

Síndrome de Burnout en personal de servicios de urgencias de baja complejidad. Neiva, 2014. Estudio transversal

Burnout syndrome in low complexity emergency services personnel. Neiva, 2014. Cross-sectional study

Julio César Quintero¹; Tatiana Ximena Silva²; Milciades Ibáñez³; Francisco Ruiz.⁴

1. Médico, especialista en auditoría en salud, magister en salud ocupacional y ambiental. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá, Colombia. Calle 9 No 14-00 oficina 205 Neiva (Huila). Teléfono: 8718498. Correo electrónico: julioc.quintero@utadeo.edu.co.

2. Abogada, especialista en derecho laboral y relaciones industriales, magister en derecho del trabajo. Universidad Cooperativa de Colombia. Neiva, Colombia. Correo electrónico: tiex_18@hotmail.com.

3. Estadístico, matemático, especialista-magister en epidemiología. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: milciades.ibanez@urosario.edu.co

4. Médico, especialista en psiquiatría y psicoanálisis. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: franciscoruiz2013@gmail.com.

*Correspondencia: Julio Cesar Quintero Vieda. Correo electrónico: julioc.quintero@utadeo.edu.co

Resumen

Objetivo

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de los servicios de urgencias en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad de Neiva.

Antecedentes

el Síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico cuyas características principales son: altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. La prevalencia a nivel mundial de este síndrome en personal de salud varía entre 2,2% y 69,2%.

Método

Estudio de corte transversal. A una muestra de 90 trabajadores (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) en una Empresa Social del Estado (ESE) de baja complejidad de la ciudad de Neiva se le aplicó cuestionario auto administrado compuesto por dos instrumentos validados (Maslach Burnout Inventory y la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

Resultados

La prevalencia de Síndrome de Burnout fue 3,3% (n=3) (niveles elevados en las tres características simultáneamente); 11,1% (n=10) de agotamiento emocional, 20% (n=18) despersonalización y 10% (n=9) baja realización personal. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las condiciones de empleo y trabajo con el síndrome en mención.

Conclusión

A pesar de las características de las condiciones de trabajo y empleo identificadas en esta población, no se identificó asociación de esta con el SB. Factores como el grado de autonomía y de control, el apoyo social en el trabajo asociado a relaciones personales positivas y una alta funcionalidad familiar podrían mediar como protectores o moduladores del Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Síndrome de Burnout. Personal de salud. Condiciones de trabajo. (DeCS)

Abstract

Objective

To determine the prevalence of Burnout Syndrome in emergency services personnel in an institution that provides health services of low complexity in Neiva.

Background

Burnout Syndrome is an inadequate response to chronic work stress whose main characteristics are high levels of emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. The worldwide prevalence of this syndrome in health personnel varies between 2.2% and 69.2%.

Method

Cross-sectional study. A sample of 90 workers (doctors, nurses and nursing assistants) in a low complexity State Social Enterprise in the city of Neiva was administered a self-administered questionnaire composed of two validated instruments (Maslach Burnout Inventory and the National Survey of Conditions of Work of the National Institute of Security and Hygiene at Work).

Results

The prevalence of Burnout Syndrome was 3.3% ($n = 3$) (elevated levels in the three characteristics simultaneously); 11.1% ($n = 10$) emotional exhaustion, 20% ($n = 18$) depersonalization and 10% ($n = 9$) low personal fulfillment. No statistically significant associations were found between employment and work conditions with the syndrome in question.

Conclusion

Despite the characteristics of the working and employment conditions identified in this population, no association was identified with BS. Factors such as the degree of autonomy and control, social support at work associated with positive personal relationships and high family functionality could mediate as protectors or modulators of Burnout Syndrome.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (1).

El “Síndrome de Burnout (SB)” o “Síndrome de Desgaste Profesional” tiene su aparición en el ámbito laboral en respuesta al estrés laboral crónico (2, 3). Desde el punto de vista fisiológico, el SB es la etapa final del síndrome general de adaptación (4), en el cual se describe la respuesta biológica del organismo a agresores psicofísicos en tres etapas: a) fase de alarma con la activación del sistema simpático como reacción al estímulo agresor, b) fase de resistencia caracterizada por mejoría o desaparición de los síntomas iniciales como producto de la adaptación física y a los niveles altos de corticosteroides y c) fase de agotamiento que aparece cuando el estresor es suficientemente intenso y/o prolongado para acabar con la capacidad biológica de respuesta, el organismo ya no se adapta y los síntomas reaparecen y progresan.

A pesar de que existe una alta variedad de perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio de este síndrome que no siempre son coincidentes (5), se puede afirmar que existe consenso respecto de la presencia de algunos aspectos fundamentales que reconocen este trastorno como un estado de agotamiento integral (físico, mental y emocional) (1, 5-9). La definición más ampliamente utilizada del SB es la de Maslach y Jackson quienes consideran que es una respuesta inadecuada al estrés crónico cuyas características principales son: altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y sentimientos de baja realización personal (6, 7).

Las características y la severidad de los cambios en el estado de salud de los afectados por este síndrome no son iguales en todos los casos, estas dependen de la susceptibilidad individual y de la capacidad de afrontamiento y adaptación de cada individuo. En consecuencia, el trabajador puede desarrollar un amplio espectro de expresiones clínicas (3) que pueden ir desde formas de evolución leves con síntomas

psicosomáticos inespecíficos (10, 11) como cefaleas, insomnio y dificultad para levantarse en las mañanas, entre otros hasta formas severas con manifestaciones emocionales como la depresión, comportamentales como el abuso de alcohol y psicofármacos, riesgo de suicidio, entre otras (9).

Las consecuencias de este síndrome no solo afectan el bienestar del trabajador y su familia sino que impactan negativamente en la calidad y seguridad brindada a los usuarios de sus servicios (12, 13); estas últimas consecuencias son producto no solo de la actitud negativa y despersonalizada en la relación hacia los demás, sino por sus efectos sobre la productividad (14) y el funcionamiento cognitivo del trabajador, fundamentalmente en funciones ejecutivas, de atención y memoria (15).

A pesar de las consecuencias ya referidas, en la actualidad no se cuenta con biomarcadores confiables (16), ni tratamiento médico efectivo para el manejo adecuado del SB (17); las intervenciones utilizadas actualmente tienen por objeto corregir los factores asociados o desencadenantes con resultados parciales (18).

Los trabajadores más proclives a sufrir el SB son aquellos que laboran prestando servicios en los que existe desajuste entre la demanda y los recursos; la relación entre proveedores y destinatarios constituye el eje central del trabajo; y la prestación del servicio pueden ser experiencias altamente demandantes emocionalmente (8).

Lo anterior, explica que la prevalencia del SB en personal de salud en diferentes países sea bastante elevada (19-21), las cifras encontradas varían entre 2,2% y 69,2% (19-30) según el cuestionario aplicado y según el contexto personal, laboral, social, económico, jurídico, cultural y político del personal evaluado.

En Colombia, el SB en personal de salud se ha investigado relativamente poco, la información existente hasta el momento acerca de esta entidad no es consistente para establecer la magnitud de la problemática (31-33).

Como factores asociados o desencadenantes de este padecimiento se conoce que en su aparición inciden variables del entorno social, del entorno laboral y de la personalidad (34). La presente investigación pretende establecer la asociación de la prevalencia del SB con las condiciones en las cuales trabaja el personal de salud de servicios de urgencias de baja complejidad; incluidas las condiciones de empleo o de vinculación laboral.

Las condiciones de trabajo son el “conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto que estas, determinan la salud del trabajador en sus tres dimensiones: física, psicológica y social” (35). Por su parte, las condiciones de empleo son los términos por los cuales se rige la relación existente entre el trabajador y la empresa para la cual trabaja, en virtud de la modalidad de contratación laboral o comercial, las cuales están determinadas por los postulados legales nacionales e internacionales.

Tomando como referencia las actuales condiciones de trabajo y empleo de los trabajadores de la salud en Colombia (36, 37), en las que predomina una mayor sobrecarga laboral, mayores exigencias de carácter administrativo, la flexibilización del empleo, tercerización, inestabilidad laboral, largas jornadas laborales, entre otras; sumados a la naturaleza multifactorial de su génesis, ponen en alto riesgo a los trabajadores del sector salud y en especial al personal de los servicios de urgencias en Colombia de convertirse en potenciales víctimas del SB (38).

Materiales y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron los trabajadores asistenciales de los servicios de urgencias de una Empresa Social del Estado (ESE) de la ciudad de Neiva para la fecha en la cual se aplicaron los instrumentos (noviembre 2014) (en total 120 trabajadores distribuidos de la siguiente manera: 53 médicos, 12 enfermeras y 55 auxiliares de enfermería). Criterios de inclusión: laborar en alguno de los servicios de urgencias de la ESE por mínimo 24 horas de trabajo semanal y que voluntariamente decidieran participar. Criterios de exclusión: personal que al momento de la aplicación de los instrumentos se encuentre incapacitado por más de 30 días o que se rehúsen a participar en la investigación.

La ESE es la institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad más grande de la ciudad de Neiva, con una población asignada de más de 180.000 personas, que cuenta con 4 puntos de atención para servicios de urgencias distribuidos estratégicamente en el casco urbano de la ciudad y atiende en promedio 120.000 casos de urgencias al año.

El presente estudio tomó como variable dependiente el diagnóstico del SB (si o no) con sus tres componentes (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal); como variables independientes las características socio-demográficas (género, edad, estado civil e hijos), las condiciones de empleo (número de trabajos remunerados, tiempo laborado en la empresa, tipo de relación laboral, percepción de la estabilidad laboral, días de trabajo a la semana, jornada laboral y la remuneración mensual), las condiciones de trabajo (riesgos laborales asociados a factores psicosociales, violencia física y acoso laboral o sexual); y como variable de confusión a controlar (funcionalidad familiar).

Para la recolección de la información se seleccionaron los dos instrumentos más ampliamente utilizados a nivel mundial, el Maslach Burnout Inventory (MBI) (6, 7) validado en Colombia (39) para evaluar el SB y la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España (40) para determinar las características sociodemográficas y establecer las principales condiciones de empleo y trabajo de la población.

El MBI valora los tres componentes del síndrome de burnout mediante tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y de realización personal. Puntuaciones altas en los dos primeros componentes y baja en el tercero definen el Síndrome de Burnout.

Como posibles sesgos; se consideraron los de selección, para lo cual se utilizó como muestra de estudio la totalidad de la población, se garantizó el cumplimiento estricto de los criterios de inclusión y exclusión y los instrumentos auto administrados fueron aplicados por los propios investigadores en el sitio de trabajo, durante su jornada laboral y bajo anonimato; y

los de clasificación en los que se encuentran los de medición, información y sistematización, controlados mediante la aplicación de instrumentos validados por un mismo examinador, la información fue depurada mediante comparación de frecuencias y cruces lógicos de información y se llevó a cabo una prueba piloto, para así hacer los ajustes necesarios.

Para la sistematización de la información, se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 22-0; el análisis descriptivo de los datos se llevó a cabo en las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar y mínimo – máximo) y en las variables cualitativas se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes. En el análisis bivariante, para evaluar la asociación entre las condiciones de trabajo y el síndrome de Burnout se utilizó una prueba ji-cuadrado de pearson o test de fisher (valores esperados menores de 5) y se midieron las razones de prevalencia y el odds ratio con su respectivo intervalo de confianza del 95% para las variables en las que se encuentren algún tipo de asociación. Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$).

La presente investigación se ajustó a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, así como también a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

La información recolectada fue manejada con total confidencial durante todo el proceso de investigación y cada sujeto de investigación dio su consentimiento informado. La presente investigación fue avalada, aprobada y considerada como de riesgo mínimo por el Comité de Ética de la Universidad del Rosario.

Resultados

Luego de aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron un total de 90 participantes; 53 auxiliares de enfermería, 29 médicos y 8 enfermeras distribuidos por cada una de los 4 servicios de urgencias de la ESE (sede uno 21,1%, sede dos 33,3%, sede tres 25,6% y sede cuatro 20%). De los 30 trabajadores no incluidos en el estudio, 23 laboraban menos de 24 horas a la semana y solo 7 rehusaron a participar en la investigación.

Perfil sociodemográfico: población mayoritariamente en un rango de edad entre 20 y 39 años (75,3%), participación mayor del género femenino a razón de 4,29:1, mayor proporción de trabajadores con hijos y de casados o con pareja estable como se indica en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por género, edad, estado civil e hijos de los trabajadores evaluados

Variable	Escala	N	%
Género	Femenino	73	81,1
	Masculino	17	18,9
Edad	Menos de 20 años	1	1,1
	20-29 años	34	38,2
	30-39 años	33	37,1
	40-49 años	16	18,0
	Más de 50 años	5	5,6
Estado civil	Casado/a	29	32,6
	Compañero/a permanente	22	24,7
	Divorciado/a – Separado/a	5	5,6
	Soltero/a	31	34,8
	Viudo/a	2	2,2
Hijos	No	24	27
	Si	65	73
Funcionalidad familiar	Altamente funcional	82	91,1
	Moderadamente disfuncional	8	8,9
	Gravemente disfuncional	0	0

Fuente: Autores.

Condiciones de empleo: el promedio de tiempo laborado en la empresa es de 4,57 años, con una desviación estándar de 4,91 años, tiempo mínimo de 0,08 y máximo de 26,67 años. De acuerdo con el número de trabajos remunerados, solo el 24,1% de los trabajadores tienen un segundo trabajo remunerado en otra Institución a expensas exclusivamente de los trabajadores profesionales; según el tipo de relación con la ESE, el 87,8% de los trabajadores fueron vinculados por contrato de prestación de servicios y el resto son servidores públicos vinculados laboralmente, estos últimos exclusivamente auxiliares de enfermería.

La percepción de la estabilidad laboral fue alta en el 32,8%, media en el 37,7% y baja en el 29,5% de los trabajadores; en cuanto a la jornada laboral el personal auxiliar de enfermería trabaja siguiendo una secuencia de turnos rotatorios de lunes a domingo con periodos de descanso, a excepción del personal vinculado laboralmente que trabaja de lunes a viernes en horario diurno; respecto al personal de enfermería profesional trabaja de lunes a viernes y excepcionalmente sábados, domingos y/o festivos; y el personal médico está dividido en aquellos que trabajan de lunes a viernes en jornadas diurnas de 6 horas (21%), los que laboran siguiendo una secuencia de turnos rotatorios de lunes a domingo (7%) y algunos que asumen ambas jornadas de trabajo (72%).

Respecto a las exigencias del trabajo, el 88,4% de los trabajadores señala que debe mantener un nivel de atención alto o muy alto durante su labor, el 62,1% debe atender a varias tareas al mismo tiempo, el 38,8% debe realizar tareas complejas, complicadas o difíciles, el 36,9% necesita esconder sus propias emociones en el puesto de trabajo y solo el 22,9% considera su trabajo excesivo. Respecto a su puesto de trabajo, el 70,9% de los trabajadores considera necesario trabajar muy rápido, el 30,9% trabajar con plazos muy estrictos y cortos y el 43,7% considera necesario tener tiempo suficiente para realizar su trabajo.

En relación con el grado de autonomía y para el control sobre su trabajo, el 82,8% de los trabajadores dispone de informaciones claras y suficientes para realizar correctamente su trabajo, el 62,2% recibe información y adiestramiento por parte de la empresa, el 41,2% refiere que los horarios los fija la empresa sin posibilidad de cambio, el 15,8% tiene libertad para decidir vacaciones y/o días libres, el 70,4% tiene oportunidad de hacer aquello que sabe hacer mejor y el 50,6% puede poner en práctica sus propias ideas en su trabajo. Respecto a su puesto de trabajo, el 70,9% refiere tener autonomía en el orden de las tareas, el 70,3% en el método de trabajo, el 63,3% en el ritmo de trabajo y el 32,5% en la distribución o duración de las pausas en el trabajo.

En lo relativo a las relaciones sociales en el trabajo, el 72,7% de los trabajadores refiere que puede obtener ayuda de compañeros si la pide, el 52,5% obtener ayuda de superiores y/o jefes si la pide y 83,3% considera las relaciones personales en su puesto de trabajo como positivas. A nivel de amenazas y violencia en el trabajo, en los últimos 12 meses, ningún trabajador refiere haber sido víctimas de violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo ni de acoso o abuso sexual y solo el 22,9% refiere haber sido víctimas de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo durante su jornada laboral.

Síndrome de Burnout: presentaron niveles elevados en al menos una de las tres dimensiones un 13,33% (n=12), en dos de las tres dimensiones 8,89% (n=8) y en las tres escalas simultáneamente un 3,3% (n=3), esta última proporción corresponde a tres trabajadores que presentan el síndrome -

esto es, altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, unidos a un bajo nivel de realización personal; en contraste, se encontró un 40% de trabajadores que presentan bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, unidos a un alto nivel de realización personal ubicándolos en el grupo de más bajo riesgo para presentar el síndrome, esto nos deja un grupo intermedio de trabajadores (34,48%) que a pesar de no encontrárseles niveles elevados en al menos una de las tres dimensiones presentan algún grado de riesgo. La Tabla 2 presenta los niveles de desgaste profesional según sus tres dimensiones.

Tabla 2. Niveles de síndrome de burnout según sus tres dimensiones, distribuidos por centro de atención y ocupación de los trabajadores evaluados

Variable	%	Centro de atención	Auxiliar de enfermería (n = 53)	Enfermera (n = 8)	Médico (n = 29)
Alto nivel de agotamiento emocional	11,1	Sede uno	0	0	0
		Sede dos	1	1	0
		Sede tres	2	0	2
		Sede cuatro	3	0	1
Alto nivel de despersonalización	20,0	Sede uno	3	0	0
		Sede dos	2	1	1
		Sede tres	3	0	3
		Sede cuatro	3	0	2
Bajo nivel de realización personal	10,0	Sede uno	0	0	0
		Sede dos	1	1	2
		Sede tres	0	0	0
		Sede cuatro	3	0	2
Diagnóstico Síndrome de Burnout	3,3	Sede uno	0	0	0
		Sede dos	0	0	0
		Sede tres	0	0	0
		Sede cuatro	3	0	0

Fuente: Autores.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las condiciones de empleo y trabajo con el síndrome de burnout debido a la escasa prevalencia de este síndrome en la población estudiada ($p > 0.05$).

Discusión

Al establecer las principales condiciones de empleo del personal evaluado, se evidencian las características propias del sector salud en Colombia (36, 37), entre las que se encuentran alta rotación de personal (tiempo promedio laborado de 4,57 años), sobrecarga laboral (más de un trabajo remunerado 24,1%), desigualdad (días de trabajo y jornada laboral diferente entre personal vinculado laboralmente y contratistas), inestabilidad laboral, entre otras; todo esto debido al tipo de contratación (87,8% de los participantes son vinculados por contrato de prestación de servicios).

En la práctica es muy común que las instituciones públicas vinculen personal a través de contratos de prestación de servicios (41), los cuales si bien tienen una naturaleza civil no laboral, son justificados al plantear que suplen la necesidad de prestar un servicio determinado

pues las entidades públicas por tener tal connotación también deben en su ejercicio cumplir unos fines generales de la administración cuales son la eficacia, eficiencia y economía administrativa en sus actuaciones, debido a esto puede darse la necesidad de contratar personal; otra justificación resulta de la transitoriedad de la labor y también de la experticia requerida para desarrollarla (42, 43); el gran problema se origina cuando se convierte en costumbre esta forma de contratación, perdiendo piso cualquier derecho que como trabajador pudieran predicar estas personas (jornada laboral, salario, seguridad social, prestaciones sociales, etc.) (36, 37).

Respecto de las condiciones de trabajo de los participantes, podemos observar que la prestación de servicios de salud y aún más en áreas de urgencias, confrontan al trabajador a exigencias del trabajo a las que debe hacer frente para el cumplimiento de su tarea (niveles de atención altos durante su labor, atender varias tareas al mismo tiempo, trabajar muy rápido, entre otras), así como también a relaciones sociales en el trabajo estresantes especialmente a través de situaciones de violencia sufridas (22,9% refiere haber sido víctimas de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo).

No obstante, a pesar de las condiciones descritas anteriormente, se encontró una baja prevalencia de burnout (3,3%) y una proporción importante de personas que se encuentran claramente en bajo riesgo (40%), corroborando lo obtenido por otros estudios nacionales (31-33) de similares características. Estos resultados pueden obedecer a factores observados en este grupo de trabajadores como son el grado de autonomía y de control sobre las situaciones y sobre su trabajo, el apoyo social en el trabajo asociado a relaciones personales positivas y una alta funcionalidad familiar, que median como protectores o moduladores de los efectos adversos del estrés aumentando su grado de tolerancia y reduciendo la severidad de sus efectos negativos. Otra alternativa que valdría la pena estudiar como responsable de estos resultados es la capacidad adaptativa de estos trabajadores ante demandas del ambiente laboral adverso.

Asimismo, los trabajadores evaluados presentan una corta exposición a los factores de riesgo documentados en nuestros resultados ante el corto tiempo laborado (tiempo promedio 4,57 años), favoreciendo también la escasa aparición del síndrome en esta población.

Ahora bien, cabe también la posibilidad, que, a pesar del carácter anónimo de los resultados de cada cuestionario, existan imprecisiones propias de la subjetividad del encuestado por beneficiar la imagen de su empresa, temor a represalias, entre otros.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de las características de las condiciones de trabajo y empleo identificadas por la presente investigación, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las condiciones de estas y el síndrome de burnout.

Las condiciones de empleo del personal evaluado se caracterizan por el escaso tiempo laborado, la desigualdad entre personal vinculado laboralmente y contratistas y la inestabilidad laboral, producto del tipo de contratación más utilizada.

Laborar en servicios de urgencias confrontan al trabajador a exigencias para el cumplimiento de su tarea, así como también a relaciones sociales estresantes. Factores como el grado de autonomía y de control, el apoyo social en el trabajo asociado a relaciones personales positivas y una alta funcionalidad familiar podrían mediar como protectores o moduladores del SB. Los trabajadores evaluados presentan un escaso tiempo promedio laborado lo que podría explicar la baja prevalencia de esta condición.

Es muy importante continuar la investigación de este fenómeno en los diferentes trabajadores del área de la salud, ante lo sensible de esta población para el buen desarrollo de nuestras comunidades. Es muy importante profundizar aún más en el impacto del SB en los indicadores de calidad de la atención en salud.

Las limitaciones del presente estudio están enmarcadas por el tamaño de la muestra y la baja prevalencia del Síndrome de Burnout que no permitieron establecer asociaciones con mayor poder estadístico; por otra parte, el diseño del estudio limita la posibilidad de establecer relación causa efecto entre las diferentes variables.

Declaración sobre conflicto de intereses: los investigadores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés para efectuar la presente investigación

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La organización del trabajo y el estrés. Ginebra, Suiza.2004. Available from: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/.
2. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among Nurses: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(6):2214-40.
3. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*. 2004;123(07):265-70.
4. Selye H. *The stress of life*. 1956.
5. Peiró JM, Gil-Monte PR. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*. 1999;15(2):261-8.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. 1981;2(2):99-113.
7. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. 1986.
8. Maslach C. Chronic outcomes: Burnout. *Encyclopedia of occupational health and safety*. 1998;2(34):74-5.
9. Vega MF. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf.
10. Pafaro RC, Martino Md. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev esc enferm USP*. 2004;38(2):152-60.
11. Hernández C, Juárez A, Hernández E, Ramírez J. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS*. 2005;13(3):125-31.
12. de Oliveira G, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesthesia And Analgesia*. 2013;117(1):182-93.

13. Parshuram CS. Consecuencias de la fatiga sobre la seguridad del paciente. *Clínicas pediátricas de Norteamérica*. 2006(6):1135-68.
14. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 2014;325.
15. Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*. 2014;28(2):107-23.
16. Danhof MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(6):505-24.
17. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. *International Journal Of Occupational Medicine And Environmental Health*. 2013;26(3):401-12.
18. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(1):63-71.
19. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, AbrÃO MN, Diniz RW, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*. 2008;17(6):524-31.
20. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B. Burnout in ICU Caregivers A Multicenter Study of Factors Associated to Centers. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2011;184(10):1140-6.
21. Prins JT, Gazendam SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra JE. Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*. 2007;41(8):788-800.
22. Klersy C, Callegari A, Martinelli V, Politi P, Vizzardi V, Navino C, et al. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy - A multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007;22(8):2283-90.
23. Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevales D, Farina L, Felicioni I, et al. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *British Journal of Cancer*. 2008;98(6):1046-52.
24. Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Original breve: Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enfermería Clínica*. 2007;17:256-60.
25. Moreira DdS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009.
26. Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Originales: Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2005;15:123-30.
27. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2002;17:201-5.
28. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*. 2003;31(9):564-71.
29. Selaihem AA. Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science & Public Health*. 2013;2(2):410.
30. Hagau N, Pop RS. Prevalence of burnout in Romanian anaesthesia and intensive care physicians and associated factors. *Jurnalul Roman de Anestezie Terapie Intensiva/Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*. 2012;19(2):117-24.
31. Rodríguez MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML, Pinzón JY. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010 [bachelorThesis]. Repositorio.: Universidad del Rosario; 2011.
32. Agudelo CA, Castaño JJ, Augusto C, Durango LA, Muñoz V, Ospina A, et al. Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011 [Article]. Repositorio: Universidad de Manizales; 2011.
33. Torres F, Espinal L, Pachón AM, González J. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas*. 2013;9(1):65-80.
34. Savio SA. El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*. 2008;5(8):121-38.
35. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Condiciones de trabajo. Definición. Available from: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/GuiasMonitor/CondicionesTrabajo/I/Ficheros/ctsi24.pdf>.

36. Gómez IC. Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*. 2007;6(1):105-13.
37. Riaño MI. Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. *Acta Odontológica Colombiana*. 2012;2(2):183-91.
38. Dorevitch S, Forst L. The occupational hazards of emergency physicians. *American Journal of Emergency Medicine*. 2000;18(3):300-11.
39. Restrepo NC, Colorado GO, Cabrera GA. Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Rev Salud Pública*. 2006;8(1):63.
40. Benavides FG, Zimmermann M, Campos J, Carmenate L, Baez I, Nogareda C, et al. Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13(1):13-22.
41. Congreso de la República de Colombia. Ley 57 (1887). Código Civil. Bogotá D.C.
42. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-614 (2009). Bogotá D.C.2009.
43. Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social. Concepto No. 042578 (22, Marzo, 2012). Talento humano en el sector salud. Bogotá D.C.2012.

