríguez *et al.*, 2011). En síntesis, el personal de enfermería presenta un equilibrio íntegro entre emociones, conducta y cogniciones.

Al prevalecer factores protectores en función de la protección de los miembros del grupo de trabajo, y la satisfacción de necesidades individuales, sociales y laborales, se facilita en el individuo la adaptación ante numerosos estresores. Esto confirma la importancia de reforzar y aumentar las estrategias de afrontamiento y de resolución creativa de conflictos, cuestión que implica la participación de la organización y de los trabajadores en jornadas de formación, así como la aplicación de dichos aprendizajes en escenarios laborales y sociales. El control y evitación del *burnout* se cumple cuando la comunidad de trabajo fomenta actividades de esparcimiento, el amor por el trabajo, las relaciones interpersonales y el compartir con la familia. *Grosso modo*, a través de acciones colectivas y habilidades de control del estrés, el personal de salud genera estrategias para la prevención del *burnout*.

El presente estudio revela, por otra parte, que el eustrés o estrés positivo actúa como factor que desencadena un clima laboral propicio para el crecimiento personal y social. Por ello, el desarrollo de la SMP requiere de manera fundamental: contar con un máximo de 12 horas diarias de tiempo laboral, estar en contacto directo con el paciente, contar con buenas relaciones laborales, presentar una elevada tolerancia a la frustración y buena capacidad de autoestima. Además, es necesario poseer expectativas adecuadas respecto a la labor profesional, y niveles altos de satisfacción laboral con tendencia a la autosuperación constante. Entre las estrategias a implementar para que este perfil se consolide se encuentran: participación en grupos de control, creación de grupos interdisciplinarios de apoyo, trabajo de los problemas a través de círculos conversacionales, cooperación permanente del área de gestión humana, actividades extramu-

rales de ayuda comunitaria, fortalecimiento de acciones de integración y de colaboración entre los empleados, capacitación en habilidades de autocontrol frente al estrés laboral (*burnout*), refuerzos continuos por el trabajo desarrollado, contribución de los empleados en comités evaluadores de la gestión, entre otros.

El personal de enfermería emplea ciertas variables moduladoras, tales como: el locus de control interno, que los lleva a una reevaluación positiva de los hechos; una personalidad resistente a los cambios sociales y a eventos estresantes; estrategias de afrontamiento asertivas que promueven la adaptación y estilos de vida saludables; expectativas personales alcanzables y la autoeficacia o la capacidad para cumplir sus objetivos de forma asertiva y responsable, optimizando los recursos disponibles en su escenario de interacción con otros.

Todos estos hallazgos tienen especial relevancia para el diseño e implementación de estrategias de prevención y control del desgaste laboral en dichos profesionales. Por último, se resalta de nuevo que son pocos los estudios realizados en Colombia acerca del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería, no obstante, algunas investigaciones realizadas en otras ciudades han arrojado resultados similares: CE y DP, bajo; RP, alto.

## REFERENCIAS

- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A.M. & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolúviejo. *Suma Psicológica*, 15(2), 385-402. Recuperado de 2012 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212610006.pdf>

- Andrade, J.A. (2012). *Estrés psicosocial*. Recuperado de <http://sites.google.com/site/psicologiasociedadycultura/myforms/homeworkforweekofoctober-25th>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: el síndrome de burnout: ¿Qué es y cómo superarlo?* España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Daza, F.M. & Pérez, J. (2008). *Factores psicosociales: metodología de la evaluación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_443.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf)
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72719217.pdf>
- Fidalgo, M. (2008). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 701-750. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf). 701-750
- Freudenberger, H.J. (1974). "Staff burnout". *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17083206>
- Hernández, P. (2002). Estudio descriptivo del síndrome burnout en trabajadores de la salud en el HMC: Universidad Católica. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 71-84.
- Hernández, T.J., Terán, O.E., Navarrete, D.M. & León, A. (2007). El síndrome del burnout: una aproximación hacia su contextualización, antecedentes, modelos explicativos y medición. Recuperado de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implementaciones en muestra de salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martínez Roca (Trabajo original publicado, 1984).

- Martín, C.M., López, R.M., Fuente, C.I., García, E., Ortega, R., Cortés, A.D. & García, J.L. (2000). Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad. *Medicina Paliativa*, 7(3), 85-93. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/paliativos/contenidos/formacion%20continuada/cursos%20presenciales/cicloformativo%202012y2013/talleres%20especi%cc%81ficos.mayjun12/4taller%20coordinacion260612/lecturas/estudio%20comparativo%20burnout.pdf>
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. En *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Moreno, B. & Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Universidad Autónoma. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Morgan, G. (2009). *Estrés: concepto, causa y control*. Recuperado de <http://www.geraldinemorgan.cl/Articulos/Estres/ESTRES.pdf>
- Navarro, G.L. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. (Tesis de Maestría, Universidad del Norte). Recuperado de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/684/1/37331533.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: OIT.
- Padilla, A. (2011). *El estrés. Lección 3, Recursos escuela sabática*. Recuperado de <http://www.escuelasabatica.cl/2011/tri1/lecc3/2011-01-03ComentarioAPC.pdf>
- Quiceno, J.M. & Vinaccia, E. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11\\_117-125.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf)
- Rodríguez, M.G., Rodríguez, R., Riveros, A.E., Rodríguez, M.L. & Pinzón, J.Y. (2011). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. (Trabajo de especialización, Universidad del Rosario, Colombia). Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2389/1/52931143-1.pdf>
- Rozo, M. (2007). Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. En *Psychologia*, 1(1), 185-214.
- Schutter, A. & Yopo, B. (2005). *Desarrollo y perspectiva de la investigación participativa*. Biblioteca Digital CREFAL. Recuperado de [http://www.crefal.edu.mx/biblioteca\\_digital/CEDEAL/acervo\\_digital/coleccion\\_crefal/retablos%20de%20papel/RP10/shuttby.pdf](http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/retablos%20de%20papel/RP10/shuttby.pdf)

- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). Salud mental positiva: del síntoma al bienestar. En: Vázquez, C. & Hervás, G. (Comp.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 18-39). Bilbao: Desclée de Brouwer. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/ucmp/cont/descargas/documento25685.pdf>
- Vester, F. (1978). *Urban Systems in Crisis. Understanding and Planning Human Living Spaces: The Biocybernetic Approach*. Stuttgart: Deutsche Verlags Anstalt.
- Vester, F. & Hesler, A.V. (1982). *Sensitivity Model*. Frankfurt: Umlandverband Frankfurt.
- Vinaccia, E. & Alvarán, L. (2003). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. En: *Universitas Psychologica*, 3(1), 35-45. Recuperado de [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N104el\\_sindrome.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N104el_sindrome.pdf)