

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN POBLACIÓN SANITARIA
PERTENECIENTE A 15 HOSPITALES PÚBLICOS DE PRIMER NIVEL EN MUNICIPIOS
DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, 2018.

JUAN PABLO ARCE MONTEALEGRE

LUIS CARLOS AGUILAR SAAVEDRA

MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS MASABEL

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA - HUILA

2018

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN POBLACIÓN SANITARIA
PERTENECIENTE A 15 HOSPITALES PÚBLICOS DE PRIMER NIVEL EN MUNICIPIOS
DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, 2018.

JUAN PABLO ARCE MONTEALEGRE

LUIS CARLOS AGUILAR SAAVEDRA

MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS MASABEL

Trabajo presentado para optar al Título de Psicólogo

ASESOR:

PS. ESP. MÓNICA SÁNCHEZ FALLA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA - HUILA

2018

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Octubre de 2018

Tabla de contenido

	Pág.
1. Introducción	11
2. Planteamiento del problema	13
3. Justificación	19
4. Objetivos	25
4.1 Objetivo general.....	25
4.2 Objetivos específicos.....	25
5. Antecedentes	26
6. Marco teórico	31
6.1 Psicología laboral.....	31
6.2 Enfoque humanista en la psicología laboral.....	31
6.3 Salud y trabajo.....	32
6.4 El síndrome de quemarse por el trabajo.....	34
7. Marco Conceptual	37
7.1 Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout).....	37
7.1.1. Ilusión por el trabajo (It).....	37
7.1.2. Desgaste psíquico (Dp).....	37
7.1.3. Indolencia (In).....	37
7.1.4. Culpa (C).....	38
8. Metodología	39
9. Operacionalización de variables.....	40
10. Población.....	43

11. Tamaño de la muestra	43
12. Criterios de inclusión	43
13. Criterios de exclusión	44
14. Recolección de datos	44
15. Procedimiento de recolección de datos.....	45
16. Técnicas	45
17. Instrumentos.....	46
18. Descripción de los instrumentos.....	46
19. Plan de análisis	50
20. Mecanismos de difusión del estudio.....	50
21. Marco ético.....	52
22. Resultados	53
23. Descripción de variables sociodemográficas	53
24. Descripción de los niveles del puntaje global de CESQT	64
25. Descripción de los niveles por escalas Del CESQT	66
26. Descripción de escalas por municipios.....	68
27. Descripción de los niveles de SQT en relación las variables sociodemográficas	81
28. Discusión.....	96
29. Conclusiones	99
30. Recomendaciones	102
31. Referencias	¡Error! Marcador no definido.
32. Anexos	109

Lista de tablas	Pág.
Tabla 1. Clasificación de variables de acuerdo a definición, naturaleza, nivel de medición y categoría.....	40
Tabla 2. Puntaje según la frecuencia de las afirmaciones por ítem del CESQT.....	48
Tabla 3. Descripción sociodemográfica Sexo y Edad según municipio.....	53
Tabla 4. Descripción sociodemográfica estado civil y Número de hijos según municipio.....	54
Tabla 5. Descripción sociodemográfica Profesión según municipio.....	56
Tabla 6. Descripción sociodemográfica Estrato socioeconómico, Ingresos mensuales según municipio.....	57
Tabla 7. Descripción sociodemográfica, Grado de dificultad y percepción de la planta física según municipio.....	58
Tabla 8. Descripción sociodemográfica en relación a Años de ejercicio profesional por municipio.....	60
Tabla 9. Descripción sociodemográfica en relación a tipo de contrato por municipio.....	61
Tabla 10. Descripción sociodemográfica en relación a pacientes atendidos al día según municipio.....	62
Tabla 11. Descripción sociodemográfica en relación a horas de trabajo al mes y percepción de último periodo de descanso por municipio.....	63
Tabla 12. Puntaje Global del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, resultado del CESQT.....	65

Tabla 13. Niveles generales por escalas del SQT según el CESQT.....	66
Tabla 14. Municipio en relación al Puntaje Global CESQT.....	68
Tabla 15. Nivel por escalas según CESQT municipio del Agrado, 12 participantes.....	68
Tabla 16. Nivel por escalas según CESQT municipio de Algeciras, 37 participantes.....	69
Tabla 17. Nivel por escalas según CESQT municipio de Baraya, 12 participantes.....	70
Tabla 18. Nivel por escalas según CESQT municipio de Campoalegre, 21 participantes.....	70
Tabla 19. Nivel por escalas según CESQT municipio de Colombia, 15 participantes.....	71
Tabla 20. Nivel por escalas según CESQT municipio de Garzón, 28 participantes.....	72
Tabla 21. Nivel por escalas según CESQT municipio de Guadalupe, 10 participantes.....	73
Tabla 22. Nivel por escalas según CESQT municipio de Hobo, 11 participantes.....	74
Tabla 23. Nivel por escalas según CESQT municipio de Iquira, 14 participantes.....	75
Tabla 24. Nivel por escalas según CESQT municipio de El Pital, 17 participantes.....	76
Tabla 25. Nivel por escalas según CESQT municipio de Suaza, 38 participantes.....	77
Tabla 26. Nivel por escalas según CESQT municipio de Tello, 29 participantes.....	77
Tabla 27. Nivel por escalas según CESQT municipio de Teruel, 13 participantes.....	78
Tabla 28. Nivel por escalas según CESQT municipio de Tesalia, 25 participantes.....	78
Tabla 29. Nivel por escalas según CESQT municipio de Yaguará, 12 participantes.....	80

Tabla 30. Sexo en relación al puntaje Global CESQT.....	81
Tabla 31. Edad en relación al puntaje Global CESQT.....	82
Tabla 32. Estado civil en relación a la Puntuación Global CESQT.....	84
Tabla 33. Número de hijos en relación al Puntaje Global CESQT.....	85
Tabla 34. Estrato socioeconómico en relación al Puntaje Global CESQT.....	86
Tabla 35. Profesión en relación al Puntaje Global CESQT.....	87
Tabla 36. Tipo de contrato en relación al Puntaje Global CESQT.....	89
Tabla 37. Horas de trabajo al mes en relación al Puntaje Global CESQT.....	90
Tabla 38. Años de ejercicio profesional en relación al Puntaje Global CESQT.....	91
Tabla 39. Salario en relación al Puntaje Global CESQT.....	92
Tabla 40. Relación con el equipo de trabajo según el Puntaje Global CESQT.....	93
Tabla 41. Grado de dificultad de la labor realizada en relación a la puntuación Global CESQT.....	94

Resumen

La investigación del Síndrome de Burnout se ha venido realizando en un gran número de profesiones asistenciales y no asistenciales, sin embargo, su estudio en población sanitaria en donde se vincule los equipos interdisciplinarios que integran las E.S.E es muy escaso, a pesar que estos desarrollan una labor con alto riesgo asociado a ésta patología. En el presente estudio se proyectó determinar los niveles del Síndrome de Burnout en una población de profesionales del área de la salud que laboran en hospitales públicos de primer nivel del departamento del Huila. Los objetivos de esta investigación fueron; Determinar el nivel del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en población sanitaria perteneciente a 15 hospitales públicos de primer nivel en municipios del departamento del Huila para el año 2018. Describir las características sociodemográficas generales de la población, identificar los niveles del SQT en cada una de las escalas propuestas por Gil Monte (2001), e identificar los posibles factores sociodemográficos asociados al riesgo de padecer el SQT.

Se implementó una metodología de estudio de enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo transversal, se utilizó el instrumento para la medición del síndrome denominado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT); los datos corresponden a una muestra total de 294 participantes, quienes se desempeñan en las E.S.E de los municipios del Agrado, Algeciras, Baraya, Campoalegre, Colombia, Garzón, Guadalupe, Hobo, Iquira, El Pital, Suaza, Tello, Teruel, Tesalia y Yaguará.

Los resultados obtenidos indicaron que, de los participantes, 237 fueron mujeres siendo el 80,6% y 57 hombres correspondiente al 19,3% de la muestra; el rango de edad en el cual se halló

la mayor concentración de colaboradores fue de 18 a 32 años con el 41,1% y un promedio de edad de 27,7 años para la población en estudio. En cuanto al síndrome se encontró que según el CESQT la población está en un nivel medio a nivel general. Se halló que el 2,7% de los participantes estaban en nivel Crítico, el 12,6% estaba en nivel alto, el 36,4% se encontraron en un nivel medio, el 28,6% en el nivel bajo y el 19,7 en el nivel muy bajo.

En relación a los resultados por escalas del cuestionario, la población tanto en Ilusión por el Trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia como Culpa, se ubicó en niveles medio. Se concluyó que los municipios con predominancia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo son Teruel, Suaza, Baraya y Algeciras.

Las variables sociodemográficas que se identificaron relacionadas con la presencia del síndrome fueron edad, salario, número de hijos, percepción de la relación con el equipo de trabajo, grado de dificultad de la labor que se realiza y profesión. Respecto a otros estudios se concluyó que estas variables, aunque se relacionan en la presente investigación, no sostienen una continuidad como causa necesaria para la presencia del síndrome.

Palabras clave: Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), Síndrome de quemarse por el trabajo, personal sanitario.

1. Introducción

Según la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, hoy el estrés relacionado con el trabajo es uno de los mayores desafíos de salud y salud mental. Muchos estudios documentan la alta prevalencia del estrés en el lugar de trabajo. Solo en Europa, se estima que la mitad de los trabajadores consideran que el estrés es común en su lugar de trabajo, y el estrés contribuye a casi la mitad de todas las jornadas laborales perdidas o el ausentismo. (“Agencia Europea para la seguridad y salud en el trabajo,” 2017).

En este sentido, es fundamental mencionar que el estrés laboral es un factor de riesgo para desarrollar patologías como el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en las personas afectadas por sus exigencias laborales y su compromiso desmedido en desempeñarlas; esta problemática ha sido estudiada en personas que cumplen una labor con el manejo de personal o en la interacción permanente con una gran cantidad de personas, tal es el caso de las profesiones de cuidados humanos, quienes constantemente se ven enfrentados a bajas condiciones laborales y a un juicio social elevado de sus actividades.

Para Gil Monte,

“El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en

profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización” (Gil Monte, 2001).

Es por ello que la presente investigación permitió contrastar los estudios del SQT realizados con anterioridad y a su vez evaluar el estado actual del Personal Sanitario y de esta manera describir los niveles presentes del síndrome y las posibles variables sociodemográficas relacionadas. Es así que en el primer apartado de la presente investigación se da a conocer el problema, en esta sección se describe la situación problemática incluyendo datos estadísticos, artículos y referencias que sustentan la existencia de esta problemática; así mismo se manifiesta la formulación del problema en relación al objetivo general y específicos, la justificación y la pertinencia de la realización y la delimitación del estudio. Seguido de los antecedentes de investigación relacionados con el tema, posterior a esto se expone el marco teórico donde se manifiesta los conceptos definiéndose la variable de estudio (SQT) con sus respectivas escalas (Ilusión por el Trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa), luego se presenta la metodología utilizada, se describe el enfoque al cual pertenece el diseño, tipo, población y muestra, el instrumento y los procedimientos para el análisis de datos. Por último, se dan a conocer los resultados descriptivos, así también las discusiones de los resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones para las futuras investigaciones, continua los anexos en el cual se encuentran las referencias bibliográficas, cuestionario socio demográfico, consentimiento informado y también el instrumento implementado, el cual fue el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

2. Planteamiento del problema

El estrés laboral ha tomado particular importancia principalmente desde los años 90, llevando al desarrollo de importantes investigaciones en el tema a nivel mundial, algunas de las cuales han dado herramientas para la generación de acciones en pro de la salud de los trabajadores, lideradas por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (García Naranjo & Mejía Valencia, 2016).

Según la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, hoy el estrés relacionado con el trabajo es uno de los mayores desafíos de salud y salud mental. Muchos estudios documentan la alta prevalencia del estrés en el lugar de trabajo. Solo en Europa, se estima que la mitad de los trabajadores consideran que el estrés es común en su lugar de trabajo, y el estrés contribuye a casi la mitad de todas las jornadas laborales perdidas o el ausentismo (“Agencia Europea para la seguridad y salud en el trabajo,” 2017).).

El 28 de abril de 2016 se celebró un seminario en el marco de la celebración del el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo liderado por la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Estados Americanos (OEA). Durante este seminario la OIT presentó un informe denominado *Estrés Laboral: Un Reto Colectivo Para Todos*. Dicho informe destaca que no hay datos globales disponibles sobre la prevalencia y el impacto del estrés laboral en el trabajo. Sin embargo, estudios realizados en las Américas y otras regiones indican que es un problema significativo. La importancia de esta problemática se evidenció en una encuesta sobre condiciones de trabajo y la salud realizada en 2012 en América Central, donde se encontró

que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo (OIT,2016).

Según un informe de prensa de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud denominado *Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*, se evidencia que en una encuesta de 2009 realizada en Argentina mostró que un 26.7% de los trabajadores reportaron estrés mental debido a lo que ellos consideraron una excesiva carga de trabajo; de igual manera da razón que en Brasil, un estudio enfocado en evaluar el ausentismo por accidentes y enfermedades ocupacionales reveló que el 14% de los servicios de salud utilizados por año están relacionados con enfermedades mentales; e informó que en una encuesta realizada en Chile en el 2011 se encontró que el 27.9% de los trabajadores y el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión en sus empresas (OMS, 2016).

Este fenómeno se ha convertido a lo largo del tiempo en un problema cada vez más conocido y por tanto preocupante a nivel mundial, puesto que, según la OIT el estrés relacionado con el trabajo afecta a los trabajadores de todas las profesiones en los países desarrollados y en desarrollo por igual. Debido a esto, se ve afectada gravemente no solo la salud de los trabajadores sino también, y con demasiada frecuencia, el bienestar de sus familias (OIT, 2016).

En este sentido es relevante manifestar que el estrés laboral es un factor de riesgo para desarrollar patologías en las personas afectadas por sus exigencias laborales y su compromiso desmedido en desempeñarlas, siendo principalmente estudiado en personas que cumplen una labor con el manejo de personal o en la interacción permanente con una gran cantidad de

personas, tal es el caso de los docentes y personas afines a las actividades médicas, quienes constantemente se ven enfrentados a bajas condiciones laborales y a un juicio social elevado de sus actividades.

Según García y Mejía “El estrés laboral manejado inadecuadamente lleva al desarrollo del Síndrome de Burnout, el cual va en aumento en los últimos años con un impacto negativo en la sociedad; afecta principalmente a aquellos trabajadores que de forma directa y continua se relacionan con la atención a usuarios; los ámbitos con mayor prevalencia son el asistencial y el educativo, ya que suponen además de las relaciones con otras personas, un sentido de entrega y servicio” (García y Mejía, 2016).

Como lo refiere Maslach y Leiter en su texto *Early Predictors of Job Burnout and Engagement*, “El estrés en el trabajo ha sido reconocido como un riesgo ocupacional significativo que puede perjudicar la salud física, el bienestar psicológico y el desempeño en el trabajo” (Maslach y Leiter, 2008).

Las consecuencias de padecer este síndrome son múltiples y las manifestaciones de estas dependen en gran medida de la percepción y la forma de afrontar los factores estresores y como estos se relacionan con los factores Bio-Psico-Sociales de quien se encuentra expuesto a ellos. En este sentido es pertinente citar a Maslach y Leiter los cuales manifiestan que “Se supone que la experiencia interna del trabajador sobre la tensión desempeña un papel mediador entre el impacto de las demandas externas de trabajo (estresores) y los resultados relacionados con el trabajo (como el ausentismo o la enfermedad). Este modelo básico de mediación caracteriza el fenómeno del estrés laboral conocido como burnout, así como su opuesto positivo al compromiso con el trabajo, 2005” (Maslach y Leiter, 2008).

Entre las principales manifestaciones de la presencia del síndrome a nivel Bio-Psico-social se encuentran el ausentismo laboral, disminución de la productividad, deterioro de la comunicación y las relaciones interpersonales, disminución de la satisfacción laboral, dolores musculares, cefaleas y migrañas, pérdida del apetito, fatiga, ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de frustración, dificultad de concentración, entre otras.

Teniendo en cuenta que, los trabajadores de la salud buscan el bien común, procurando realizar todas las funciones de manera excelente, se requiere de un gran esfuerzo en preparación profesional, años de academia los cuales forjan un alto número de expectativas en cuanto a su ejercicio profesional y lo que este aportaría a su vida personal, sin mencionar las largas jornadas de estudio fuera de los horarios de trabajo que constituyen la actualización permanente de los conocimientos, motivos por los que esta población parece ser especialmente vulnerable a este problema, debido a la presión a la que se ven sometidos como lo manifiesta Correa “por intentar responder a la diversidad de demandas, teniendo que exigirse cada vez más a sí mismos y presentando crecientemente sintomatología asociada a este síndrome, siendo frecuentes las licencias por estrés, el ausentismo, la depresión y el agotamiento” (Correa et al,2010).

El personal sanitario se encuentra diariamente con situaciones estresantes, donde las condiciones de trabajo no son las suficientes y donde la remuneración de las labores no es la mejor, en un sistema de salud como es el Colombiano el personal debe laborar incluso 10 o más horas en sus turnos con los tiempos limitados a ir al baño y comer durante la jornada, con un consultorio pequeño y la probable hostilidad por parte de sus pacientes quienes demandan de una atención ágil y complaciente, la cual no está del todo en manos del profesional; estos factores expuestos pueden desencadenar una condición de fatiga en los funcionarios, sin mencionar los

factores físicos que se ven implicados como la privación del sueño en los turnos nocturnos que deben cumplir de acuerdo a la entidad, la debilidad física por los pocos momentos de descanso y la permanente actividad física que se requiere, la exposición recurrente a la exigencia de reacción inmediata ante sucesos de vida o muerte, son situaciones que llevan a los trabajadores del sistema de salud a un decaimiento progresivo en sus relaciones interpersonales y en su desarrollo de la vida común, con un abandono de sus actividades familiares y sociales, causados por el agotamiento permanente no solo mental, sino físico al que se ve forzado luego de sus actividades laborales.

Esto puede convertirse no solo en un inconveniente personal, sino que pasa al plano de la calidad de su trabajo, luego de intensas jornadas y de una probable baja percepción de recompensa por sus esfuerzos, sus niveles de motivación podrían verse afectados y modificarse, derivando en acciones desinteresadas hacia sus pacientes y en el decaimiento de su ritmo de trabajo o en la calidad del mismo.

Lo anterior se encuentra reflejado en nuestro país, de tal manera que existen diversos estudios realizados en Colombia en población sanitaria con el fin de determinar los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo “SQT”, pudiéndose citar entre otros, los estudios de Ávila *Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud* en montería donde se encontró una prevalencia del 29,3% del síndrome (Ávila et al., 2010); por otro lado, Illera llevó a cabo el estudio *Estrés laboral (síndrome de burnout) en un hospital no acreditado en el municipio de Mocoa año 2012* el cual determinó una prevalencia general de 21,8% (Illera et al,2013); así mismo, Berdejo realizó un estudio en

Médicos residentes de especialidades medico quirúrgicas de la Universidad Nacional sede Bogotá donde encontró un 78,9% de riesgo alto e intermedio (Berdejo, 2014).

A nivel del departamento del Huila, no se hallan documentos que permitan determinar sustancialmente la aparición de este síndrome en la población sanitaria, sin embargo existe un estudio realizado por Trujillo que arroja información como abre bocas a nuevos caminos por explorar, en los resultados del mismo se encontró de forma clara la existencia de médicos especialistas que no muestran un adecuado nivel de Calidad de Vida Profesional y predisponentes hacia el Síndrome de Burnout que puede generar desadaptación del profesional en su medio laboral, generando conductas que deterioran el trato a los pacientes con el consecutivo menoscabo de estos, tratos no asertivos hacia los subordinados y estudiantes a cargo y detrimento en su vida familiar y personal (Trujillo et al.,2009).

Por lo tanto, es importante tener en cuenta y describir los posibles niveles del SQT en los sistemas de salud, esto, para incentivar tanto a los Hospitales como a la misma Secretaría de Salud Departamental a tomar medidas de prevención y de intervención con el fin de mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud, igualmente mejorar las condiciones laborales de los mismos y las condiciones de atención a los pacientes de cada una de las entidades de servicios en salud, para este caso, en las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) de 15 municipios del Departamento del Huila.

3. Justificación

La calidad de vida del ser humano se enmarca en características de salud a nivel general, teniendo en cuenta aspectos psicológicos y físicos de la persona, al igual que el medio en el que actúa, sea este un entorno familiar, social o laboral específicamente.

Teniendo en cuenta la percepción de bienestar que posee cada empleado en alguna entidad, y en este caso para el personal sanitario, se puede manifestar que esta percepción no se da de forma uniforme sino de una forma variada, en especial en lo relacionado con las condiciones de desgaste físico y mental. Esta variación es evidente, ya que según Berdejo “la prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro de un mismo territorio nacional, dependiendo de las características del sistema de salud, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie; de allí, que la prevalencia oscila entre 17.3% y 30% en diferentes regiones de España y se hallan cifras similares en Chile en donde se obtuvo una prevalencia de 31%” (Berdejo, 2014).

De esta manera se identifica que las características socioculturales influyen en la presencia del SQT y se hace relevante resaltar lo que refiere Berdejo en su investigación en la Universidad Nacional de Colombia, manifestando que “en las últimas décadas en los países subdesarrollados, se han generado diversas situaciones que originan en los trabajadores de la salud sentimientos de insatisfacción laboral y a nivel personal. Las dificultades económicas en que se encuentran las clínicas y hospitales limitan drásticamente la libertad de acción de los profesionales de la salud, ya que no se dispone de la tecnología o medicamentos necesarios para el buen ejercicio de la profesión, produciéndose deterioro en la calidad de la atención que se

brinda al paciente y sensación de frustración por parte del personal de la salud” (Berdejo, 2014), siendo tal el caso de Colombia.

En este orden de ideas, es posible evidenciar que, como lo refiere Cáceres “el síndrome de burnout sea un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico” (Cáceres, 2006) y de esta forma es factible determinar refiriendo a Martínez que “este síndrome constituye un fenómeno extendido entre los profesionales sanitarios y tiene unas consecuencias devastadoras tanto para el individuo y su entorno, como para los pacientes a los que atiende” (Martínez et al.,2009) independientemente de las causales.

Teniendo en cuenta que las consecuencias del SQT están dentro del marco personal y organizacional, es válido resaltar que estas afectan al hombre de manera significativa y en su totalidad, como ser Bio-Psico-Social causando modificaciones a nivel físico, psicológico y afectivo, por lo que se hace pertinente utilizar el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en nuestro departamento, ya que mediante este instrumento se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona, relacionadas con sus experiencias laborales mediante las escalas de ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. En este sentido es relevante invocar la primera investigación en Colombia con este instrumento realizada por Tejada y Gómez en psiquiatras, quienes mencionan que “Debe destacarse el uso por primera vez en Colombia del instrumento del CESQT, el cual mostró propiedades psicométricas adecuadas, lo que indica que puede usarse para evaluar el síndrome de burnout” (Tejada y Gómez, 2011).

De acuerdo a lo que refiere la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud “una de cada cinco personas en el trabajo puede padecer problemas de salud mental” (OPS y OMS, 2017). En este sentido el estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel del departamento del Huila contribuye como una excelente herramienta en relación a la sensibilización de la presencia del síndrome, para que los empleadores tomen postura frente a los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que estos pueden ser agentes de cambio contribuyendo a evitar el agotamiento y mejorar el bienestar psicológico de los trabajadores.

Es cierto que en Colombia ha habido estudios que han hecho aportes significativos al tema del SQT, sin embargo es relevante aclarar que aún no es un asunto que se haya puesto en el marco de la legalidad en cuanto a salud laboral como tal, ya que este síndrome no está constituido como patología en sí; esto se evidencia haciendo referencia a lo expuesto según el Ministerio del Trabajo de la República de Colombia en el Decreto N° 1477 del 2014 en el cual se observa que el SQT no está establecido dentro de la tabla de enfermedades laborales (MT,2014), aun así es posible determinar la aparición de este síndrome y darle un adecuado proceso ya que se puede identificar su causalidad, lo que permite evidenciar la presencia de un factor de riesgo psicosocial en el sitio de trabajo al cual estuvo expuesto el trabajador; y teniendo en cuenta lo referido por el Congreso de la República de Colombia en el artículo 4° de la Ley 1562 del 2012 en el cual define la enfermedad laboral como “aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar” (CC,2012).

Resulta importante manifestar que este es el motivo por el cual se hace necesario el aporte desde la psicología a este campo de acción tan prudente en situaciones donde una población lucha por sus derechos; en este punto, se sabe que los logros en este campo aunque difíciles no resultan imposibles de alcanzar, la atención al paciente no es óptima y los centros de salud colapsan a diario; las quejas son usuales en todos los servicios y la idea es colaborar con la investigación de este fenómeno desde el Huila, con el fin de obtener una visión clara en relación al estado actual del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en 15 E.S.E del Departamento, por lo que este estudio pretende realizar un aporte en relación a las cifras del SQT en la región Surcolombiana, para poder comparar las similitudes o varianzas de un lugar a otro, obtener un punto de referencia a partir del cual generar estrategias de afrontamiento y motivar la génesis de los programas de promoción y prevención del síndrome, teniendo en cuenta que en el país y en la región las investigaciones centradas en esta problemática no son numerosas, una medición de una población importante como los 15 hospitales de primer nivel en el Huila tiene la posibilidad de orientar en el futuro el foco de atención al bienestar de los trabajadores sanitarios de la región y colocarse como referencia ante las necesidades de todo el país, generando conciencia del problema a partir de componentes argumentados y con evidencias serias frente a la problemática.

En este sentido este trabajo está encaminado a formar las bases de futuras investigaciones del SQT en el departamento del Huila con la intención de incentivar la inversión en el mejoramiento de los ambientes de trabajo y denotando los beneficios no solo de manera individual en el personal sanitario sino trayendo consigo un aumento en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de la región.

Es factible que la comunidad sanitaria al obtener un direccionamiento positivo sobre esta debilidad del sistema laboral, logre enfocar medidas y así la calidad de atención al usuario se vea influenciada significativamente.

Este es el proceso que se anhela ejecutar con el fin de lograr y evidenciar mejoras en el futuro en cada una de las E.S.E del Departamento del Huila, para lo cual cabe mencionar algunas generalidades del mismo territorio; el departamento del Huila en general cuenta con 37 municipios incluyendo la capital, Neiva; mostrando variedad en sus culturas, clima y por ende en sus condiciones de trabajo; estas características son fundamentales para el personal de psicología en su rol como profesional, puesto que es de vital importancia sumergirse en este tipo de problemática que enfrenta la sociedad día a día siendo el Síndrome de Quemarse por el Trabajo un enemigo silencioso que aunque muestra factores determinantes, a la luz pública no es fácil de identificar y por supuesto de combatir; razón por la que el estudio se propone a realizar con el personal sanitario de los hospitales públicos de primer nivel del departamento del Huila, que incluye profesionales y técnicos en salud, es decir médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, bacteriólogos, entre otros, con el fin de captar un resultado óptimo y descubrir de forma generalizada la situación en la que se encuentra el departamento en este aspecto, para esto se propone hacer uso de un instrumento de medición denominado Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en nuestro departamento ya que mediante este instrumento se evalúan las escalas de ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa, siendo estas dimensiones determinantes en la identificación de la presencia del SQT en los trabajadores del sector salud, estableciendo de forma válida y confiable el grado de afectación en cada una de ellas; del mismo modo resulta importante describir las posibles

características sociodemográficas dentro de la población que permiten desarrollar una posible relación entre los resultados obtenidos para desarrollar el SQT, con ello se puede visualizar elementos importantes de posibles riesgos psicosociales predisponentes del síndrome, y de esta manera brindar una perspectiva general en relación al síndrome en el departamento.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar el nivel del síndrome de quemarse por el trabajo en población sanitaria perteneciente a 15 hospitales públicos de primer nivel en municipios del departamento del Huila para el año 2018.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir las características sociodemográficas generales de la población sanitaria participante.
- ✓ Identificar los niveles del síndrome de quemarse por el trabajo en cada una de las escalas propuestas por Gil Monte (2001)
- ✓ Identificar los posibles factores sociodemográficos asociados al riesgo de padecer el síndrome de Quemarse por el trabajo.

5. Antecedentes

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) ha sido estudiado con mayor interés en los últimos años, derivando en investigaciones que procuran explicar o medir los niveles del SQT en gran mayoría centrados en realizar correlaciones con el fin de lograr una interpretación precisa del síndrome y de los posibles factores de riesgo a los que se expone a trabajadores en diversas áreas, tanto en instituciones encargadas de la prestación de servicios en salud como en demás disciplinas que tienen contacto permanente con personas, como las ventas o la docencia.

Un estudio realizado por Cañada de la fuente en hospitales de la provincia de Granada en España se obtiene que los enfermeros presentaban niveles del SQT más altos que el resto de grupos profesionales considerados en la investigación. El estudio se realizó con una muestra de 435 profesionales de los cuales el 9.43% de los participantes eran médicos, 52,87% auxiliares de enfermería y 37,7% enfermeros, con un rango de edad entre los 22 a 63 años, junto con la variable de género que representaba un porcentaje de 73,33% de mujeres y el 37,7% de hombres (Cañada de la fuente et al, 2014).

Por otro lado, haciendo referencia a Fernández en su estudio en profesionales de la salud el cual arrojó como resultado que el nivel global del SQT entre los profesionales se sitúa en un nivel medio-bajo y se determinó que el 11% de los participantes presentaron un cuadro de depresión moderada (Fernández et al, 2012).

En un estudio realizado por Misiołek en Polonia en médicos anestesiólogos determinó que “el riesgo de la prevalencia del Burnout fue del 70%, a la vez determinó que el 18% de los

participantes indican niveles muy altos de agotamiento, de estos el 5,9% se consideraron como casos clínicos” (Misiołek et al, 2014).

En Latinoamérica existen investigaciones variadas en torno al trastorno del estrés laboral y su relación con el desarrollo del SQT, Olvera realizó en México un estudio con la finalidad de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout la cual fue de un 22% en la población estudiada (Olvera et al, 2015).

Otro estudio que se encargó de estudiar la incidencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) en personal de salud de primer nivel mexicano realizado por Jiménez concluyó que la prevalencia del SQT fue de un 88,1%. Debido a que este estudio utilizó en su investigación el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) se determinó que las subescalas de desgaste psíquico e indolencia tienen correlación significativa con la edad en el rango de 40 a 49 para la población estudiada (Jiménez y Jaimes, 2013).

En Brasil un trabajo similar elaboró Silveira con trabajadores de la atención primaria de Porto Alegre con el fin de conocer la prevalencia y predictores del Síndrome de Burnout, encontrando que el 18% de los trabajadores presentaban el síndrome en el nivel 1 según el CESQT; pese a esto el 45,1% manifestó sentir cansancio durante 3 o más días por semana durante la jornada laboral (Silveira et al, 2014).

A nivel de Colombia en un estudio realizado en Bogotá por Aguirre y Quijano se midió la frecuencia del Síndrome de Quemarse en el Trabajo entre los médicos generales de tres instituciones, se encontró que el 6,6% de la población presenta un nivel crítico, también se determinó los factores asociados según las variables consideradas: Sexo, estado civil, número de

hijos, área de trabajo, número de empleos, tipo de empleo, tiempo de ejercicio profesional, salario. Las variables muestran que tener pareja estable e hijos es un factor protector y, por lo contrario, trabajar en urgencias es un factor de riesgo (Aguirre y Quijano, 2015).

Por otro lado, en un estudio realizado por Berdejo en Médicos residentes de especialidades médico Quirúrgicas de la Unidad Nacional de Colombia, sede Bogotá se encontró en esta población, el comportamiento de los 3 componentes de la siguiente manera: 78,9% agotamiento emocional siendo la escala más afectada, 60,8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal. (Berdejo, 2014).

En un estudio realizado por Ávila en la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, se evidenció que alrededor del 29,3% de la muestra presenta Burnout, sobresaliendo las manifestaciones de despersonalización y agotamiento emocional (45,5%) (Ávila et al, 2010). Esto tiene relación con el estudio realizado en la Universidad Nacional ya que se evidencia el agotamiento emocional como una de las dimensiones más afectadas por el síndrome.

En Manizales, Toro llevó a cabo un estudio con profesionales en enfermería en el cual se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), este tuvo como resultado que las enfermeras mujeres entre los 41-50 años presentan los puntajes más altos para el síndrome, al igual que aquellas que cuentan con contrato indefinido, también se encontró mayores puntuaciones en las personas que laboran en las áreas de hospitalización, urgencias y cuidado intensivo (Toro,2014).

En Bogotá, Muñoz y Velásquez estudiaron el Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, en este estudio se concluyó que principalmente los profesionales quienes se encuentran en el servicio de Urgencias presentan SQT, aunque los profesionales de Unidad de Cuidados intensivos (UCI) tienen riesgo de desarrollar el síndrome (Muñoz y Velásquez, 2016).

En Tolima, Muñoz evaluó el síndrome en personal de enfermería y se encontró que la prevalencia de Burnout fue del 20,1% y además el 52,3% están a riesgo de padecerlo (Muñoz et al, 2014).

Por otro lado, Tejada y Gómez ejecutó un estudio para determinar la prevalencia del Burnout en psiquiatras en donde se encontró que el 9,9% de los participantes presentaban altos niveles de *burnout*. La edad, el trabajo como empleado y la dedicación exclusiva al área clínica fueron los principales factores asociados a la presencia del síndrome en esta población (Tejada y Gómez, 2011).

A nivel del Departamento del Huila, Trujillo en la ciudad de Neiva, realizó un estudio con personal médico con el fin de determinar los niveles de burnout. La población analizada no manifestó la presencia del síndrome de burnout en ninguno de sus miembros pues obtuvieron puntuaciones promedio relativamente bajas. Sin embargo, los participantes manifiestan que, a pesar de los resultados, padecen de agotamiento al finalizar sus jornadas e incluso al iniciar su jornada laboral llegan con cierta fatiga (Trujillo et al, 2009).

Por otro lado, se encontró una investigación realizada por Rivera en la Universidad Cooperativa de Colombia (Neiva) denominada *Correlación entre el síndrome de burnout, variables sociodemográficas y organizacionales en docentes de instituciones educativas de*

Neiva, en esta investigación se determina que para todas las variables (excepto para Falta de Realización, con una diferencia mínima) el grupo de edad que exhibe el más alto puntaje medio es el que comprende de los 31 a los 40 años, con lo cual se determina que las personas que se ubican en este intervalo tienden de manera positiva a padecer el Síndrome de Burnout, al igual se determina que las Condiciones Organizacionales son las que con mayor frecuencia lo precipitan. Por otra parte, los docentes que se encuentran en el rango de edad de los 51 a los 60 años muestran una tendencia negativa a desarrollar el síndrome, pues fue el más bajo para el caso de todas las variables (Rivera et al, 2009).

El estudio más reciente fue realizado en la ciudad de Neiva con población de Psicólogos independientemente de su área de trabajo denominado “Síndrome de Burnout en profesionales de Psicología de la Ciudad de Neiva” desarrollado en la Universidad Surcolombiana para el año 2018. En el se identificaron niveles altos en cada una de las escalas evaluadas por el Inventory Burnout Psychology (IBP) siendo estas cansancio emocional, despersonalización y realización personal, destacando un riesgo a padecer el síndrome en un 85,58%. (Andrade y Salcedo, 2018)

Gracias a las diversas investigaciones encontradas se hace relevante manifestar la motivación al realizar esta investigación en el Departamento, ya que resulta necesario brindar como aporte una visión clara del estado actual del personal sanitario de las E.S.E en la región y partir desde este punto, lograr realizar una contribución a un panorama más amplio del síndrome a nivel nacional.

6. Marco Teórico

6.1 Psicología laboral

“En principio, podríamos definir esta disciplina como el conjunto de áreas que se interesan por el estudio de la conducta de las personas en el lugar de trabajo, y de la práctica en las organizaciones de trabajo (Drenth, Thierry, Willems y De Wolff, 1984; Saal y Knight, 1988; Hollway, 1991; Arnold, Cooper y Robertson, 1995), o como el estudio científico de las relaciones entre el Ser Humano y el entorno de trabajo (Lawler y Hackman, 1975)” (Díaz, pp. 7,1998). Sin embargo, se considera que esta disciplina consiste en una aplicación de la psicología social, por lo que debería denominarse de la siguiente forma, psicología social del trabajo y de las organizaciones, pero la inclusión de lo social en el título sería, por una parte, redundante con la inclusión de lo organizacional, y por otra, reduccionista del ámbito de estudio y aplicación de la disciplina, por cuanto eliminaría de nuestro interés, los procesos más individuales, de vital importancia también para comprender, explicar y predecir el comportamiento laboral. “La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones consiste, además, en una ciencia aplicada, en la medida en que es definida en función de su contexto de aplicación, y no es en sí misma una de las subdisciplinas básicas de la Psicología (Arnold, Cooper y Robertson, 1995)” (Díaz, pp. 8, 1998).

6.2 Enfoque humanista en la psicología laboral

“Los modelos humanistas parten de la concepción de Hombre que aportan Maslow y Rogers. Se centran en la consideración de que todos los miembros de la organización son fuentes de recursos. Estos recursos incluyen, además de las habilidades y capacidades, las necesidades

básicas y de crecimiento que se suponen generadoras de la conducta humana. Así, es posible que el trabajador desarrolle una conducta auto controlada, responsable, y auto dirigida (Quintanilla, 1991)” (Díaz, pp. 86, 1998). Maslow plantea que todo ser humano buscará hacer realidad sus potencialidades, entre estas potencialidades se encuentra principalmente actualizarse en aquello que se es, potencialmente. En este sentido todos los seres humanos anhelan convertirse en todo lo que es capaz de convertirse. (Díaz, pp., 1998).

Teniendo en cuenta esta postura es fundamental evaluar y velar por las condiciones bajo las que esta tendencia natural se vea apoyada e impulsada en el entorno laboral. Siguiendo a Rogers, Maslow y McClelland y su concepción de que el individuo está orientado a los ideales de crecimiento psicológico y logro personal, y auto disciplinado, la naturaleza humana es tal que el Individuo perseguirá estos ideales siempre que se le dé la oportunidad de hacerlo.

“Arnold, Cooper y Robertson (1995) encuadran este punto de vista dentro del modelo fenomenológico, como una variante optimista del mismo. Furnham (1997), lo caracteriza como un acercamiento que mantiene la creencia de que todos los trabajadores, independientemente de su condición, antecedentes, clase social, educación y estatus ocupacional, tomarán la iniciativa siempre que se les dé autonomía para tomar sus decisiones, y/o la oportunidad de auto-actualizarse”. (Díaz, pp. 20, 1998).

6.3 Salud y trabajo

Los términos salud y trabajo se definen como conceptos estrechamente relacionados. La misma etimología de la palabra habla de ello como lo refiere Jacob “trabajo viene de *trepalium*, máquina de tres pies para herrar los caballos, utilizada después como instrumento de tortura. En el siglo XII al XVI, trabajar significaba “atormentar”, “sufrir”, el “trabajador” era el verdugo. El

sentido primitivo de esta palabra expresa explícitamente la idea de “tormento”, progresivamente en su evolución esta connotación fue cambiando, pasando luego a la idea de esfuerzo penoso de fatiga” (Jacob, pp. 2,1995). Siguiendo a Jacob posteriormente al termino trabajo en el final del siglo XVIII se le agrega la noción de resultado útil y de medio de existencia (Jacob, 1995).

Cialzeta refiere “Esther Giraudo, sostiene que el trabajo, en tanto actividad exclusivamente humana, “es uno de los destinos trascendentales del ser humano”, constituye un derecho fundamental del ser humano y, también una necesidad, desde lo social (le permite establecer vínculos comunitarios), lo cultural (le permite desarrollarse y transformar la naturaleza) y económico (le permite producir su sustento) (Cialzeta, pp. 25,2013).

En este orden de ideas el trabajo, tiene dentro de sus objetivos el de alcanzar niveles de productividad de orden económico. Sin embargo, el trabajo es más que un empleo, puesto que participa en la construcción de la identidad psicológica y social del trabajador y en este sentido se constituye en un proceso social básico; siendo el trabajo como refiere Cialzeta a Robert Castell una “experiencia dadora de sentido...” (Cialzeta, pp. 25, 2013) llevando consigo una forma de realización personal, de inserción social, de pertenencia a la sociedad salarial, de progreso y garantía de buen pasar. Refiriendo a Quincho “Esa función integradora de los diferentes aspectos de la vida del individuo permite que el trabajador construya su identidad social” (Quincho, pp. 7,2015), teniendo en cuenta que esta es un proceso en continuo cambio y se nutre de las experiencias de vida, del reconocimiento y la confirmación provenientes de los otros, siendo ellos, personas como compañeros de trabajo, los jefes, la familia y la sociedad en general. Por lo tanto, la idea de pérdida del trabajo no representa sólo la pérdida del sustento, sino también la pertenencia a la sociedad salarial, la falta de protección social y de seguridad.

Así, el reconocimiento por el trabajo actúa como elemento de satisfacción y placer, mientras que su ausencia o constitución precaria, obstaculiza la construcción de una identidad firme y compromete la posibilidad de crear un proyecto de vida sostenido.

Dicho lo anterior se evidencia que la relación salud - trabajo demuestra que las condiciones generales del trabajo inciden directamente sobre el proceso salud- enfermedad de los trabajadores.

6.4 El síndrome de quemarse por el trabajo

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es Burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado) se define por primera vez haciendo referencia a Giraldo y Martínez “Fue el Psicoanalista Alemán residente en Norteamérica Hebert J. Freudenberger quien en 1974 lo definió por primera vez 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” (Giraldo y Martínez, pp. 45-46, 2013). A la vez, desde el inicio del estudio de este síndrome se evidencia la presencia de síntomas que aun en la actualidad son característicos como los menciona Giraldo y Martínez “Corcoran (1985) precisa que El síndrome burnout, fue descrito en 1971 por el psiquiatra Herbert Freudenberger quien observó que, hacia el año de empezar a trabajar en un proyecto con pacientes toxicómanos, la mayoría sufría una gradual pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas e incluso agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecía” (Giraldo y Martínez, pp. 16-17,2013).

Posteriormente como lo refiere Maslach y Leiter en su texto, donde manifiestan que fue Christina Maslach (1976) quien contribuyó en gran medida para convertir el síndrome de Burnout en un verdadero producto de investigación. En los años setenta, la psicóloga social, centró su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el Burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral (Maslach y Leiter, 2008); con tales trabajos se inició un período de exploración sobre la naturaleza y factores asociados a la aparición y desarrollo del Burnout.

Por otra parte, Cialzeta refiere que “Maslach y Schaufeli (1993), consideran que en el estudio del Burnout se han producido dos periodos claramente diferenciados: un periodo pionero de formación y otro de afianzamiento y de verificación empírica. El primer periodo se caracterizó por una etapa de ebullición de formulaciones y aproximaciones clínicas, de intentos de delimitaciones conceptuales del síndrome. Así como también, por el distanciamiento e indiferencia del mundo académico y universitario a las propuestas que se realizaban con respecto al tema, (Cialzeta, pp. 33,2013) hasta la creación del Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento ampliamente usado para la medición del síndrome en mención.

Posteriormente, Gil-Monte determinó la existencia de algunas debilidades psicométricas presentes en el instrumento utilizado tradicionalmente para evaluar el síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Gil-Monte,2005), por lo tanto en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional de la Universidad de Valencia se desarrolló un nuevo instrumento de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), el CESQT

(Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo) (en inglés se denomina Spanish Burnout Inventory, SBI), para evaluar este fenómeno.

Su creación significó poder contar con una definición operativa que fijara qué se entendía por SQT, para Gil Monte “El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización” (Gil Monte, 2001).

7. Marco Conceptual

7.1 Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)

“El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización” (Gil Monte, 2001).

7.1.1. Ilusión por el trabajo (It). Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.

7.1.2. Desgaste psíquico (Dp). Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

7.1.3. Indolencia (In). Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej., pacientes, alumnos, etc.). Los individuos que puntúan alto en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.

7.1.4. Culpa (C). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

8. Metodología

Este trabajo posee objetivos claros que apuntan al continuo proceso de desarrollo del mismo en la búsqueda de logros satisfactorios, para esto se realizó un estudio de enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo transversal, teniendo en cuenta que el trabajo tuvo como finalidad describir los niveles del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en el personal sanitario de 15 hospitales públicos de primer nivel en los municipios del Huila.

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó de manera anónima un formato sociodemográfico, con el fin de recoger información que permitió caracterizar de forma general la población incluyendo variables como: profesión, edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, número de hijos, horas trabajadas al día, años trabajados, número de pacientes atendidos al día, relaciones interpersonales con el equipo de trabajo y percepción del estado de la planta física; adicional a esto se utilizó al Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), dado que por sus ítems y características fue el ideal para la realización de las mediciones en el personal de salud.

9. Operacionalización de variables

Tabla 1*Clasificación de variables de acuerdo a definición, naturaleza, nivel de medición y categoría*

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Profesión	Quehacer que ejecuta cada individuo a partir de su título universitario o técnico en su lugar de trabajo	Cualitativa	Nominal	Médico Enfermero (a) Auxiliar de enfermería Bacteriólogo Odontólogo Auxiliar de odontología Psicólogo Otros
Edad	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Escala	Años: 18 - 22 23 - 27 28 - 32 33 - 37 38 - 42 43 - 47 48 - 52 53 y Mas
Sexo	Características biológicas genotípicas y fenotípicas de la especie humana	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Estrato Socioeconómico	Clasificación socioeconómica en la que se encuentran las viviendas y los predios de los empleados de las E.S.E	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 6
Estado civil	Situación legal del individuo con respecto a una pareja	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo

Número de hijos	Cantidad de hijos provenientes de una unión actual o antigua	Cuantitativa	Ordinal	0 1 – 3 4 – 6 7 – 10
Número de pacientes atendidos al día	Número de pacientes atendidos diariamente	Cuantitativa	Ordinal	1 – 5 6 – 11 12– 17 y Mas
Relación interpersonal con el equipo de trabajo	Calidad de las interrelaciones dentro del grupo de trabajo.	Cualitativa	Nominal	Excelente Buena Regular Mala
Horas de trabajo	Número de horas laboradas mensualmente	Cuantitativa	Ordinal	Menos de 50 50–99 100– 150 151 – 200 201 – 250 251 y mas
Años de ejercicio profesional	Tiempo en años transcurridos desde que obtuvo el título de profesional hasta el momento del estudio	Cuantitativa	Razón	1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30 Y más
Percepción del estado de la planta física	Calidad de la infraestructura de los ambientes laborales	Cualitativa	Nominal	Buena Regular Mala
Último periodo de vacaciones	Fecha de la última vez que el empleado considero obtener un descanso laboral	Cuantitativa	Razón	Menos de 6 meses 6 a 11 meses 12 meses 13 meses a 23 mese Más de 24 meses

Tipo de contrato	Característica de permanencia y servicio mediante la vinculación con la ESE.	Cualitativa	Nominal	Termino fijo Término indefinido Contrato de Obra o labor Contrato de aprendizaje Contrato temporal, ocasional o accidental Contrato civil por prestación de servicios
Salario Mensual	Remuneración monetaria recibida por su labor como empleado en la ESE	Cuantitativa	Razón	1 – 2 SMMV 2 – 3 SMMV 3 – 4 SMMV Más de 4 SMMV
Grado de dificultad percibida del trabajo	Calificación según el empleado a la labor realizada en la ESE.	Cualitativa	Ordinal	Alta Media Baja

Fuente: Elaboración propia

10. Población

La población está conformada por personal asistencial de 15 Empresas Sociales Del Estado (E.S.E) del Departamento del Huila. Se tuvo en cuenta la base de datos suministrada por la Secretaria de Salud departamental la cual indico la existencia de 39 E.S.E en su totalidad, de las cuales 37 son de primer nivel, siendo la población objetivo.

11. Tamaño De La Muestra

Por medio de muestreo no probabilístico se determinó una muestra correspondiente a 294 trabajadores vinculados a 15 E.S.E pertenecientes a los diferentes municipios del Departamento. En tanto a las E.S.E participantes, de las 37 existentes se invitó a 21, de las cuales solo 15 aceptaron ingresar al estudio, teniendo en cuenta que los colaboradores participantes fueron todos aquellos que se encontraban en disponibilidad y aceptaban participar en el momento de la visita programada a cada E.S.E.

12. Criterios De Inclusión

- Personal sanitario graduado o que certifique año rural y que se encuentre ejerciendo en los hospitales públicos de primer nivel del departamento del Huila.
- Personal sanitario que autorice su participación en la investigación.
- Mayores de 18 años

13. Criterios de exclusión

- Personal sanitario que no firme consentimiento informado.
- Personal sanitario que se encuentre de vacaciones.
- Personal sanitario que no cuente con tarjeta profesional o certificado de año rural.

14. Recolección de datos

La información utilizada, fue proveniente de las encuestas personalizadas realizadas al personal sanitario de los 15 Hospitales Públicos de primer nivel del departamento del Huila por medio de un cuestionario sociodemográfico y la prueba CESQT de manera presencial durante las fechas establecidas por los gerentes de casa E.S.E.

En la recolección de información se tuvo en cuenta dos aspectos fundamentales: logística y control de calidad. Respecto a la logística, los investigadores fueron los encargados de la recolección de la información. Teniendo en cuenta y respetando el horario establecido por cada Hospital para no perturbar las actividades laborales de la población objeto de estudio, se establecieron fechas para la recolección de la misma; donde los investigadores hicieron entrega de los cuestionarios y formatos del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Todas estas actividades se realizaron paulatinamente de forma que no alteraron las otras responsabilidades de la población.

15. Procedimiento de recolección de datos

En primera instancia los investigadores realizaron un oficio dirigido a la secretaría de salud departamental con el fin de obtener información oficial acerca de los Hospitales públicos de primer nivel del departamento del Huila.

Posterior a esto se acudió al área administrativa de cada Hospital y por medio de cartas se solicitó autorización para la realización de la investigación resaltando la interacción de los investigadores con el personal sanitario de cada una de las instituciones selectas, destacando que este ejercicio se realizaba como trabajo de grado de los estudiantes pertenecientes al programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana de Neiva y por ende un ejercicio netamente académico.

16. Técnicas

El proceso de recolección de información se realizó a través de las siguientes técnicas:

- Cuestionario: Es un documento integrado por un conjunto de preguntas que deben ser formuladas de forma coherente y organizada, de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas puedan ofrecer toda la información deseada.

17. Instrumentos

El proceso de obtención de la información se realizó a través de los siguientes instrumentos:

- Consentimiento Informado auto diligenciado con acompañamiento de los investigadores.
- Cuestionario Socio Demográfico auto diligenciado con acompañamiento de los investigadores
- Pruebas estandarizadas: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

18. Descripción de los instrumentos

Las herramientas que se utilizaron para ejecutar las técnicas fueron las siguientes:

Se elaboraron cuestionarios de recolección de datos, en los cuales se registraron las preguntas de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación y posteriormente se agruparon por afinidad en datos.

- Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un requerimiento ético de toda investigación ya que las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en

todo momento su consentimiento a la participación. Es diligenciado de manera voluntaria, a través de este los sujetos tienen la capacidad para decidir si hacen parte de la investigación, por medio de este reciben la información necesaria y comprensible sobre la investigación (objetivos, finalidad, beneficios, etc.) y con base en esto que deben ser capaces de ejercer su libertad de elegir sin coacción o engaño.

- Cuestionario Socio Demográfico auto diligenciado con acompañamiento de los investigadores

Los cuestionarios son instrumentos necesarios para recopilar y sistematizar información valiosa en diferentes áreas de la investigación y dan una visión más profunda, actualizada y detallada de las características demográficas, permiten facilitar información para procesos de búsquedas internas, brindando una base de datos para establecer potenciales perfiles sociodemográficos.

Para esta investigación, el cuestionario sociodemográfico tuvo como función arrojar información que permitió describir la población participante y a la vez asociar posibles variables con el Síndrome de Quemarse por el Trabajo, teniendo en cuenta que contiene ítems, manejando información de tipo personal y laboral abarcando el aspecto individual y organizacional del personal sanitario.

- Cuestionario Para La Evaluación Del Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (CESQT)

El CESQT ha sido diseñado para evaluar los niveles de SQT. Mediante este instrumento se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Estas variables se estiman mediante las cuatro escalas que componen el CESQT para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo, junto con la puntuación total del instrumento.

Está formado por 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos, desde Nunca (0) hasta Muy frecuentemente: todos los días (4). La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del cuestionario.

Tabla 2

Puntaje según la frecuencia de las afirmaciones por ítem del CESQT.

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	AVECES (algunas veces al año)	FRECIENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

Recuperado de: Manual CESQT.

Existen dos versiones del CESQT, cada una de las cuales se responde en un ejemplar auto corregible distinto. La versión principal (CESQT), que se debe aplicar a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas, y una versión alternativa, Desencanto profesional (CESQT-DP), dirigida a aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con personas.

En la versión principal, diseñada para evaluar a los profesionales que trabajan atendiendo a personas que es la que se aplicó en el presente estudio (p. ej., psicólogos, enfermeros, médicos,

docentes, fuerzas del orden público, trabajadores de prisiones, trabajadores sociales, etc.), los ítems se distribuyen en las siguientes escalas:

1. Ilusión por el trabajo (It). Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.

2. Desgaste psíquico (Dp). Esta escala está formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia (In). Esta escala está formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej., pacientes, alumnos, etc.). Los individuos que puntúan alto en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.

4. Culpa (C). Esta escala está formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

El CESQT ofrece la puntuación Total SQT, que es el resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman las escalas Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico e Indolencia. Los ítems de Culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación SQT ya que la

escala Culpa tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados de SQT: perfil 1 (sin niveles altos de culpa) y perfil 2 (con niveles altos de culpa).

Este cuestionario abarca cinco niveles posibles de SQT basados en percentiles, los cuales son, crítico mayor a 89; Alto de 67 a 89; Medio de 34 a 66; Bajo de 11 a 33 y Muy bajo menor a 11. A diferencia de las restantes escalas, una puntuación alta en ilusión por el trabajo indica bajos niveles de SQT.

19. Plan de análisis

Una vez obtenida la información, el procesamiento de la misma se realizó codificando cada una de las variables y tabulándolas. La información fue digitada a medida que se recogían los cuestionarios y se procesó sistemáticamente a partir de la base de datos del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión IBM SPSS Statistics 23.0 una vez concluida la etapa de recolección. La base de datos final fue validada para garantizar el completo diligenciamiento de la misma, datos congruentes entre sí y su análisis más confiable.

20. Mecanismos de difusión del estudio

Una vez terminada la investigación y siendo deber del estudiante universitario socializar de manera pública los hallazgos obtenidos durante el proceso de investigación, se elaboró un documento el cual se deja como archivo a consultar en la biblioteca de la Universidad

Surcolombiana de Neiva. Cabe resaltar que este mismo proceso abre espacio a la participación en distintos escenarios como seminarios, coloquios, congresos, entre otros y a la vez a la elaboración de un artículo con el fin de ser publicado en una revista científica, pues de esta manera se daría un mayor alcance y expansión de la información, ayudando a otras personas en la búsqueda diaria de herramientas y temas a investigar.

21. Marco Ético

El presente trabajo de investigación respondió de forma ética en su desarrollo con el fin de obtener resultados válidos y así lograr la cooperación y al apoyo necesario de los participantes para sustentar los resultados del mismo.

Esta investigación fue coherente con las normas éticas que se encuentran en el código de ética del psicólogo, a su vez dentro del marco de la **RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 (octubre 04)** emitida por el Ministerio de Salud colombiano en donde se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11 de la misma resolución, se establece que este trabajo se clasifica como investigación de riesgo mínimo al emplear pruebas psicológicas dirigidas a un grupo de individuos.

En el proceso de investigación se tuvo en cuenta las perspectivas de los participantes de la investigación: expectativas, preocupaciones y creencias acerca de esta. Se les comunicó de forma clara los objetivos de la investigación de manera que pudiesen comprenderlos. Se les manifestó el método utilizado para respetar la privacidad, siendo esta importante para los participantes, de igual manera se les aclaró la pertinencia y funcionalidad del consentimiento informado, todo esto con el fin de lograr que la investigación sea lo más válida y éticamente posible.

22. Resultados

23. Descripción De Variables Sociodemográficas

En los resultados del análisis realizado en el presente proyecto, se determinó que el total de la población participante fue de 294 sujetos, pertenecientes a 15 E.S.E de baja complejidad de diferentes municipios del departamento del Huila.

Tabla 3

Descripción sociodemográfica Sexo y Edad según municipio.

Municipio	Sexo			Edad en Años								Total
	Hombre	Mujer	Total	18-22	23-27	28-32	33-37	38-42	43-47	48-52	Más de 52	
Agrado	1	11	12	1	4	4	2	1	0	0	0	12
Algeciras	9	29	37	7	12	8	5	2	1	1	1	37
Baraya	2	10	12	0	4	0	1	1	0	2	4	12
Campoalegre	3	17	21	1	4	1	6	2	2	3	2	21
Colombia	4	11	15	2	3	2	2	1	1	2	2	15
Garzón	4	24	28	2	2	11	4	5	3	0	1	28
Guadalupe	5	5	10	2	1	2	2	0	0	0	3	10
Hobo	1	10	11	0	1	5	1	2	1	1	0	11
Iquirá	3	11	14	2	1	4	1	0	0	2	4	14
Pital	4	13	17	1	5	2	3	3	2	1	0	17
Suaza	4	34	38	3	10	7	4	3	4	2	5	38
Tello	6	23	29	0	7	5	7	3	1	3	3	29
Teruel	3	10	13	1	3	3	3	3	0	0	0	13
Tesalia	5	20	25	2	3	4	6	0	4	1	5	25
Yaguará	2	10	12	1	1	2	2	0	2	0	4	12
total	57	237	294	25	61	60	49	26	21	18	34	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a Sexo y Edad.

Según la Tabla 3, en cuanto al Sexo se pudo evidenciar que del total de la población participante, el 80,6% eran mujeres, mientras que el 19,3% restante fueron hombres. El municipio con mayor número de mujeres participantes fue Suaza, teniendo en cuenta que su participación general fue de 38 sujetos de los cuales el 89,4% pertenecieron al sexo femenino y el 10,5% al sexo masculino; el municipio de Guadalupe obtuvo la muestra más homogénea

respecto al sexo, puesto que su población fue de un 50% hombres y 50% mujeres con un total de 10 participantes. La muestra más dispersa frente a la proporción de hombre y mujer fue en el municipio del Agrado, donde tan solo el 9,09% perteneció al sexo masculino y el 90,9% al sexo femenino.

En cuanto a la edad, se puede observar que los rangos en los cuales se halló mayor población fueron entre 18 a 22 años y 23 a 32 años, en ellos se encontraron 121 participantes que equivalen al 41,1% de la población con un promedio de edad de 27,7 años; es relevante resaltar que el rango de edad en el que hubo menos participantes fue de 48 a 52 años. En este orden de ideas, se obtuvo que el municipio con mayor población joven fue el Agrado con un 75% de su muestra, ubicada en un rango de edad de 18 a 32 años, también se determinó que los municipios con mayor índice de edad fueron Baraya y Yaguará con un 50% de sus participantes ubicados en edades comprendidas entre 43 y más años de edad.

Tabla 4

Descripción sociodemográfica estado civil y Número de hijos según municipio.

Municipio	Estado Civil						Número de Hijos			
	Casado	Divorciado	Soltero	U.Libre	Viudo	Total	0	1-3	4-6	Total
Agrado	1	0	8	3	0	12	3	8	1	12
Algeciras	4	4	18	11	0	37	16	21	0	37
Baraya	5	0	3	2	2	12	4	7	1	12
Campoalegre	4	0	8	8	1	21	11	9	1	21
Colombia	3	0	9	3	0	15	9	6	0	15
Garzón	13	1	10	4	0	28	10	18	0	28
Guadalupe	2	1	4	3	0	10	4	6	0	10
Hobo	3	0	3	5	0	11	1	9	1	11
Iquira	4	0	6	4	0	14	6	6	2	14
Pital	5	0	9	2	1	17	9	7	1	17
Suaza	10	3	20	4	1	38	15	23	0	38
Tello	8	1	13	6	1	29	9	20	0	29
Teruel	3	0	9	1	0	13	8	5	0	13
Tesalia	4	1	16	4	0	25	8	14	3	25
Yaguará	6	1	3	1	1	12	4	7	1	12
total	75	12	139	61	7	294	117	166	11	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a Estado civil y Número de hijos.

En la Tabla 4 se puede determinar que, en cuanto al Estado civil, la mayoría de la población se encontraba soltera con un 47,2% de los participantes, el 25,5% se encontraban casados, en unión libre el 20,7%, el 4,08 estaban divorciados y tan solo el 2,3% de la población se encontraban viudos. Es importante resaltar que el municipio con mayor número de participantes casados fue Yaguará con el 50% de su población; Teruel es el municipio con mayor número de participantes solteros con el 69,2%.

Respecto al número de hijos se evidencia que el 56,5% de los participantes tienen entre 1 y 3 hijos, el 39,8% no tienen hijos y tan solo el 3,7% manifiesta tener entre 4 a 6 hijos. Cabe resaltar que el municipio que no obtuvo hijos en la mayoría de su población fue Tesalia con un 61,5% y el municipio con más número de hijos respecto a su muestra fue Hobo con un 90,9%. También es de gran relevancia mencionar que la población soltera en un 64% no tiene hijos.

Tabla 5*Descripción sociodemográfica Profesión según municipio*

Municipio	Profesión								Total
	Aux.Enfermería	Aux.Odontología	Bacteriólogo	Enfermero	Médico	Odontólogo	Otro	Psicólogo	
Agrado	8	1	1	0	0	0	2	0	12
Algeciras	21	5	0	3	4	2	1	1	37
Baraya	2	1	0	0	3	1	5	0	12
Campoalegre	7	2	2	2	3	2	2	1	21
Colombia	8	0	0	1	1	0	5	0	15
Garzón	12	4	1	2	2	2	5	0	28
Guadalupe	3	0	0	1	3	0	3	0	10
Hobo	5	2	0	0	0	1	3	0	11
Iquira	7	1	1	0	4	0	0	1	14
Pital	6	0	1	1	2	1	6	0	17
Suaza	25	3	0	3	4	2	0	1	38
Tello	13	3	1	4	3	2	2	1	29
Teruel	2	0	2	2	3	1	3	0	13
Tesalia	9	4	1	3	2	1	4	1	25
Yaguará	3	0	0	2	3	1	2	1	12
total	131	26	10	24	37	16	43	7	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a Profesión.

La tabla 5 manifiesta que la mayor concentración de la población respecto a la profesión participante en el estudio fue Auxiliar de enfermería, correspondiente al 44,5% de la muestra global, quienes contaban con mayor disponibilidad al momento de la realización del estudio, en este orden de ideas cabe aclarar que el municipio que aportó el mayor número de Auxiliares de enfermería a la muestra fue Suaza. La segunda profesión con mayor participación fue la categoría Otros, aportando en 14,6%, destacando que en esta se encuentran Auxiliares de laboratorio, Paramédicos, Farmaceutas y Auxiliares de farmacia. Por otro lado, la tercera profesión con mayor población fue Médico con el 12,5%, finalmente, la profesión más ausente fue Psicólogo con un 2,3%, los municipios que aportaron esta población fueron Algeciras, Campoalegre, Iquira, Suaza, Tello, Tesalia y Yaguará.

Tabla 6

Descripción sociodemográfica Estrato socioeconómico, Ingresos mensuales según municipio.

Municipio	Estrato Socioeconómico						Ingresos SMMV				
	1	2	3	4	5	Total	1-2	2-3	3-4	Más de 4	Total
Agrado	11	0	0	1	0	12	11	0	1	0	12
Algeciras	18	17	2	0	0	37	27	5	2	3	37
Baraya	1	4	2	5	0	12	8	1	0	3	12
Campoalegre	1	14	1	5	0	21	13	5	0	3	21
Colombia	0	6	5	2	2	15	12	2	0	0	15
Garzón	3	17	6	2	0	28	19	5	0	4	28
Guadalupe	3	6	1	0	0	10	6	1	2	1	10
Hobo	3	7	1	0	0	11	10	1	0	0	11
Iquira	3	9	2	0	0	14	8	2	1	3	14
Pital	5	9	3	0	0	17	12	2	0	3	17
Suaza	12	23	2	1	0	38	28	5	2	3	38
Tello	5	16	4	4	0	29	20	7	2	0	29
Teruel	1	3	4	4	1	13	8	0	3	2	13
Tesalia	10	11	3	1	0	25	17	5	3	0	25
Yaguará	0	7	4	1	0	12	7	2	0	3	12
total	76	149	40	26	3	294	206	44	17	28	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a estrato socioeconómico e ingresos mensuales.

La tabla 6 muestra que, respecto al estrato socioeconómico, el 50,6% de la población global se encontró en estrato 2 y tan solo el 1% estaba en estrato 5, representado en Colombia y Teruel. Un dato de relevancia apreciado en la tabla es que el municipio con mayor población en estrato 1 fue el Agrado con el 91,6%; los municipios que presentan una mayor concentración de su población en estratos 1 y 2 son Algeciras con un 94,5%, seguido de Suaza con un 92,1% y finalmente Tesalia con el 84%.

En cuanto a los ingresos mensuales se puede observar que el 70% de los participantes reciben entre 1 y 2 SMMV; se puede notar que los municipios con mayor número de sujetos con

este nivel de ingresos son el Agrado con el 91,6%, seguido del municipio Hobo con un 90,9% y finalmente el municipio de Colombia con un 80%. Cabe mencionar que el 93,4% de la población ubicada en estrato 1 recibe ingresos entre 1 y 2 SMMV. Se identificó que la profesión que recibe mayores ingresos económicos en relación a su labor es la de Médico ya que el 89,1% de estos recibe más de 3 SMMV.

Tabla 7

Descripción sociodemográfica, Grado de dificultad y percepción de la planta física según municipio.

Municipio	Grado de Dificultad				Percepción de la planta física			
	Alta	Baja	Media	Total	Buena	Mala	Regular	Total
Agrado	0	5	7	12	11	0	1	12
Algeciras	16	6	15	37	33	0	4	37
Baraya	1	7	4	12	0	0	6	12
Campoalegre	5	9	7	21	18	0	3	21
Colombia	2	4	9	15	12	0	3	15
Garzón	8	10	10	28	28	0	0	28
Guadalupe	0	4	6	10	6	0	4	10
Hobo	1	8	2	11	6	2	3	11
Iquira	4	2	8	14	10	0	4	14
Pital	4	7	6	17	15	0	2	17
Suaza	6	12	20	38	35	0	3	38
Tello	8	9	12	29	13	3	13	29
Teruel	0	8	5	13	11	1	1	13
Tesalia	1	12	12	25	10	4	11	25
Yaguará	4	4	4	12	9	0	3	12
total	60	107	127	294	223	10	61	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a grado de dificultad y percepción de la planta física.

Como se observa en la tabla 7 respecto al grado de dificultad de la labor que realiza la población, el 43,1% creyó tener un nivel medio de dificultad en las tareas realizadas, el 36,3% consideró que la dificultad de la labor realizada es de un nivel bajo y finalmente el 20,4% manifestó tener dificultad en nivel alto. En los municipios donde ningún participante consideró

tener una dificultad de nivel alto en las labores realizadas fueron el Agrado, Guadalupe y Teruel. Cabe resaltar que los municipios con mayor concentración de participantes que suponen tener un nivel de dificultad de sus labores en niveles medio y alto son Iquira con un 85,7%, seguido de Algeciras con un 83,7% y finalmente Colombia con el 73,3%; por otro lado, se resalta que el municipio en cual predominó el nivel de dificultad bajo fue Hobo con 72,7% de sus participantes con esta percepción. Es pertinente mencionar que respecto a las profesiones fueron los Médicos quienes tuvieron la mayor percepción de tener una labor de alto grado de dificultad con un 48,6% de su población en este nivel.

Respecto a la percepción de la planta física se puede mencionar que el 75,8% de la población tuvieron una buena percepción del estado físico de su lugar de trabajo y tan solo el 3,4% de la población global consideró que la planta física se encontraba en un nivel bajo, distribuidos en los municipios de Hobo, Tello, Teruel y Tesalia. En los municipios donde predominó una percepción desfavorable dentro de los niveles regular y malo fueron Tesalia con el 60% y Tello con un 55% de su población.

Tabla 8*Descripción sociodemográfica en relación a Años de ejercicio profesional por municipio*

Municipio	Años de ejercicio Profesional							Total
	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	Y mas	
Agrado	8	4	0	0	0	0	0	12
Algeciras	29	5	1	2	0	0	0	37
Baraya	4	2	0	1	3	1	1	12
Campoalegre	9	2	4	3	0	1	2	21
Colombia	6	3	2	0	1	2	1	15
Garzón	8	8	8	2	1	0	1	28
Guadalupe	4	4	0	0	1	0	1	10
Hobo	4	3	2	1	0	1	0	11
Iquira	5	3	0	0	2	2	2	14
Pital	11	1	2	2	1	0	0	17
Suaza	25	3	1	2	1	1	5	38
Tello	15	4	3	2	1	1	3	29
Teruel	8	0	3	1	1	0	0	13
Tesalia	8	6	4	1	2	1	3	25
Yaguará	5	1	2	1	2	0	1	12
Total	149	49	32	18	16	10	20	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a Años de ejercicio profesional.

En la tabla 8 se puede observar que el 50,6% de la población participante en el estudio tuvo de 1 a 5 años de ejercicio profesional y tan solo el 3,4% se halló entre 26 y 30 años de experiencia profesional. Cabe mencionar que el municipio con mayor número de participantes respecto a su muestra, con 21 y más años de ejercicio profesional fue Iquira con un 42,8%, contrastando esto respecto a lo hallado en la tabla 1, se puede confirmar que los 6 participantes con edades entre 48 y más años fueron quienes tuvieron mayor cantidad de experiencia profesional en este mismo municipio.

Tabla 9*Descripción sociodemográfica en relación a tipo de contrato por municipio*

Municipio	Tipo de Contrato						Total
	P.Servicios	Aprendizaje	ObraLabor	Temporal	Fijo	Indefinido	
Agrado	6	0	0	0	0	6	12
Algeciras	23	0	1	1	7	5	37
Baraya	2	0	0	0	4	6	12
Campoalegre	18	0	0	0	1	2	21
Colombia	8	0	0	0	3	4	15
Garzón	4	1	0	0	2	21	28
Guadalupe	1	1	0	2	5	1	10
Hobo	11	0	0	0	0	0	11
Iquira	5	0	1	1	2	5	14
Pital	9	0	1	0	5	2	17
Suaza	8	0	1	4	9	16	38
Tello	2	0	2	2	4	19	29
Teruel	7	0	1	0	3	2	13
Tesalia	10	0	1	2	9	3	25
Yaguará	10	0	1	0	0	1	12
Total	124	2	9	12	54	93	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a tipo de contrato

Según la tabla 9 se puede decir que el tipo de contrato usado con más frecuencia es el de prestación de servicios con un 42,1% para este estudio, seguido del contrato indefinido con un 31,6%, mientras que el contrato de aprendizaje se evidenció tan solo en el 0,6% de la población. El municipio de Hobo tiene el 100% de su población participante en el estudio contratada por prestación de servicios. En el municipio de Garzón, la población manifestó en un 75% que el tipo de contratación fue por término indefinido, mientras que solo dos municipios cuentan con al menos un contrato de aprendizaje, siendo estos Garzón y Guadalupe.

Respecto a la profesión, la que obtuvo mayor número de participantes en prestación de servicios fue bacteriólogo con el 70% respecto a su muestra. Teniendo en cuenta a las profesiones con mayor número de colaboradores participantes en la investigación y el tipo de contrato con mayor frecuencia, se observó que Otros contó con el 46,5% respecto a su muestra en prestación de servicios, seguido de Médico con un 40,5% y finalmente Auxiliar de enfermería con 34,3%.

Tabla 10

Descripción sociodemográfica en relación a pacientes atendidos al día según municipio.

Municipio	Pacientes Atendidos al día				Total
	1-5	6-11	12-17	y mas	
Agrado	0	1	2	9	12
Algeciras	6	4	6	21	37
Baraya	0	3	4	5	12
Campoalegre	0	1	2	18	21
Colombia	1	1	7	6	15
Garzón	2	2	1	23	28
Guadalupe	0	3	0	7	10
Hobo	0	0	5	6	11
Iquira	0	0	2	12	14
Pital	0	3	8	6	17
Suaza	1	1	11	25	38
Tello	3	3	3	20	29
Teruel	0	0	3	10	13
Tesalia	1	2	11	11	25
Yaguará	0	5	1	6	12
Total	14	29	66	185	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Municipios en relación a pacientes atendidos al día.

Según la tabla 10 se puede observar que el 62,9% de la población global atiende más de 17 pacientes al día, en este sentido vale la pena resaltar que en los municipios de Campoalegre e Iquira el 85,7 de sus participantes manifestaron atender más de 17 personas al día. Respecto a la profesión son los Médicos quienes más consultantes atienden, ya que el 91,8% de ellos manifestaron atender más de 17 pacientes al día.

Tabla 11

Descripción sociodemográfica en relación a horas de trabajo al mes y percepción de último periodo de descanso por municipio.

Municipio	Horas de Trabajo al Mes							Percepción del último periodo de descanso/Meses						
	- 50	50- 99	100- 150	151- 200	201- 250	251- Mas	Total	-6	6-11	12	13-23	24	Mas	Total
Agrado	0	0	0	10	1	1	12	4	3	0	2	0	3	12
Algeciras	1	3	6	22	3	2	37	25	2	7	0	0	3	37
Baraya	0	0	0	10	0	2	12	5	2	1	0	0	4	12
Campoalegre	0	1	1	13	1	5	21	12	2	0	1	1	5	21
Colombia	0	0	0	12	0	3	15	10	2	1	1	1	0	15
Garzón	1	0	3	17	6	1	28	22	1	2	0	0	3	28
Guadalupe	0	0	0	7	0	3	10	8	1	0	0	0	1	10
Hobo	0	0	2	8	0	1	11	9	0	1	0	1	0	11
Iquira	0	0	1	10	1	2	14	9	2	0	1	0	2	14
Pital	0	0	2	11	0	4	17	12	1	2	0	0	2	17
Suaza	3	4	2	24	1	4	38	20	2	4	1	2	9	38
Tello	1	1	1	20	0	6	29	14	2	2	2	0	9	29
Teruel	0	0	0	9	0	4	13	10	0	1	1	0	1	13
Tesalia	2	1	2	9	9	2	25	10	7	1	3	1	3	25
Yaguará	0	0	0	8	0	4	12	6	2	0	0	1	3	12
Total	8	10	20	190	22	44	294	176	29	22	12	7	49	294

Frecuencia obtenida por la muestra de estudio según Horas de trabajo al mes y percepción del último periodo de descanso

En la tabla 11 se aprecia que respecto a las horas de trabajo al mes el 64,6% de la muestra trabaja entre 151 y 200 horas, pese a esto existe un 14,9% que manifestaron trabajar más de 251 horas al mes. Teniendo en cuenta como se manifestó anteriormente que la mayoría de los participantes fueron Auxiliares de enfermería, de estos el 8,3% manifestó trabajar más de 251 horas al mes, pese a esto fueron los médicos quienes se ubicaron en un 45,9% respecto a su muestra dentro del rango de más de 251 horas al mes.

En cuanto a la percepción del último periodo de descanso, se puede observar que el 59,8% de la población global tuvo una percepción de menos de 6 meses en cuanto al lapso de su último descanso, por otro lado, el 16,6% de la muestra manifiesta haber descansado por última vez hace más de 2 años. Respecto a la profesión son los Médicos quienes tienen la percepción de poco descanso, ya que el 37,8% de estos consideran haber tenido su último tiempo de descanso hace más de 1 año.

24. Descripción de los niveles del puntaje global de CESQT

En este apartado se aprecia el análisis de los resultados obtenidos a nivel global, describiendo la cantidad de la población que se ubicó en cada uno de los posibles niveles y escalas que brinda el cuestionario.

Tabla 12

Puntaje Global del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, resultado del CESQT

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Crítico	8	2,7	2,7
	Alto	37	12,6	15,3
	Medio	107	36,4	51,7
	Bajo	84	28,6	80,3
	Muy Bajo	58	19,7	100,0
	Total	294	100,0	

Frecuencia global obtenida por la muestra de estudio en cada uno de sus niveles según el CESQT.

En la tabla 12 se puede evidenciar que el 2,7% de los participantes a los que se les aplicó el instrumento evidencian un posible nivel Crítico de SQT, lo que equivale a 8 profesionales de la muestra general, 3 de estos se ubican en el perfil dos que ofrece el CESQT ya que poseen altos niveles de culpa conjunta con el síndrome. Es pertinente mencionar que según las recomendaciones originales de los autores del CESQT, dichas personas pueden ser categorizadas como de alto riesgo y es recomendable la intervención para prevenir un mayor deterioro, los cuales se encuentran en un posible estado crítico 4 en Algeciras, 2 de Teruel ,1 del Pital y 1 de Tello.

Un 12,6% de la población se ubicó en un nivel alto lo que equivale a 37 participantes para un total del 15,3% de la población en niveles alarmantes. Es importante resaltar que el 36,4% se encuentran en un nivel Medio lo que equivale a 107 participantes, destacando un posible riesgo a desatar el síndrome en un futuro; por otro lado, el 48,3% de los participantes se encuentran en niveles Bajo y Muy Bajo siendo esto significativo ya que la mayoría de la muestra estudiada se concentró en este nivel del síndrome de quemarse por el trabajo.

25. Descripción de los niveles por escalas del CESQT

Tabla 13*Niveles generales por escalas del SQT según el CESQT*

		IT		DP		IN		C	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Válido	Crítico	1	0,3	13	4,4	10	3,4	33	11,2
	Alto	99	33,7	31	10,5	28	9,5	36	12,2
	Medio	126	42,9	130	44,2	108	36,7	116	39,5
	Bajo	49	16,7	48	16,3	73	24,8	56	19,0
	Muy Bajo	29	6,5	72	24,5	75	25,4	53	18,0
	Total	294	100	294	100,0	294	100	294	100,0

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en cada una de las escalas que integran el SQT de acuerdo al CESQT.

La tabla 13 informa que se identificó el 34% de la población con puntajes Alto y Crítico pertenecientes a la escala Ilusión por el trabajo, teniendo en cuenta que esta es la única escala en la cual la obtención de puntajes altos es un aspecto positivo indicando altos niveles de este constructo, teniendo en cuenta este porcentaje se puede inferir que los niveles de ilusión por el trabajo en la población de estudio son moderadamente bajos, siendo esto un posible factor de riesgo de presencia del síndrome. En el nivel Medio se halló concentrada la mayoría de la muestra en un 42,9%, mientras que en niveles Bajo y Muy Bajo se encontró un 23,2% de la muestra con niveles preocupantes de Ilusión por el trabajo.

Respecto a la escala Desgaste Psíquico se encontró que en los niveles Alto y Crítico está el 14,9% de la muestra; el 44,2% de la población estaba en un nivel medio, mientras que el 40,8% pertenecían a niveles Bajo y Muy Bajo, por lo que se puede inferir que en esta escala donde se

representa el desgaste psíquico y físico la población tuvo bajos niveles alarmantes ya que la mayoría de su población se encuentra en los niveles medio y bajo.

En la escala Indolencia solo el 12,7% se encontró en niveles Alto y Crítico; en el nivel Medio se halló un 36,7% mientras que el 50,2% se encontró con niveles Bajos y Muy Bajos. Teniendo en cuenta que es poco representativo el porcentaje de participantes que se encontraron con puntajes altos, el resultado en esta escala es positivo ya que los niveles de indolencia donde se evalúa la frecuencia respecto a comportamientos de ironía e indiferencia hacia los consultantes son bajos.

Por otro lado, en la escala Culpa se identificó que el 23,4% de la población se encontró en niveles alto y crítico, mientras que el 39,5% se ubicó en el nivel medio y el 37% se halló sobre niveles bajo y muy bajo, indicando bajos niveles de sentimientos de culpa en relación al rol de los trabajadores. Cabe resaltar que la escala culpa no influye en el puntaje directo del CESQT, este solo aplica para diferenciar entre 2 perfiles del síndrome como se explicó en apartados anteriores.

26. Descripción de escalas por municipios

Se realiza el análisis frente a los niveles por escalas pertenecientes al cuestionario relacionados con municipios.

Tabla 14*Municipio en relación al Puntaje Global CESQT*

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Municipio	Agrado	0	1	4	1	6	12
	Algeciras	4	5	16	6	6	37
	Baraya	0	3	6	1	2	12
	Campoalegre	0	2	6	9	4	21
	Colombia	0	0	6	6	3	15
	Garzón	0	2	11	6	9	28
	Guadalupe	0	0	4	5	1	10
	Hobo	0	0	4	5	2	11
	Iquira	0	2	6	3	3	14
	Pital	1	2	7	5	2	17
	Suaza	0	10	10	11	7	38
	Tello	1	4	10	9	5	29
	Teruel	2	2	5	1	3	13
	Tesalia	0	4	9	9	3	25
Yaguará	0	0	3	7	2	12	
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a municipios y sus correspondientes niveles según CESQT

La tabla 14 muestra que en cuanto a los niveles de SQT el Agrado obtuvo un 8,3% en nivel Alto correspondiente a 1 sujeto; en nivel Medio se halló un 33,3% que equivale a 4 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 58,3% con 7 profesionales.

Tabla 15*Nivel por escalas según CESQT municipio del Agrado, 12 participantes.*

	Agrado									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	3	25	5	41,6	4	33,3	0	0
Desgaste psíquico	0	0	0	0	3	25	2	16,6	7	58,3
Indolencia	0	0	0	0	4	33,3	5	41,6	3	25
Culpa	0	0	1	8,3	4	33,3	3	25	4	33,3

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Agrado en las escalas según el CESQT

En la Tabla 15 se manifiesta que el municipio del Agrado presentó bajos niveles de Ilusión por el trabajo, debido a que tan solo el 25% de su población obtuvo puntajes altos en esta escala. En la escala de Desgaste psíquico los resultados fueron positivos ya que el 74,9% de los participantes obtuvieron niveles bajos de agotamiento psicológico y físico. Frente a la escala de Indolencia se puede inferir que los resultados son positivos ya que el 66,6% de los sujetos obtuvieron puntajes bajos, el 58,3% de la muestra está en niveles bajos de Culpa.

Tabla 16

Nivel por escalas según CESQT municipio de Algeciras, 37 participantes.

	Algeciras									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	1	2,7	11	29,7	15	40,5	7	18,9	3	8,1
Desgaste psíquico	2	5,4	6	16,2	14	37,8	6	16,2	9	24,3
Indolencia	3	8,1	3	8,1	14	37,8	8	21,6	9	24,3
Culpa	5	13,5	5	13,5	14	37,8	7	18,9	6	16,2

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Algeciras en las escalas según el CESQT

En Algeciras se obtuvo un 24,32% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 9 sujetos; en nivel Medio se halló un 43,24% que equivale a 16 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 32,4% con 12 profesionales.

En la Tabla 16 se manifiesta que el municipio de Algeciras presentó bajos niveles de Ilusión por el trabajo ya que tan solo el 32,4% se encontraban con puntuaciones altas., también se evidencia que el 26,9% obtuvo niveles desfavorables de ilusión por el trabajo manifestando esto bajas expectativas de los profesionales en relación a su rol. En relación al desgaste psíquico el 21,6 manifestó niveles altos en esta escala, mientras que el 40,5 obtuvieron niveles bajos siendo esto favorable ya que en nivel medio se ubicó el 37,8 de la muestra estando la mayor proporción de los participantes alejados de los niveles alarmantes. Respecto a la escala culpa mayoría de la población se ubicó en el medio con el 37,8 de los participantes en este nivel.

Tabla 17

Nivel por escalas según CESQT municipio de Baraya, 12 participantes.

	Baraya									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	2	16,6	8	66,6	1	8,3	1	8,3
Desgaste psíquico	1	8,3	0	0	7	58,3	2	16,6	2	16,6
Indolencia	1	8,3	2	16,6	5	41,6	2	16,6	2	16,6
Culpa	4	33,3	0	0	5	41,6	0	0	3	25

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Baraya en las escalas según el CESQT

En Baraya se obtuvo un 25% en nivel Alto correspondiente a 3 sujetos; en nivel Medio se halló un 50% que equivale a 6 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 25% con 3 profesionales.

Con base a la tabla 17 se puede deducir que en el municipio de Baraya la mayoría de su población con un 66,6% se encuentra en el nivel medio de ilusión por el trabajo. Además, es importante resaltar que en los niveles altos y bajos la muestra se encuentra homogénea ya que cada una se encuentra con el 16.6% de la población. En desgaste psíquico tan solo el 8,3% de la población estuvo en nivel crítico mientras que la mayoría de la población se concentró en niveles medios y bajos. En Indolencia, de nuevo son predominantes niveles de medio a bajo en esta escala, siendo esto positivo ya que demuestra la ausencia de actitudes negativas como indiferencia y cinismo frente a los pacientes y compañeros. En la escala de Culpa pese a que la mayoría de la población está en un nivel medio con el 41,6%, existen niveles significativos de esta escala ya que el 33,3% está en el nivel crítico.

Tabla 18

Nivel por escalas según CESQT municipio de Campoalegre, 21 participantes.

	Campoalegre									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	7	33,3	11	52,3	3	14,2	0	0
Desgaste psíquico	0	0	4	19	6	28,5	5	23,8	6	28,5
Indolencia	0	0	1	4,7	8	38	6	28,5	6	28,5
Culpa	3	14,2	3	14,2	6	28,5	5	23,8	4	19

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Campoalegre en las escalas según el CESQT

En Campoalegre se obtuvo un 9,5% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 28,5% que equivale a 6 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 61,9% con 13 profesionales.

En la Tabla 18 se manifiesta que el municipio de Campoalegre presentó en la escala de Ilusión por el trabajo la mayoría de su población en un nivel medio, sin embargo, existe un porcentaje representativo con altos niveles de ilusión por el trabajo, indicando buenas expectativas frente a los roles que desempeñar los colaboradores. El puntaje obtenido en la escala de desgaste psíquico es positivo, ya que el 52,3% de la población se encuentra en niveles bajos. En la escala de indolencia, el porcentaje es de 57% en los niveles bajos siendo esto positivo ya que manifiesta la ausencia de actitudes indiferentes frente a los pacientes y compañeros. La escala culpa obtuvo una puntuación mayoritaria en niveles bajos con un 42.8%, pese a esto existe una puntuación significativa de 28,4% en niveles altos, lo que indica que esta población tiende a desarrollar sentimientos de culpa.

Tabla 19

Nivel por escalas según CESQT municipio de Colombia, 15 participantes.

	Colombia									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	4	26,6	6	40	4	26,6	1	6,6
Desgaste psíquico	0	0	1	6,6	8	53,3	1	6,6	5	33,3
Indolencia	0	0	1	6,6	8	53,3	2	13,3	4	26,6
Culpa	0	0	2	13,3	8	53,3	0	0	5	33,3

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Colombia en las escalas según el CESQT

En Colombia no se obtuvo puntuaciones en niveles Alto y Crítico; en nivel Medio se halló un 40% que equivale a 6 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 60% con 9 profesionales.

En la Tabla 19 se manifiesta que el municipio de Colombia presentó en la escala de Ilusión por el trabajo puntuaciones predominantes en el nivel medio con el 40%, se puede resaltar que el 32,2% se encontró en niveles bajos y el 26,6% en niveles altos, demostrando que no existe una brecha significativa entre los niveles altos y bajos.

En las escalas de desgaste psíquico, indolencia y culpa se encuentran puntuaciones en el nivel medio con un 53,3%. Por lo que se puede apreciar que en este municipio no existen niveles predominantes en estas escalas.

Tabla 20

Nivel por escalas según CESQT municipio de Garzón, 28 participantes.

	Garzón									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	9	32,1	18	64,2	1	3,5	0	0
Desgaste psíquico	1	3,5	3	10,7	11	39,2	2	7,1	11	39,2
Indolencia	1	3,5	1	3,5	8	28,5	9	32,1	9	32,1
Culpa	1	3,5	4	14,2	9	32,1	6	21,4	8	28,5

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Garzón en las escalas según el CESQT

En Garzón se obtuvo un 7.1% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 39,2% que equivale a 11 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 53,5% con 15 profesionales.

En la Tabla 20 se manifiesta que el municipio del Garzón en la escala de Ilusión por el trabajo mostró predominancia en el nivel medio con un 64,2%, seguido del nivel alto con un 32,1%, indicando buenos niveles de expectativas por el rol que se realiza ya que los niveles bajos no son significativos en esta escala. Respecto al desgaste psíquico la puntuación obtenida muestra que los niveles bajos predominan obteniendo unos 46,3% de la muestra ubicados en estos niveles, pese a esto el 14,2% de esta población obtuvieron puntuaciones alarmantes indicando altos niveles de agotamiento emocional y físico. En relación a la escala indolencia se resaltan los niveles bajos concernientes a los comportamientos de cinismos e indiferencia con un

64,2%. Respecto a los niveles de culpa el 50% obtuvieron puntajes bajos, pese a esto en el 17.7% predominan los sentimientos de culpa frente a la manera en que desempeñan su rol.

Tabla 21

Nivel por escalas según CESQT municipio de Guadalupe, 10 participantes.

	Guadalupe									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	5	50	3	30	2	20	0	0
Desgaste psíquico	1	10	0	0	4	40	2	20	3	30
Indolencia	0	0	0	0	7	70	2	20	1	20
Culpa	1	10	0	0	4	40	4	40	1	10

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio Guadalupe en las escalas según el CESQT

En Guadalupe ningún profesional obtuvo niveles altos del síndrome, en nivel Medio se halló un 40% que equivale a 4 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 60% se encontraron 6 profesionales.

En la Tabla 21 se manifiesta que el municipio de Guadalupe presentó en la escala de Ilusión por el trabajo el 50% de su población en el Nivel Alto, 30% en el Nivel Medio, 20% en el Nivel Bajo, pese que el nivel alto de ilusión por el rol que desempeñan los profesionales predomina los demás niveles cuentan con porcentajes significativos de la población. También se puede evidenciar bajo niveles de desgaste psíquico ya que predominó con el 40% de la muestra el nivel medio, y el 40% en niveles bajos. En la escala indolencia la población en un 70% se ubicó en el nivel medio mientras que un 40% obtuvo niveles bajos en relación a conductas aversivas hacia sus compañeros y pacientes. En la escala culpa existe el 50% de los sujetos ubicados en los niveles bajos y el 40% en el nivel medio demostrando el poco porcentaje de sentimientos culposos a partir de sus interacciones laborales.

Tabla 22

Nivel por escalas según CESQT municipio de Hobo, 11 participantes.

	Hobo									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	4	36,3	4	36,3	3	27,2	0	0
Desgaste psíquico	0	0	0	0	4	36,3	2	18,1	5	45,4
Indolencia	0	0	1	9	4	36,3	3	27,2	3	27,2
Culpa	1	9	5	45,3	2	18,1	1	9	2	18,1

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Hobo en las escalas según el CESQT

En Hobo no se obtuvo puntuaciones en niveles Alto y Crítico; en nivel Medio se halló un 36,3% que equivale a 4 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 63,6% con 7 profesionales.

En la Tabla 22 se manifiesta que el municipio de Hobo presentó en la escala de Ilusión por el trabajo una igualdad en el nivel alto y medio representado en un 33,3% en estos niveles. Pese a que no es significativa la predominancia en el nivel alto es superior respecto al 27,2% obtenido en el nivel bajo siendo esto positivo indicando que la muestra respecto a este municipio tiende a tener mayores niveles de ilusión por el trabajo. En la escala de desgaste psíquico existe una predominancia de los niveles bajos puesto que el 63,5% de la muestra se ubicó en estos niveles, mientras que el 36,3% de los participantes se encontró en el nivel medio. En cuanto a la escala de indolencia se encontró una predominancia en los niveles bajos con un 54,4% de los colaboradores ubicados allí. En la escala de culpa se encontró una puntuación representativa en los niveles altos con un 45,3%, aunque este porcentaje no supera la mitad de la muestra es significativo en relación a los sentimientos de culpa.

Tabla 23

Nivel por escalas según CESQT municipio de Iquira, 14 participantes.

	Iquira									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	10	71,4	2	14,2	1	7,1	1	7,1
Desgaste psíquico	3	21,4	1	7,1	6	42,8	2	14,2	2	14,2
Indolencia	0	0	1	7,1	7	50	2	14,2	4	28,5
Culpa	3	21,4	0	0	8	57,1	0	0	3	21,4

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Iquira en las escalas según el CESQT

En Iquira se obtuvo un 14,28% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 42,85% que equivale a 6 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 43,85% con 6 profesionales.

En la Tabla 23 se manifiesta que el municipio de Iquira presentó en la escala de Ilusión por el trabajo el 71,4% de su muestra en niveles altos indicando altos niveles de expectativas y motivación frente a los roles que desempeñan los trabajadores. En desgaste psíquico el 42,8% de los participantes obtuvieron un nivel medio, pese a esto es importante destacar que los niveles altos y bajos obtuvieron puntajes similares ya que el 28,5% y 28,4% de la población se ubicó en dichos niveles. En la escala indolencia se puede evidenciar que el 50% de los participantes se encuentran con un nivel medio en relación a conductas de cinismo e indiferencia, a la vez es importante mencionar que es significativo el 42,7% de los sujetos que manifestaron la poca frecuencia de estas actitudes. En tanto la escala culpa el mayor porcentaje de la población evidencia estar en el nivel medio con el 57,1%, mientras que los niveles extremos muestran puntuaciones equivalentes al 21,4%. Demostrando que no hay puntajes significativos en niveles bajos y altos confirmando la significancia del nivel medio de culpa.

Tabla 24

Nivel por escalas según CESQT municipio de El Pital, 17 participantes.

	El Pital									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	7	41,1	5	29,4	2	11,7	3	17,6
Desgaste psíquico	1	5,8	2	11,7	8	47	4	23,5	2	11,7
Indolencia	2	11,7	3	17,6	2	11,7	6	35,2	4	23,5
Culpa	2	11,7	2	11,7	7	41,1	3	17,6	3	17,6

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de El Pital en las escalas según el CESQT

En El Pital se obtuvo un 17,64% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 3 sujetos; en nivel Medio se halló un 41,17% que equivale a 7 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 41,17% con 7 profesionales.

En la Tabla 24 se manifiesta que el municipio de El Pital presentó en la escala de Ilusión por el trabajo un nivel alto predominante con un 41,1% de su población, pese a esto se evidencia que no se supera la mitad de la población con altas expectativas referente a la labor que realizan, estando está distribuida en el nivel medio y bajos. En desgaste psíquico la mayoría de la población evidencio estar en el nivel medio de desgaste psicológico y físico con un 47%, un aspecto positivo en esta escala se aprecia en que en los niveles altos no predominaron ya que el puntaje obtenido en los niveles bajos fueron superiores a los niveles altos respecto a la presencia de cansancio psicológico y físico de la muestra. En la escala culpa el nivel medio predomino ya que el 47% de la muestra obtuvieron puntuaciones que la ubicaron en este nivel presentando características de sentimientos de culpa moderados.

Tabla 25

Nivel por escalas según CESQT municipio de Suaza, 38 participantes.

	Suaza									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	7	18,4	18	47,3	9	23,6	4	10,5
Desgaste psíquico	1	2,6	4	10,5	21	55,2	7	18,4	5	13,1
Indolencia	1	2,6	4	10,5	12	31,5	9	23,6	12	31,5
Culpa	5	13,1	7	18,4	13	34,2	11	28,9	2	5,2

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Suaza en las escalas según el CESQT

En Suaza se obtuvo un 26,31% en nivel Alto correspondiente a 10 sujetos; en nivel Medio se halló un 26,31% que equivale a 10 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 47,33% con 18 profesionales.

En la Tabla 25 se manifiesta que el municipio de Suaza presentó niveles moderados en la escala de Ilusión por el trabajo con el 47,3% de los sujetos. En relación al desgaste psíquico la mayoría de los participantes se encontraron con un nivel medio correspondiente al 55,2%. En indolencia el 55,1% de la muestra presenta niveles bajos en esta escala siendo esto un aspecto positivo respecto a las actitudes de los trabajadores frente a sus compañeros de trabajo y consultantes. En la escala culpa existe similitudes en los niveles altos, medio y bajos, se puede apreciar que ninguno de estos presenta mayor gravedad frente a la presencia de niveles de culpa.

Tabla 26

Nivel por escalas según CESQT municipio de Tello, 29 participantes.

	Tello									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	11	37,9	14	48,2	3	10,34	1	3,4
Desgaste psíquico	3	10,3	4	13,7	11	37,9	8	27,5	3	10,3
Indolencia	2	6,8	3	10,3	7	24,1	9	31	8	27,5
Culpa	5	17,2	1	3,4	13	44,8	5	17,2	5	17,2

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Tello en las escalas según el CESQT

En Tello se obtuvo un 17,24% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 5 sujetos; en nivel Medio se halló un 34,48% que equivale a 10 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 48,24% con 14 profesionales.

En la Tabla 26 se manifiesta que en el municipio de Tello predominó con el 48,2% de los sujetos el nivel medio respecto a la escala de Ilusión por el trabajo, de igual manera el nivel alto también fue significativo al obtener un gran porcentaje de la población siendo este el 37,9% del total de la muestra con altos niveles en esta escala. En la escala de desgaste psíquico predominan el nivel medio y bajos siendo esto favorable para el bienestar de los trabajadores ya que se aprecia la ausencia de altos niveles de agotamiento. Los niveles de la escala indolencia son bajos ya que el 58,5% de los participantes se encuentran en estos, lo cual es positivo frente a la forma en que los trabajadores llevan sus relaciones de interacción en su contexto laboral. Referente a los sentimientos de culpa en esta población se encontró predominancia en el nivel medio correspondiente al 44,8% de los participantes.

Tabla 27

Nivel por escalas según CESQT municipio de Teruel, 13 participantes.

	Teruel									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	3	23	3	23	4	30	3	23
Desgaste psíquico	0	0	1	7,6	9	69,2	1	7,6	2	15,3
Indolencia	0	0	1	7,6	6	46,1	3	23	3	23
Culpa	1	7,6	1	7,6	6	46,1	3	23	2	15,3

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Teruel en las escalas según el CESQT

En Teruel se obtuvo un 30,76% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 4 sujetos; en nivel Medio se halló un 38,46% que equivale a 5 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 30,76% con 4 profesionales.

En la Tabla 27 se manifiesta que en el municipio de Teruel los niveles de Ilusión por el trabajo son bajos por parte de los trabajadores ya que el 53% de ellos puntuaron en este nivel siendo esto una manifestación de las bajas expectativas de los profesionales frente a la labor de desempeñar; pese a estas bajas expectativas laborales el nivel de desgaste psíquico es medio con

el 69,2% al igual que indolencia con el 46,1% seguido de culpa con el mismo porcentaje, en Teruel se puede observar que cabe la posibilidad de que en esta muestra los niveles bajos de ilusión por el trabajo no afecten las demás escalas.

Tabla 28

Nivel por escalas según CESQT municipio de Tesalia, 25 participantes.

	Tesalia									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	7	28	11	44	5	20	2	8
Desgaste psíquico	0	0	5	20	10	40	2	8	8	32
Indolencia	0	0	7	28	10	40	5	20	3	12
Culpa	2	8	2	8	13	52	6	24	2	8

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Tesalia en las escalas según el CESQT

En Tesalia se obtuvo un 16% en nivel Alto correspondiente a 4 sujetos; en nivel Medio se halló un 36% que equivale a 9 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 48% con 12 profesionales.

En la Tabla 28 se manifiesta que el municipio de Tesalia presentó en la escala de Ilusión por el trabajo una predominancia en el nivel medio con el 44% de la población participante, vale la pena resaltar la equivalencia en porcentaje respecto al nivel alto en relación a los niveles bajos. En relación al desgaste psíquico el nivel medio al igual que los niveles bajos son representativos ya que el 40% de los sujetos puntuaron en estos niveles demostrando el poco nivel de agotamiento físico y psicológico. Respecto el nivel de culpa el 40% puntuó en el nivel medio, vale la pena resaltar el poco margen de diferencia existente entre los niveles altos y bajos respecto a los sentimientos de culpa.

Tabla 29

Nivel por escalas según CESQT municipio de Yaguará, 12 participantes.

	Yaguará									
	Crítico	%	Alto	%	Medio	%	Bajo	%	Muy Bajo	%
Ilusión por el trabajo	0	0	9	75	3	25	0	0	0	0
Desgaste psíquico	0	0	0	0	8	66,6	2	16,6	2	16,6
Indolencia	0	0	0	0	6	50	2	16,6	4	33,3
Culpa	0	0	3	25	4	33,3	2	16,6	3	25

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en el municipio de Yaguará en las escalas según el CESQT

En Yaguará no se obtuvo puntuaciones en niveles Alto y Crítico; en nivel Medio se halló un 25% que equivale a 3 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 75% con 9 profesionales.

En la Tabla 29 se manifiesta que el municipio de Yaguará presentó un nivel alto en la escala de Ilusión por el trabajo con un 75% de. En relación al desgaste psíquico las puntuaciones en el nivel medio predominan con un 66,6%, concentrándose el resto de la muestra en los niveles bajos siendo esto positivo debido a la ausencia de profesionales con altos niveles de agotamiento, de la misma manera se encuentran los niveles de indolencia ya que el 50% se halló en el nivel medio y la población restante en niveles bajos frente a la ocurrencia de comportamientos de cinismo e indiferencia. Los sentimientos de culpa en esta población son bajos con el 41,6%.

Se puede concluir que el municipio con mayor porcentaje del síndrome por quemarse en el trabajo fue Teruel con el 30,7%, mientras que en los municipios de Yaguará, Hobo, Guadalupe y Colombia no se encontraron sujetos en estos niveles, el municipio con mayor concentración de su población en los niveles bajos fue Yaguará con el 70% de su muestra.

También es pertinente mencionar que existieron 8 casos en nivel crítico, de los cuales 4 casos se encontraron en Algeciras pero que estos no son representativos respecto a su muestra.

En nivel alto se hallaron 37 participantes, de los cuales Suaza aportó el mayor número con 10

sujetos, pero tampoco equivale a un porcentaje en mayor medida significativo frente a su muestra.

De igual manera se puede concluir que el municipio con mayor puntaje en la escala Ilusión por el Trabajo respecto a su muestra fue Yaguará con el 75% de sus participantes en niveles altos, en Desgaste Psíquico fue Iquira con el 28,5%, en Indolencia fue el Municipio del Pital con el 29,4% y en la escala de Culpa fue Hobo con el 54,5% de la muestra en altos.

27. Descripción de los niveles de SQT en relación las variables sociodemográficas

A continuación, se aprecian los niveles del síndrome de quemarse por el trabajo obtenidos en cada una de las variables sociodemográficas.

Tabla 30

Sexo en relación al puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total	
Sexo	Hombre	4	7	18	18	10	57	F
	Mujer	4	30	89	66	48	237	
Total		8	37	107	84	58	294	

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a Sexo y niveles del CESQT.

Se encontró que 11 de 57 hombres correspondientes al 19,2% de esta población se ubican en niveles Alto y Crítico; en el nivel Medio estuvo el 31,5% haciendo referencia a 18 participantes, mientras que el 49,1% con 28 sujetos estuvieron en los niveles Bajo y Muy Bajo. Entre tanto del 100% correspondiente a la población femenina, el 14,3% obtuvo niveles Alto y Crítico siendo 34 participantes, mientras que el 37,5% estaban en un nivel Medio lo que corresponde a 89 mujeres y el 48,1% correspondiente a 114 sujetos estaban en niveles Bajo y Muy Bajo. Estos resultados demuestran que no hay diferencias significativas respecto al sexo y

su relación con los niveles de SQT que ofrece el CESQT pese que el porcentaje de hombres que presentaron niveles altos es un poco mayor comparado con el de las mujeres.

Tabla 31

Edad en relación al puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Edad	18 a 22 años	2	5	9	6	3	25
	23 a 27 años	6	10	23	12	10	61
	28 a 32 años	0	5	22	19	14	60
	33 a 37 años	0	4	20	13	12	49
	38 a 42 años	0	4	9	5	8	26
	43 a 47 años	0	3	8	8	2	21
	48 a 52 años	0	0	5	9	4	18
	Mayores de 52 años	0	6	11	12	5	34
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación al rango de edad y niveles del CESQT.

En la tabla 31, se puede evidenciar que para el rango de edad de 18 a 22 años hubo un 28% correspondiente a 7 sujetos en niveles Alto y Crítico; para el nivel Medio se halló un 36% con 9 participantes, así como un 36% con 9 jóvenes para los niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 23 a 27 años hay un 26,2% con 16 participantes ubicados en niveles Alto y Crítico; en el nivel Medio 23 personas correspondiente al 37,7% y 22 profesionales correspondiente a un 36% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 28 a 32 años hay un 8,3% con 5 participantes ubicados en niveles Alto; en el nivel Medio 22 personas correspondientes al 36,6% y 33 profesionales correspondiente a un 55% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 33 a 37 años hay un 8,16% con 4 participantes ubicados en niveles Alto; en el nivel Medio 20 personas correspondientes al 40,8% y 25 profesionales correspondiente a un 51% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 38 a 42 años hay un 15,38% con 4 participantes ubicados en niveles Alto; en el nivel Medio 9 personas correspondientes al 34,6% y 13 profesionales correspondiente a un 50% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 43 a 47 años hay un 14,2% con 3 participantes ubicados en el nivel Alto; en el nivel Medio 8, personas correspondientes al 38,1% y 10 profesionales correspondiente a un 47,6% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de 48 a 52 años no existen participantes ubicados en niveles Alto y Crítico; en el nivel Medio 5 personas correspondiente al 27,7% y 13 profesionales correspondiente a un 72,2% en niveles Bajo y Muy Bajo.

En el rango de mayores de 52 años hay un 17,6% con 6 participantes ubicados en niveles Alto; en el nivel Medio 11 personas correspondientes al 32,3% y 17 profesionales correspondiente a un 50% en niveles Bajo y Muy Bajo.

Se puede evidenciar con base en la tabla 26 que el rango de edad con mayor probabilidad de presentar altos niveles del síndrome de SQT es aquella población comprendida entre 18 a 27 años de edad. El rango de edad en el cual no existieron trabajadores con altos niveles del síndrome fue el de 48 a 52 años.

Tabla 32
Estado civil en relación a la Puntuación Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Estado civil	Casado	0	7	29	30	9	75
	divorciado	1	0	5	3	3	12
	Soltero	7	24	44	36	28	139
	unión libre	0	6	26	13	16	61
	Viudo	0	0	3	2	2	7
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio correspondiente a Estado Civil y niveles según CESQT

La tabla 32 muestra que en cuanto a los niveles de SQT los trabajadores que manifestaron estar casados en un 9,3% se encontraron en nivel Alto correspondiente a 7 sujetos; en nivel Medio se halló un 38,6% que equivale a 29 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 52% con 39 profesionales.

Aquellos quienes estaban divorciados 1 se encontró en nivel crítico correspondiente al 8,3%, en nivel Medio se halló un 41,6% que equivale a 5 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 50% con 6 profesionales.

Quienes manifestaron estar solteros un 22,3% se encontraron en nivel Alto y Critico correspondiente a 31 sujetos; en nivel Medio se halló un 31,6% que equivale a 44 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 46% con 64 profesionales.

Los trabajadores que manifestaron estar en unión libre 6 se encontraron en nivel Alto correspondiente al 9,8%; en nivel Medio se halló un 47,5% que equivale a 26 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 52% con 29 profesionales.

En este orden de ideas, se puede deducir que, respecto al estado civil, los participantes que estaban solteros obtuvieron mayores puntuaciones en los niveles altos del síndrome comparados con la muestra, de igual manera se puede evidenciar que del 100% de la población con niveles altos de SQT el 68,8% estaban solteros, confirmando una posible relación directa entre el estado civil y los niveles altos en los resultados del CESQT. Es pertinente mencionar que del 100% de

los solteros que presentan el síndrome, el 67,7% se encontraban en el rango de edad comprendido entre 18 -27 años, confirmando la posible relación entre la edad y niveles altos del síndrome, también se puede manifestar que, de la misma población, el 80,6% no tuvo hijos, respaldando la hipótesis de que la ausencia de hijos es un factor a predisponer la aparición del SQT.

Tabla 33
Número de hijos en relación al Puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Número de hijos	0	7	21	39	30	20	117
	1-3	1	14	63	51	37	166
	4-6	0	2	5	3	1	11
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a Número de Hijos y sus correspondientes niveles según CESQT

La tabla 33 muestra que en cuanto a los niveles de SQT los trabajadores que tienen 0 hijos obtuvo un 23,9% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 28 sujetos; en nivel Medio se halló un 33,3% que equivale a 39 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 42,7% con 50 profesionales.

De los trabajadores que tienen de 1 a 3 hijos un 9% estaban en nivel Alto y Crítico correspondiente a 15 sujetos; en nivel Medio se halló un 37,9% que equivale a 63 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 53% con 88 profesionales.

Los trabajadores que tienen de 4 a 6 hijos obtuvieron un 18,1% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 45,4% que equivale a 5 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 36,3% con 4 profesionales.

Con respecto al nivel de SQT según el número de hijos se puede inferir que aquellos sujetos que no tienen hijos cuentan con los niveles más altos del síndrome, mientras que los que tienen entre 1 y 3 hijos fueron quienes menores niveles de SQT presentaron. Es importante mencionar que de aquellos colaboradores que no tienen hijos y presentaron niveles altos del síndrome, en un 42,8% ganan más de 3 SMMV, siendo esta una de las variables identificadas como posible factor

de riesgo para el desarrollo de SQT; de igual forma esta misma población presentó en un 75% edades comprendidas entre 18 a 27 años, lo que confirma la relación existente entre edad y probabilidad de presentar el síndrome.

Tabla 34

Estrato socioeconómico en relación al Puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Estrato socioeconómico	1	2	7	30	23	14	76
	2	4	20	47	49	30	149
	3	2	3	17	9	9	40
	4	0	7	11	3	5	26
	5	0	0	2	1	0	3
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio correspondiente a Estrato Socioeconómico y niveles según CESQT

La tabla 34 muestra que en cuanto a los niveles de SQT los trabajadores que estaban en el nivel socioeconómico 1 un 11,8% estaban en nivel Alto y Crítico. En nivel Medio se halló un 39,4% que equivale a 30 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 48,6% con 37 profesionales.

En relación a los trabajadores que están en el nivel socioeconómico 2 se obtuvo un 16,1% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 24 sujetos; en nivel Medio se halló un 31,5% que equivale a 47 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 53% con 79 profesionales.

Los trabajadores que están en el nivel socioeconómico 3 se obtuvo un 12,5% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 5 sujetos; en nivel Medio se halló un 42,5% que equivale a 17 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 45% con 18 profesionales.

Los trabajadores que están en el nivel socioeconómico 4 obtuvo un 26,9% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 7 sujetos; en nivel Medio se halló un 42,3% que equivale a 11 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 30,7% con 8 profesionales.

Respecto a la población en estrato 5 ninguna se ubicó en los niveles Alto y Crítico, en el nivel medio se encontró el 66,6% equivalente a 2 personas, mientras que en los niveles Bajo y Muy Bajo se halló 1 profesional correspondiente al 33,3%.

En términos generales, se puede concluir que los participantes ubicados en estrato 4, fueron quienes presentaron niveles altos del síndrome en un 26,9%, por otro lado, la población ubicada en estrato 5 no conto con niveles altos del síndrome, mientras que los colaboradores pertenecientes al estrato 1 fueron los que menos niveles altos del síndrome presentaron comparados con los demás estratos que presentaron niveles elevados de SQT.

Tabla 35
Profesión en relación al Puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Profesión	Auxiliar de enfermería	2	19	49	34	27	131
	Auxiliar de odontología	0	2	9	11	4	26
	Bacteriólogo	1	1	5	1	2	10
	Enfermero	2	4	4	11	3	24
	Médico	3	8	13	9	4	37
	Odontólogo	0	0	8	2	6	16
	Otro	0	2	17	13	11	43
	Psicólogo	0	1	2	3	1	7
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a profesión y sus correspondientes niveles según CESQT

La tabla 35 muestra que en cuanto a los niveles de SQT la profesión de Auxiliar de Enfermería obtuvo un 16% en nivel Alto correspondiente a 21 sujetos; en nivel Medio se halló un 37,4% que equivale a 49 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 46,5% con 61 profesionales.

En la profesión de Auxiliar de Odontología obtuvo un 7,6% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 34,6% que equivale a 9 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 57,6% con 15 profesionales.

En la profesión de Bacteriólogo obtuvo un 20% en nivel Alto y Critico correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 50% que equivale a 5 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 30% con 3 profesionales.

En la profesión de Enfermero obtuvo un 25% en nivel Alto y Critico correspondiente a 6 sujetos; en nivel Medio se halló un 16,6% que equivale a 4 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 58,3% con 14 profesionales.

En la profesión de Médico obtuvo un 29,7% en nivel Alto correspondiente a 11 sujetos; en nivel Medio se halló un 35,1% que equivale a 13 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 35,1% con 13 profesionales.

En la profesión de Odontólogo no obtuvo puntuaciones en niveles Alto y Crítico; en nivel Medio se halló un 50% que equivale a 8 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 50% con 8 profesionales.

En la profesión de Psicólogo obtuvo un 14,2% en nivel Alto correspondiente a 1 sujetos; en nivel Medio se halló un 28,5% que equivale a 2 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 57,1% con 4 profesionales.

En la categoría Otro se obtuvo un 4,6% en nivel Alto correspondiente a 2 sujetos; en nivel Medio se halló un 39,5% que equivale a 17 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 55,8% con 24 profesionales.

Se puede concluir que la profesión con mayor número de sujetos en niveles altos de SQT fue el médico con el 29,7%, seguido de enfermero con el 25%. Es válido mencionar que gracias al análisis se pudo determinar que la profesión de médico es la que tiene mayor cantidad de sujetos que laboran más de 200 horas al mes, por lo cual se podría suponer la existencia de una relación entre profesión y horas trabajadas al mes en cuanto a desarrollar altos niveles del SQT.

Evidencia de esto es, que teniendo en cuenta que la segunda población con altos niveles del síndrome fue enfermero, se halló que, el 100% de los afectados con el síndrome en esta profesión trabajan entre 150 y 200 horas al mes.

Por otro lado, la profesión de odontólogo fue la única que no conto con sujetos con altos niveles del síndrome. De igual manera es pertinente mencionar que de las profesiones que tuvieron personas en menor proporción en niveles altos fueron quienes estaban en la categoría Otros y Auxiliar de Odontología.

Tabla 36
Tipo de contrato en relación al puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Tipo de contrato	Término Fijo	4	9	18	19	4	54
	Término Indefinido	0	11	39	20	23	93
	Contrato de Obra o Labor	0	1	2	2	4	9
	Contrato de Aprendizaje	0	0	1	1	0	2
	Contrato Temporal, Ocasional o Accidental	0	3	3	3	3	12
	Contrato Civil Por Prestación de Servicios	4	13	44	39	24	124
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a tipo de contrato y sus correspondientes niveles según CESQT

Respecto a la tabla 36 se puede observar que en cuanto a los niveles del SQT, el contrato a término fijo contó con un 24% en niveles Alto y crítico, en el nivel Medio el 33,3% y en niveles Bajo y Muy bajo un 24%.

Para el contrato a término indefinido se halló que el 11,8% se encontró en nivel Alto, el 41,9% en nivel Medio y en Bajo y Muy bajo el 46,2%.

En el contrato de obra o labor se encontró en el nivel Alto el 11,1%, en el nivel Medio 22,2% y en niveles Bajo y Muy bajo el 66,6%.

Para el contrato de aprendizaje se halló que el 50% se encontró en el nivel Medio y en Bajo el 50% restante.

El contrato temporal, ocasional, accidental contó con un 25% en niveles Alto, en el nivel Medio el 25% y en niveles Bajo y Muy bajo un 50%.

Para el contrato civil por prestación de servicios se halló que el 13,7% se encontró en nivel Alto y Crítico, el 35,4% en nivel Medio y en Bajo y Muy bajo el 50,8%.

El tipo de contrato que tuvo un mayor nivel del SQT fue el temporal, ocasional, accidental con un 25%; seguido por el contrato a término fijo con el 24%; mientras el contrato por aprendizaje no obtuvo población en los niveles altos del síndrome. Es importante resaltar que el 100% de los afectados por el síndrome en el tipo de contrato temporal, ocasional, accidental, no tenían hijos, estaban solteros, pertenecieron al rango de edad entre 18 a 27 años y tenían entre 1 y 5 años de ejercicio profesional. Es pertinente mencionar que del 100% de quienes obtuvieron puntajes altos del SQT en el contrato a término fijo el 83,3% no tenían hijos, se encontraron solteros, estaban en el rango de edad de 18 a 27 años, mientras que el 100% de ellos tenían entre 1 a 5 años de ejercicio profesional. Lo anterior indica una posible relación entre estas variables y los niveles altos del síndrome.

Tabla 37
Horas de trabajo al mes en relación al puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Horas de trabajo al mes	Menos de 50 Horas	1	3	2	1	1	8
	Entre 50 y 99 Horas	0	0	5	4	1	10
	Entre 100 y 150 Horas	0	1	8	8	3	20
	Entre 151 y 200 Horas	5	27	63	51	44	190
	Entre 201 y 250 Horas	1	3	9	4	5	22
	Más de 251 Horas	1	3	20	16	4	44
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a horas de trabajo al mes y sus correspondientes niveles según CESQT

En la tabla 37 se evidencia que, respecto a los niveles del síndrome relacionados con horas de trabajo al mes, de quienes manifestaron trabajar menos de 50 horas, el 50% están en niveles Alto y Crítico, el 25% en el nivel Medio y el 25% restante en niveles Bajo y Muy bajo.

Quienes manifestaron trabajar entre 50 y 99 horas no tuvieron Altos niveles del SQT, en nivel Medio un 50% y niveles Bajo y Muy bajo 50%.

De quienes manifestaron trabajar entre 100 y 150 horas, el 5% están en nivel Alto, el 40% en el nivel Medio y el 55% restante en niveles Bajo y Muy bajo.

De quienes manifestaron trabajar entre 151 a 200 horas, el 16,8% están en niveles Alto y Crítico, el 33,1% en el nivel Medio y el 50% restante en niveles Bajo y Muy bajo

De quienes manifestaron trabajar entre 201 a 250 horas, el 18,1% están en niveles Alto y Crítico, el 40,9% en el nivel Medio y el 40,9% restante en niveles Bajo y Muy bajo.

De quienes manifestaron trabajar más de 251 horas, el 9% están en niveles Alto y Crítico, el 45,4% en el nivel Medio y el 45,4% restante en niveles Bajo y Muy bajo.

Se puede concluir que los profesionales que trabajan menos de 50 horas fueron los que obtuvieron mayor porcentaje en altos niveles del SQT, mientras que los que trabajan entre 50 y 99 horas al mes no tuvieron puntuaciones altas.

Tabla 38
Años de ejercicio profesional en relación al puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Años de ejercicio profesional	Entre 1 y 5 años	8	20	52	41	28	149
	Entre 6 y 10 años	0	4	20	12	13	49
	Entre 11 y 15 años	0	2	15	8	7	32
	Entre 16 y 20 años	0	3	6	5	4	18
	Entre 21 y 25 años	0	1	4	7	4	16
	Entre 26 y 30 años	0	3	2	4	1	10
	Más de 30 años	0	4	8	7	1	20
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a años de ejercicio profesional y sus correspondientes niveles según CESQT

En la tabla 38 se puede observar que respecto a los años de ejercicio profesional en relación con los niveles del SQT, de los colaboradores que manifestaron tener entre 1 y 5 años de experiencia el 18,7% se encontraron en niveles Alto y Crítico, en el nivel Medio se halló el 34,8% y el 46,3% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener entre 6 y 10 años de experiencia el 8,1% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 40,8% y el 51% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener entre 11 y 15 años de experiencia el 6,2% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 46,8% y el 46,8% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener entre 16 y 20 años de experiencia el 16,6% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 33,3% y el 50% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener entre 21 y 25 años de experiencia el 6,2% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 25% y el 68,7% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener entre 26 y 30 años de experiencia el 30% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 20% y el 50% en niveles Bajo y Muy bajo.

De los colaboradores que manifestaron tener más de 30 años de experiencia el 20% se encontraron en el nivel Alto, en el nivel Medio se halló el 40% y el 40% en niveles Bajo y Muy bajo.

De lo anterior se puede concluir que el 30% de los profesionales que se encontraron con una experiencia entre 26 y 30 años presentaron altos niveles del síndrome, mientras que el rango de experiencia profesional en el que se obtuvo mayor población en los niveles bajos del síndrome fue el de 21 y 25 años. Es de gran relevancia manifestar que los casos críticos hallados en el estudio, en su totalidad se encontraron en el rango de 1 y 5 años de ejercicio profesional.

Tabla 39
Salario en relación al Puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Salario	1-2 SMMV	4	23	75	61	43	206
	2-3 SMMV	0	5	17	12	10	44
	3-4 SMMV	2	3	4	6	1	16
	Más de 4 SMMV	2	6	11	5	4	28
Total		8	37	107	85	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio en relación a salario y sus correspondientes niveles según CESQT

La tabla 39 muestra que en cuanto a los niveles de SQT el rango de 1 – 2 SMMV obtuvo un 13,1% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 27 sujetos; en nivel Medio se halló un 36,4% que equivale a 75 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 50,4% con 104 profesionales.

En el rango de 2 – 3 SMMV obtuvo un 11,3% en nivel Alto correspondiente a 5 sujetos; en nivel Medio se halló un 38,6% que equivale a 17 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 50% con 22 profesionales.

En el rango de 3 – 4 SMMV obtuvo un 31,2% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 5 sujetos; en nivel Medio se halló un 25% que equivale a 4 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 43,7% con 7 profesionales.

En el rango de Más de 4 SMMV obtuvo un 28,5% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 8 sujetos; en nivel Medio se halló un 39,2% que equivale a 11 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo con un 32,1% con 9 profesionales.

En relación a los ingresos mensuales se puede concluir que los sujetos que reciben más de 3 SMMV tienden a desarrollar más altos niveles de SQT ya que el 29,5 % de las personas que están en estos rangos presentan niveles alto del síndrome, de las cuales el 76,9% son médicos; confirmando lo referido en la tabla 30 donde se infiere que los médicos tienen mayor probabilidad de presencia del síndrome.

Tabla 40

Relación con el equipo de trabajo según el Puntaje Global CESQT

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total
Relación con el equipo de trabajo	buena	4	31	72	56	37	200
	excelente	2	5	26	26	20	79
	Mala	0	0	1	0	0	1
	regular	2	1	8	2	1	14
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio correspondiente a Relación con el Equipo de trabajo y niveles según CESQT

La tabla 40 muestra que en cuanto a los niveles de SQT los trabajadores que manifestaron tener una relación Buena con el equipo de trabajo obtuvieron un 17,5% en nivel Alto y Crítico correspondiente a 35 sujetos; en nivel Medio se halló un 36% que equivale a 72 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 46,5% con 93 profesionales.

Los que manifestaron tener una relación Excelente con el equipo de trabajo obtuvieron un 8,8% en nivel Alto y Critico correspondiente a 7 sujetos; en nivel Medio se halló un 32,9% que equivale a 26 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 58,2% con 46 profesionales.

Respecto a la población que manifestó tener una Mala relación con el equipo de trabajo se halló tan solo una persona en un nivel Medio con un 0,3%.

Finalmente, los que manifestaron tener una relación Regular con su equipo de trabajo obtuvieron un 21,4% en nivel Alto y Critico correspondiente a 3 sujetos; en nivel Medio se halló un 57,1% que equivale a 8 personas y en niveles Bajo y Muy Bajo 21,4% con 3 profesionales.

En este punto se puede inferir que los niveles del síndrome de SQT sostienen un aumento progresivo en la medida en que la calidad de la relación de los participantes con su equipo de trabajo se encontraba más deteriorada, encontrándose el 21,4% de los colaboradores con una relación regular con el equipo de trabajo en niveles altos de presencia del síndrome.

Tabla 41

Grado de dificultad de la labor realizada en relación a la puntuación Global CESQT.

		Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	
Grado de dificultad de la labor que realiza	Baja	3	7	38	33	26	107
	Media	1	20	45	37	24	127
	Alta	4	10	24	14	8	60
Total		8	37	107	84	58	294

Frecuencias obtenidas por la muestra de estudio correspondiente a grado de dificultad de la labor realizada y niveles de SQT según CESQT

La tabla 41 manifiesta que quienes tuvieron la percepción de un bajo nivel de dificultad en la labor que realizan el 9,3% estuvo en niveles altos, el 35,5% en el nivel medio y el 55,1% en niveles bajos.

Quienes tuvieron la percepción de un nivel medio de dificultad en la labor que realizan el 16,5% estuvo en niveles altos, el 35,4% en el nivel medio y el 48% en niveles bajos.

Mientras quienes tuvieron la percepción de un nivel alto de dificultad en la labor que realizan el 23,3% estuvo en niveles altos, el 40% en el nivel medio y el 36,6% en niveles bajos.

En este sentido es relevante mencionar que los participantes que manifestaron tener un grado de dificultad alto en la labor realizada, obtuvieron mayores niveles en el síndrome; de igual forma es importante resaltar que en la medida en que aumentan los niveles de dificultad de las tareas también aumentan los niveles de SQT.

Por otro lado, se concluye que del 100% de los participantes con niveles altos y críticos en el CESQT, el 31,1% consideraron tener un grado alto de dificultad en la labor realizada, de estos el 71,4% tienen un rango de edad entre 18 a 27 años confirmando la alta probabilidad respecto a la relación entre edad y altos niveles del síndrome. Además, de esta misma población se puede deducir que el 42,8% fueron médicos, confirmando nuevamente que esta profesión se relaciona con puntuaciones altas del síndrome; de esta misma forma el análisis arrojó que de esta población el 42,8% recibe más de 3 SMMV, volviendo a confirmar la relación existente entre salario y el síndrome de SQT; finalmente el 100% no tiene hijos y el 85,7% están solteros, comprobando la misma posible relación existente entre estas variables y la presencia del síndrome.

28. Discusión

El estudio del SQT en población sanitaria perteneciente a 15 Hospitales públicos de primer nivel en municipios del departamento del Huila aporta de manera significativa a la valoración y búsqueda de alternativas organizacionales para prevenir su aparición y desarrollo, tanto como para reducir sus efectos.

Es importante destacar que en la presente investigación se lleva a cabo el uso por primera vez del CESQT en el departamento del Huila, cuyo diseño permite detectar el SQT en personal asistencial y hace posible su uso en las diferentes profesiones que integran los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud, siendo esto un gran avance para la valoración en profesiones específicas de cuidado humano.

Partiendo de que el presente estudio es descriptivo y no correlacional pero que, gracias a la información obtenida, a la herramienta estadística utilizada y al rol de investigadores, es pertinente tener en cuenta los resultados obtenidos en relación a las variables sociodemográficas que podrán posibilitar la aparición del SQT, una de las cuales se identificó en apartados anteriores con posible asociación con el síndrome fue la edad, se halló que esta es significativa en relación a la aparición del síndrome indicando que a menor edad hay mayores niveles de SQT, resultados similares donde se hallaron altos niveles del síndrome a menor edad confirmando la relación directa entre esta variable y el síndrome fue en la investigación realizada por Tejada, quien estudió la prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia, en su investigación concluyó que a mayor edad los psiquiatras estudiados presentaron menos burnout. (Tejada y Gómez, 2011), de igual manera la investigación ejecutada por Lozada en un Hospital de Ciudad de México consideró que la edad al tener relación directa con los primeros años de carrera

profesional influye en la presencia del SQT dado, que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas (Lozada, 2010).

Un resultado contrario encontró Toro en su investigación llevada a cabo con el fin de determinar el nivel de burnout en profesionales de enfermería en la ciudad de Manizales, en esta concluyó que las enfermeras entre los 41-50 años presentaron los puntajes más altos para el síndrome (Toro, 2014).

Otra variable en la cual se halló una posible relación significativa fue el número de hijos, aquellas personas que reportaron no tener hijos presentaron altos índices de SQT, de igual manera, Aguirre y Quijano obtuvieron resultados similares en su estudio sobre el Síndrome por quemarse en el trabajo en Médicos en la ciudad de Bogotá Colombia, en este identificaron que la tendencia a tener hijos pareciera evidenciar menores niveles de SQT (Aguirre y Quijano, 2015). Mientras que el estudio hecho por Jiménez y Jaimes determinaron que, en relación con el número de hijos no se encontró una relación significativa con el síndrome (Jiménez y Jaimes, 2013).

Pese a que no se encontró estudios en Colombia en el que evaluaran diferentes profesiones en una sola muestra, el presente estudio identificó una posible relación entre ser médico y desarrollar el síndrome, resultados similares se encontraron en una investigación ejecutada en México en personal de salud donde el 88,9% de los médicos evaluados presentaron incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Jiménez y Jaimes, 2013).

Respecto a la relación existente entre grado de dificultad de la labor realizada y niveles de SQT un estudio realizado en la ciudad de Montería Colombia encontró que el grado de dificultad no mostró ser un indicador importante del padecimiento del síndrome a pesar de que los niveles estadísticos estuvieron muy cerca al umbral de significancia (Ávila et al,2010), sin embargo, el presente estudio obtuvo evidencia de una posible relación existente en cuanto a mayor grado de dificultad mayor es el nivel del síndrome.

Los resultados en lo concerniente a la relación con el equipo de trabajo arrojaron que los profesionales que manifestaron tener una relación regular mostraron mayores niveles del SQT, por otro lado, la investigación realizada por Ávila no mostró valores significativos respecto a altos niveles de SQT y las malas relaciones sostenidas con el equipo de trabajo. (Ávila et al, 2010)

Por último, se puede inferir que a los profesionales que obtienen ingresos superiores a 3 SMMV tienden a presentar mayores niveles del SQT, un estudio realizado en Bogotá Colombia arrojó que uno de los factores de riesgo asociado a la presencia del síndrome eran los mayores ingresos económicos (Aguirre y Quijano, 2015).

29. Conclusiones

En el presente estudio participaron 15 Hospitales de primer nivel, de 15 municipios del departamento del Huila, con una muestra total de 294 sujetos de los cuales 237 fueron mujeres con un 80,6% y 57 hombres correspondiente al 19,3%; es importante resaltar que el municipio con mayor participación fue Suaza con 38 colaboradores; el rango de edad en el cual se halló la mayor concentración de la muestra fue de 18 a 32 años con el 41,1% y un promedio de edad de 27,7 años para la población en estudio; el estado civil dominante fue soltero con el 47,2% de los participantes en esta categoría; en relación al número de hijos cabe mencionar que el 53,1% tuvo entre 1 y 3 hijos; la profesión con mayor número de sujetos fue auxiliar de enfermería aportando el 44,5% de los participantes; así, en cuanto al tipo de contrato se puede decir que el 42,1% se encontraban por prestación de servicios; en lo concerniente al estrato el 50,6% manifestaron estar en estrato 2; en cuanto a los ingresos obtenidos, el 70% reciben entre 1 y 2 SMMV, en este sentido cabe aclarar que la profesión que obtiene mejor remuneración es médico, la cual recibe más de 3 SMMV. Por otra parte, en relación al grado de dificultad, pese a que el 43,1% de la población manifestó percibir un grado medio en la labor que realiza, los médicos manifestaron en su mayoría tener una labor con alto grado de dificultad. Es relevante indicar que el 75,8% consideraron trabajar en una buena planta física; por ultimo cabe resaltar que el 58,8% consideraron haber descansado hace menos de 6 meses, el 64,6% manifestó trabajar entre 150 y 200 horas al mes y el 62,9% atienden más de 17 pacientes al día.

El principal resultado obtenido responde al objetivo general del presente estudio en donde se encontró que según el CESQT la población está en un nivel Medio general en el Síndrome de

quemarse por el trabajo. Sin embargo, es pertinente mencionar que el 2,7% de los participantes evidencian un nivel Crítico de SQT, un 12,6% de la población se ubicó en un nivel alto, el **36,4%** se encontraron en un nivel **Medio**, el 28,6% en el nivel bajo y el 19,7 en el nivel muy bajo.

En relación a los resultados por escalas del CESQT la población participante se encontró de igual manera en el nivel medio en Ilusión por el Trabajo, los niveles generales fueron de 0,3 crítico, 33,7% alto, **42,9% medio**, 16,7% bajo, 6,5% muy bajo. En la escala Desgaste Psíquico los niveles encontrados fue de 4,4% en nivel crítico, 10,5% nivel alto, **44,2% nivel medio** 16,3% nivel bajo y 24,5% nivel muy bajo, predominando nuevamente el nivel medio. Respecto a Indolencia el nivel crítico obtuvo el 3,4% de la muestra, 9,5% alto, **36.7% medio**, 24,8% bajo y el 25,4% muy bajo, estando la mayoría de la población en el nivel medio. En la escala Culpa el 11,2% cuenta con un nivel crítico, 12,2% alto, **39,5% medio**, 19% nivel bajo y el 18% se encuentra en el nivel muy bajo, siguiendo la tendencia a predominar el nivel medio como en las demás escalas.

Se puede concluir que los municipios con predominancia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo son Teruel con el 30,7% de su población en niveles altos del síndrome, Suaza con el 26,3%, Baraya con el 25% y Algeciras con el 24,3%.

Los resultados permiten identificar algunas variables sociodemográficas que podrían incidir en la aparición del SQT, con el propósito de incentivar la ejecución de futuras investigaciones que permitan establecer correlaciones específicas en tanto a variables sociodemográficas y su impacto en el desarrollo del SQT para que a la vez contribuyan con el

mejoramiento de tales condiciones y se pueda controlar la presencia de riesgos psicosociales para mejorar la calidad de vida y el bienestar laboral de los profesionales en salud.

En este orden de ideas se podría proponer y concluir un posible perfil de riesgo en relación a los resultados del estudio: Médico, con un rango de edad entre 18 a 27 años, que no tenga hijos, que perciba su trabajo con un alto grado de dificultad y que considere tener una calidad regular en la relación con sus compañeros de trabajo.

Las variables sociodemográficas que se identificaron relacionadas con la presencia del síndrome en el presente estudio, no se ven fuertemente respaldadas con los resultados de otros estudios, debido a que en ellos existe una gran variedad de resultados en cuanto a aprobación y refutación en la asociación de estas variables con el SQT. Por lo tanto, se puede concluir que la relación hallada posiblemente se ve influenciada por el entorno social y laboral de los trabajadores en un momento dado. En un sentido contrario, la variable que indica que los colaboradores que reciben más de 3 SMMV se relaciona con mayor presencia del síndrome, tiende a presentar mayor cantidad de estudios que demuestran la misma asociación, pese a que esta puede ser una variable de confusión relacionada más con la tarea en su esencia que con la misma variable, ya que en el presente estudio los médicos son los profesionales que recibían mas de 3SMMV y que a su vez manifestaron tener un alto grado de dificultad en la labor realizada, siendo esta la misma profesión con un alto nivel del síndrome según el CESQT.

30. Recomendaciones

1. Continuar la investigación del Síndrome de Quemarse Por El Trabajo donde los objetivos sean establecer correlaciones concretas en relación a las variables sociodemográficas que influyen en la aparición del SQT teniendo en cuenta los resultados del presente estudio con el fin de incentivar la creación de programas de promoción y prevención del SQT.

2. Continuar la investigación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo de manera tal que abarque muestras amplias de la región Surcolombiana, llevando a cabo estudios en donde se unan las metodologías cualitativas y cuantitativas, con el fin de integrar todos los elementos posibles del ambiente biopsicosocial.

3. Promover en el programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana la compra de una mayor cantidad de pruebas Psicológicas, y a su vez patrocinar a futuros investigadores con las herramientas suficientes para llevar a cabo estudios de alto nivel.

31. Referencias

- Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo. (2017). Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo. Recuperado de <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Aguirre, A.M., Quijano, A.M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(4):198–205
- Andrade, Y.F., Salcedo, K. (2018). Síndrome de Burnout en profesionales de psicología de la ciudad de Neiva.
- Avila, J.H., Gomez, L.T., Montiel, M.M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*, Volumen 8, No. 15, 2010, pp. 39-52.
- Berdejo, H.L. (2014). Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades medico quirúrgicas de la universidad nacional de Colombia, sede Bogotá.
- Cáceres, G.G. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar.
- Cañada de la fuente, G.A., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., De la fuente, E.I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los

niveles de *burnout* en profesionales sanitarios. Revista Latinoamericana de Psicología.

2014;46(1):44-52

Cialzeta, J.R.(2013). : “El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital

de Alta Complejidad, Corrientes”. Recuperado de

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf

Congreso de la república de Colombia. (2012). República de Colombia. Ley número 1562 del

11 de julio del 2012. Recuperado de

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>

Correa, Z., Muñoz, I., Chaparro, A.F. (2010). Síndrome de burnout en docentes de dos universidades de Popayán, Colombia. Revista de salud pública, 589-598.

Díaz, L. (1998). Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Concepto, Historia y Método.

Fernández, I., Fernández, M.C., Rabadán, R., Navalón, C., Martínez, M.D. (2012). ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia? Revista seden 2012; 15 (1): 7

García, L.U., Mejía, D.M. (2016). Síndrome de Burnout en personal asistencial de un hospital de Manizales año 2016.

Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista PsicologíaCientífica.com, 3(5). Recuperado de

[http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)

Gil Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.

Giraldo, L.F., Martínez, D.A. (2013). Síndrome de burnout y su relación con algunos factores psicosociales desde la perspectiva del personal asistencial en cinco organizaciones colombianas prestadoras de servicios de salud bajo la nueva gestión pública. Recuperado de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/925/1/Giraldo_Barreto_Luis_Fernando_2013.pdf

Illera, D., Estrada, J.A., Pérez, R.M., Quintana, S.P., Fajardo, T. (2013). Estrés laboral (síndrome de burnout) en un hospital no acreditado en el municipio de Mocoa año 2012.

Jacob, A. (1995). La noción de trabajo, Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Sociología del trabajo (CEIL-PIETTE). N. 4, p. 1-14. Recuperado de <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/06/st4jacob.pdf>

Jiménez, I. Jaimes, K. (2013). “Incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud que labora en las unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México 2013”

Lozada, V. (2010). “Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México”.

- Martínez, M., C. Centeno Cortés, A. Sanz-Rubiales², M.L. Del Valle. (2009). Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista Med. univ/navarra/vol. 53, N° 1, 2009, 3-8*
- Maslash, C., Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology, Vol. 93. No.3, 498-512.*
- Ministerio del trabajo. (2014). República de Colombia. Decreto número 1477 de 2014. Recuperado de http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500
- Misiołek, A., Gorczyca, P., Misiołek, H., Gierlotka, Z. (2014). The prevalence of burnout syndrome in Polish anesthesiologists. *Vía Médica, Anaesthesiology Intensive Therapy, vol. 46, no 3, 155–161.*
- Muñoz, A.I., Velásquez, M.S. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Fac.Nac.Salud Pública.vol.34. 34(2): 202-211.*
- Muñoz, Y.A., Osorio, D.M., Robles, E.P., Romero, Y.E. (2014). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014.
- Olvera, R., Telles, C., Gonzales, A. (2015). Prevalencia de *Burnout* en trabajadores de un centro de salud. *Aten Fam, 22(2), 46-49.*
- Organización internacional del trabajo. (2016). El estrés en el trabajo un reto colectivo. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf.

- Organización internacional del trabajo. (2016). Estrés en el trabajo acabemos con esta carga. Recuperado de https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/ilo-director-general/statements-and-speeches/WCMS_475728/lang--es/index.htm.
- Organización mundial de la salud. (2016). Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
- Organización panamericana de la salud y Organización mundial de la salud. (2017). Día mundial de la salud mental 10 de octubre del 2017. Salud mental en el trabajo.
- Quincho, E.A. (2015). "prevalencia del síndrome de burnout en el ~ personal de salud del hospital rene toche groppo essalud-. Chincha en el año 2014".
- Rivera, D.C., Casas, Y.P., Rivera, K.T. (2009). Correlación entre el síndrome de burnout, variables sociodemográficas y organizacionales en docentes de instituciones educativas de Neiva.
- Silveira, S.L.M., Goncalves, S., Raya, M. (2014). Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 22 (4): 386-92.
- Tejada, P., Gómez, V. (2011). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. Universitas Psychologica, 11 (3), 863-873.
- Toro, D.P. (2014). Nivel de burnout en profesionales de enfermería en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de la ciudad de Manizales.

Trujillo, E.J., Núñez, J.E., Robles, M.D. (2009). Calidad de vida profesional y síndrome de burnout en médicos especialistas del HUHMP de Neiva, año 2009.

32. Anexos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Municipio:							
Hospital:				Sexo:		Edad:	
				M	F		
Estado civil:				Estrato socioeconómico:			
Soltero		Casado		1. Bajo-bajo		4. Medio	
Divorciado		Unión libre		2. Bajo		5. Medio-alto	
Viudo				3. Medio-bajo		6. Alto	
Profesión:				Número de hijos:			
Médico		Enfermero (a)		0			
Auxiliar de enfermería		Bacteriólogo		1 – 3			
Odontólogo		Auxiliar de odontología		4 – 6			
Psicólogo		Otros		4 – 6			
Años de ejercicio profesional:				7 – 10			
1-5		21-25		Número de empleos que ha tenido:			
6-10		26-30		1-3		8-11	
11-15		Y mas		4-7		Y mas	
16-20				Horas de trabajo al mes:			
Tipo de contrato:				Menos de 50		150 – 200	
Termino fijo				50–100		250 – 300	
Término indefinido				100– 150		301 y mas	
Contrato de Obra o labor				Número de pacientes atendidos al día:			
Contrato de aprendizaje				1 – 5		12– 17	
Contrato temporal, ocasional o accidental				6 – 11		y Mas	
Contrato civil por prestación de servicios							
				Tiempo de vinculación a la ESE:			
				Menos de 1 Año		11-15 Años	
				1-5 Años		16-20 Años	
				6-10 Años		Más de 21 Años	

				Último periodo de vacaciones:			
				Menos de 6 meses		Más de 1 año	
Relación con el equipo de trabajo:				Más de 6 meses		2 años	
Excelente		Regular		1 año		Y mas	
Buena		Mala		Percepción de la planta física:			
				Buena		Regular	Mala
Salario:							
1 – 2 SMMV		2 – 3 SMMV		3 – 4 SMMV		Más de 4 SMMV	
Grado de dificultad de la labor que realiza:							
Alta			Media			Baja	

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Juan Pablo Arce, Luis Carlos Aguilar y María Alejandra Villegas, estudiantes activos del programa de psicología en la Universidad Surcolombiana de Neiva. El objetivo de este estudio es “Describir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Población Sanitaria perteneciente a 15 Hospitales públicos de primer nivel en Municipios del departamento del Huila, 2018” .

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario sociodemográfico y desarrollar la prueba Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) Instrumento que posibilita la medición de los niveles del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro fin, recordando que es estrictamente académico e investigativo. Sus respuestas al cuestionario y a la prueba serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el ejercicio le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario y una prueba, lo cual tomará aproximadamente ____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha